



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

IZABELLA CRISTINA DA CUNHA SANTOS

**DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA
POPULAÇÃO INDÍGENA: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL**

RECIFE

2024

IZABELLA CRISTINA DA CUNHA SANTOS

**DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA
POPULAÇÃO INDÍGENA: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em Psicologia. Área de concentração: Psicologia. Linha de pesquisa: Processos psicossociais, poder e práticas coletivas.

Orientador: Benedito Medrado

RECIFE

2024

Catálogo de publicação na Fonte, UFPE – Biblioteca Central

1. Santos, Izabella Cristina da Cunha.

Diversidade Sexual e de Gênero na Assistência à Saúde da população Indígena:
Uma Análise Documental / Izabella Cristina da Cunha Santos. - Recife, 2024.

100f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia
e Ciências Humanas, Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2024.

Orientação: Benedito Medrado.

Inclui referências, anexo e apêndices.

1. Saúde Indígena; 2. Gênero e Sexualidade; 3. Pankararu. I. Medrado, Benedito.

II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

IZABELLA CRISTINA DA CUNHA SANTOS

**DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA
POPULAÇÃO INDÍGENA: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em Psicologia.

Orientador: Benedito Medrado

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Benedito Medrado (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Estevão Rafael Fernandes (Examinador Externo)

Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Renato Athias (Examinador interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Dedico esta dissertação a minha mãe Fátima (em memória) por me ensinar que ser forte, muitas vezes, é a única opção.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus e à Força Encantada Pankararu, por me permitir e me dar força para chegar até aqui. Essa jornada, sem dúvidas, foi o maior desafio profissional da minha vida, justamente por estar atrelado ao maior desafio pessoal. Perder minha mãe, no segundo semestre do mestrado, e tudo que envolveu essa perda faz esses agradecimentos tomarem uma maneira de verdadeiramente reconhecer e sentir que nunca estive só. Esse trabalho não é só meu, mas de cada um/a de vocês que me ajudaram em todas as etapas deste processo. Aqui cito alguns como forma de presentificar a todos e todas.

Agradeço a todo povo Pankararu, todos os profissionais que compõem a saúde indígena de Pankararu, que sempre me acolheram de forma tão especial e me fazem sentir parte desse povo que amo tanto, em especial ao meu cacique Pedro Pankararu, Sarapó Pankararu, Rosalia Ramos, Jonas Welton e Elda Ramos.

À minha mãe (em memória), meu maior exemplo de força, superação, honestidade, humildade, amor ao próximo. Escrever para ela, sem ela aqui, é algo que me deixa muito emotiva, não só pela dor, mas também a eterna gratidão que tenho. Agradeço por ter me incentivado a conquistar esse título. Lembro-me dela dizendo: faça o mestrado enquanto ainda estou aqui, ela sabia que sem seu apoio seria extremamente difícil seguir. Freud acertou em cheio quando refere o quanto uma pessoa se sente forte quando está certa de ser amada. Obrigada, mãe, por todo amor!!

Ao meu pai por me ensinar sobre valores humanos fundamentais como o amor e o respeito às diferenças, por me fazer reconhecer a liberdade das pessoas serem quem são (ou desejam ser) e suas escolhas de vida, sejam elas quais forem. Agradeço também por me ensinar, com palavras, mas principalmente com exemplos, a ter paciência e calma para resolver os desafios que a vida nos coloca.

Ao meu marido, Clenio, e minha filha, Malu, por terem suportado tudo que nós passamos. Tantas ausências e estresses que os estudos impõem direta e indiretamente a quem está perto. Por serem meu colo e minha fonte diária de esperança em dias melhores.

Aos meus irmãos, Kleber e Fábio, por me fazerem sentir que não estou só, em todos os momentos da vida, na alegria e na dor. Aos meus outros dois irmãos, Matheus e Luquinhas, pelo simples fato de existirem e serem tão importantes para mim.

A minha cunhada Alice que, por tantas vezes, escutou minhas lamentações sobre esse processo, sempre me encorajando a continuar. Ela é a irmã que a vida me deu.

Ao meu psicólogo/psicanalista, Carlos Henrique Ferraz, que me acompanha há anos e nesse momento foi crucial para que eu chegasse até aqui. Não é qualquer um que enfrenta determinadas demandas sendo profissional e ético.

Ao professor, Estevão Rafael Fernandes, pessoa que cito constantemente nesta dissertação, pela sua obra e pelo ser humano que é. Não foi só um grande autor (quem trabalha com a questão indígena sabe do que estou dizendo) que encontrei nas pesquisas, é alguém que mesmo sem saber foi determinante para que eu não desistisse. Suas pontuações, análises, acolhimento e incentivo ficarão guardados na minha lembrança para sempre e muito além da prática acadêmica. Estevão é o tipo de profissional que almejo ser um dia. Virou uma fonte de inspiração e admiração.

Ao professor Renato Athias, que faz parte desde meus primeiros ensaios e pensares, sobre a questão indígena, sendo minha inspiração para tudo que é ligado à antropologia. Tornou-se um grande amigo. Ele é querido não só por mim, mas por todo povo Pankararu e isso é lindo de se ver.

As colegas do Distrito Sanitário Indígena de Pernambuco, Ana Paula e Magali, pelo fornecimento dos documentos que norteiam a saúde indígena de Pernambuco, por todas as trocas e conversas. Profissionais excelentes que a saúde indígena tem a honra de tê-las na equipe.

A todos os meus colegas do Núcleo Feminista de pesquisas em Gênero e Masculinidades (GEMA/UFPE), que abriram um mundo de conhecimento e vivências únicas na minha vida pessoal e profissional, em especial Naylla, Júlia, Rai, Monaliza, Neto, Anthony e Daniel.

Ao meu orientador, por último, mas não menos importante, Benedito Medrado. Assisti uma apresentação sua em um evento, 20 anos atrás, guardei na memória e quando pensei em trabalhar com as sexualidades indígenas só lembrei dele. Obrigada por todas as orientações a alguém que ficou desorientada nesse processo e deu muito trabalho.

À FACEPE por ter viabilizado todo o processo de mestrado. Sou grata a esse incentivo à pesquisa tão importante e determinante na vida de quem deseja estudar e contribuir com suas pesquisas.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar como a diversidade sexual e de gênero é operada na orientação de políticas públicas voltadas à assistência à saúde da população indígena. Tomamos como ponto de partida uma leitura ampla sobre contexto histórico da colonização e processos de colonialidade contemporâneos, bem como o percurso de assistência a saúde dos povos indígenas no Brasil. Ressaltamos controvérsias na assistência à saúde de pessoas que não se identificam com padrões cisheteronormativo e que demandam cuidados em virtude de uma série de violências, que fragilizam seus vínculos afetivos, provoca crises com sua cultura, resultando em sofrimento e exclusão. Nossa base teórico-metodológica é pautada no movimento construcionista em psicologia social e nos estudos sobre produção de sentidos no cotidiano. Nosso corpus de análise foi constituído a partir do mapeamento de documentos formulados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde, identificados a partir de diálogo com profissionais que atuam junto à população indígena Pankararu, em Pernambuco. Na análise desses documentos, foi possível identificar repertórios sobre gênero, sexualidade e saúde e orientações para a ação de trabalhadores da saúde em contexto indígena. A análise dos repertórios possibilitou a identificação de nomeações carregadas de valores negativos, reportados ao período da colonização, bem como a visão da sexualidade restrita às infecções sexualmente transmissíveis e à reprodução humana. O projeto da colonização do controle sobre as sexualidades indígenas e os corpos indígenas continua operando, de modo, por vezes, sutil, mas efetivo. Nossas análises evidenciam a importância e necessidade de maior investimento em debates e proposições coletivamente construídas sobre a assistência à saúde da população indígena que se identifica como LGBTQ+ ou que, de modo geral, não se enquadra em padrões hegemônicos e discriminatórios de gênero e sexualidade. Esse processo envolve atendimentos integrais e equitativos, em consonância com princípios e diretrizes do SUS, bem como a capacitação aos/as trabalhadores/as de saúde indígena, visando a eliminação de preconceitos, discriminações e de práticas diversas de violência. As perspectivas para a efetivação das necessidades estão voltadas às considerações do resgate histórico a cerca das sexualidades indígenas, do saber tradicional, organização de cada povo, e proposições de soluções de forma específica e diferenciada, em busca do bem viver indígena que acesse todas as pessoas, sem exclusões de nenhuma ordem, natureza ou condição.

Palavras-chaves: Saúde indígena; gênero e sexualidade; Pankararu, Assistência à saúde; homofobia.

ABSTRACT

This study aimed to analyze how sexual and gender diversity is used in guiding public policies aimed at providing health care to the indigenous population. We took as a starting point a broad reading of the historical context of colonization and contemporary coloniality processes, as well as the path of health care for indigenous peoples in Brazil. We highlighted controversies in health care for people who do not identify with cisheteronormative standards and who require care due to a series of violences, which weaken their emotional bonds, cause crises with their culture, and result in suffering and exclusion. Our theoretical and methodological basis is based on the constructionist movement in social psychology and studies on the production of meanings in everyday life. Our corpus of analysis was constituted from the mapping of documents formulated by the Special Secretariat for Indigenous Health, from which we sought to identify repertoires on gender, sexuality, and health and guidelines for the action of health workers in an indigenous context. The analysis of the repertoires made it possible to identify nominations loaded with negative values, dating back to the beginning of colonization, as well as the view of sexuality restricted to sexually transmitted infections and human reproduction. The project of colonization of control over indigenous sexualities and indigenous bodies continues to operate firmly. Our analyses highlight the importance and need for greater investment in debates and collectively constructed proposals on health care for the indigenous population that identifies as LGBT+ or that, in general, does not fit into hegemonic and discriminatory standards of gender and sexuality. This process involves comprehensive and equitable care, in line with the SUS and training for indigenous health workers, aiming to eliminate prejudice, discrimination and various practices of violence. The perspectives for meeting these needs are focused on considerations of the historical recovery of indigenous sexualities, traditional knowledge, the organization of each people, and proposals for specific and differentiated solutions, in search of indigenous well-being that accesses all people, without exclusions of any order, nature or condition.

Keywords: Indigenous health; gender and sexuality; Health care; homoph

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01: Mapa com a localização da terra indígena Pankararu em Pernambuco.
FONTE: Researchgate

FIGURA 02: Praiás Pankararu
FONTE: Antônio Scarpinetti

FIGURA 03: Divisão territorial da etnia Pankararu.
FONTE: Marcelino Soyinka, 2016.

FIGURA 04: Imagens do documentário “Tarra sem pecado”

FIGURA 05: Imagens do documentário “Transpassado: corpos que retratam”

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Levantamento dos documentos

Quadro 2. Descrição dos documentos analisados

Quadro 3. Identificação dos Trechos Estratégicos para Análise

Quadro 4. Repertórios sobre Saúde

Quadro 5. Repertórios sobre gênero e sexualidade

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AIS – Agente Indígena de Saúde

AISAN – Agente Indígena de Saneamento

CASAI – Casa de Apoio a Saúde Indígena

CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena

CNSPI – Conselho Nacional de Saúde dos Povos Indígenas

DESAI - Departamento de Saúde Indígena

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI – Equipe Multidisciplinar Indígena

FUNAI – Fundação Nacional Do Índio

FUNASA – Fundação Nacional De Saúde

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência

LGBT+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e outras orientações sexuais e identidades de gênero

MHB – Movimento Homossexual Brasileiro

NEPE – Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Etnicidade

PNASPI – Política Nacional de Assistência a Saúde dos Povos Indígenas

PNSI-LGBT – Política Nacional de Saúde Integral a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

RT – Referência Técnica

SASISUS – Subsistema de Saúde Indígena

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SOMOS – Grupo de Afirmação Homossexual

SPI – Serviço de Proteção ao Índio

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSA – Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1. SOBRE O CONTEXTO DA PESQUISA.....	18
1.1 Estrutura da Saúde Pública Indígena no Brasil e na Etnia Pankararu.....	26
1.2 Marcos Legais que Orientam a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.....	29
1.3 Aproximações ao Tema da Diversidade Sexual e de Gênero em Contextos Indígenas....	34
CAPÍTULO 2. A SEXUALIDADE E A HOMOFOBIA NA SAÚDE INDÍGENA.....	37
2.1 Sexualidade como Dispositivo em Saúde.....	37
2.2 Preconceito na Ausência das Práticas Públicas.....	42
CAPÍTULO 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	46
3.1 Abordagens Utilizadas.....	46
3.2 Sobre os Documentos Identificados.....	49
3.3 Sobre a Pesquisa Documental.....	68
CAPÍTULO 4. RECONSIDERANDO AS SEXUALIDADES.....	72
4.1 Perspectivas para uma Abordagem de Gênero e Sexualidade no Território Pankararu..	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	89

INTRODUÇÃO

Primeiras trilhas e encruzilhadas: a trajetória da pesquisadora

Início esta dissertação apresentando os motivos ou motivações que me levaram a pesquisar sobre gênero e sexualidade em contextos indígenas. Para tanto, preciso dialogar sobre minha trajetória na atuação profissional junto a povos indígenas, que, originalmente, partia de um pensamento colonizador, que se expressava na ideia de suposto indígena universal, hiper-real, a-histórico e sem quaisquer ordenamentos ou marcadores sociais internos de diferença. Na mesma medida, uma escuta atenta, quando atuei como psicóloga da saúde indígena de Pernambuco, a queixas e demandas de pessoas indígenas que não se identificavam (ou não eram identificadas) dentro de padrões hegemônicos de gênero e sexualidade, e que me relatavam situações de constrangimento, discriminação e violência.

Confesso que quando pensei, ainda na graduação de psicologia, em trabalhar com povos indígenas, meu interesse estava ligado à medicina tradicional. Porém, após sete anos de convívio diário com o povo Pankararu, atuando como psicóloga da saúde indígena, sempre me deparei com muitos casos de sofrimento psíquico de pessoas que me relatavam preconceito ou discriminação em virtude de sua orientação sexual e/ou identidade de gênero. Na época, procurei orientações e leituras para fundamentar minhas reflexões e práticas, mas não encontrei.

Os diversos atendimentos a essa população me levaram a buscar conhecimento e refletir sobre essa realidade ignorada pela atenção pública à saúde indígena e escassamente abordada em espaços acadêmicos científicos. Poucas pesquisas existem no país sobre este tema e as que existem têm registros relativamente recentes. Os textos encontrados sobre o tema me fizeram deparar com a minha visão aprisionada em uma imagem dos/as indígenas sem sexualidades, presos em padrões cisheteronormativos, visão essa provavelmente alimentada por processos de colonialidade. Pensar em identidades de gênero e sexualidades em comunidades indígenas é ressaltar que existe uma multiplicidade de posições, orientações e negociações.

A identificação com essa problemática, inicialmente, está diretamente associada ao fato de ter escolhido a psicologia social e seu interesse na luta contra qualquer forma de discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, princípio fundamental descrito no nosso código de ética profissional da psicologia e que deve nortear a prática dos/as

psicólogos/as em suas práticas profissionais. No entanto, essa razão descrita não é tudo. Aspectos subjetivos também são muito importantes.

Antes de ser psicóloga, minha trajetória de vida define muitas das minhas escolhas e qual olhar direciono para o que acontece ao meu redor, embora seja uma mulher branca, cisgênero, heterossexual, nasci em uma família que não tolerava qualquer tipo de discriminação e pensamento opressor sobre corpos e sexualidades. Ouvia dos meus pais, desde sempre e de forma acolhedora, que o amor e o respeito são fundamentais como valores humanos. Assim, não era incomum ou estranho ver pessoas LGBTQ+ da minha família expressarem sua orientação sexual e/ou identidades de gênero, em épocas ainda mais violentas que os dias atuais. O exemplo e a palavra foram determinantes na minha vida.

Justificativa

Nas comunidades indígenas – incluindo a etnia Pankararu, que habita o sertão pernambucano, os impactos da colonização sobre a economia das sexualidades são constantemente atualizados e produtores de sofrimento, fragilização dos vínculos afetivos familiares e comunitários e violências diversas. Nesse processo, chamou-nos a atenção especialmente os atos de resistência de pessoas que passam a exigir o direito de se definir como LGBTQ+, em um movimento descrito por Estevão Fernandes (2017) como “duplo ato de resistência” (p.192), ou seja, tanto do ponto de vista das suas identidades de gênero e/ou orientações sexuais como em função de seu pertencimento étnico.

Essa é uma observação resultante de vários anos de trabalho como psicóloga da saúde indígena de Pernambuco, quando presenciei (ou me foram narrados) vários episódios de preconceito e discriminação em relação às pessoas que se definem (ou era identificadas, de algum modo) como lésbicas, gays, bissexuais ou como pessoas trans. Essas experiências despertaram o interesse em estudar, pensar e trabalhar sobre temas relacionados à homofobia, sexualidades, identidades de gênero, preconceitos, saúde mental, entre outros, junto à população indígena e às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) da etnia Pankararu. Neste caminho, deparei-me com o desconhecimento e/ou preconceitos dos profissionais de saúde, de um modo geral, a respeito das temáticas referidas.

Originalmente, nosso interesse era compor o corpus de análise desta pesquisa com relatos de indígenas e trabalhadores em saúde mental que atuam em contextos indígenas, porém o esforço necessário para o desenvolvimento de um trabalho desta natureza exigiria

mais tempo de mim e maior celeridade da gestão burocrática da regulação ética em pesquisas com seres humanos. Foram tantos os percalços, que optamos por focar em produção discursiva de mais fácil acesso, que tem relevância direta para o desenvolvimento de nossa questão de pesquisa e que não exigiria documentação, anuências ou longos processos para aprovação por um comitê de ética.

Assim, deixei os relatos para serem analisados em futuras pesquisas e tomei minhas memórias como base para orientar uma análise sobre documentos de domínio público. Esta pesquisa tem, portanto, o objetivo de analisar como a diversidade sexual e de gênero são operadas na orientação de políticas públicas voltadas à assistência à saúde da população indígena da etnia Pankararu, em Pernambuco. Esta análise tomará por base documentos norteadores produzidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) para orientar a ação de das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).

Esperamos que nossas análises possam contribuir para dar visibilidade à temática, mas também para trazer reflexões sobre práticas discriminatória, intencionais ou não, que se alinham a pensamento colonizador eurocêntrico, aprisionador e violento. Pretendemos contribuir também para os esforços que vem sendo empreendidos para articulações entre a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e a Política Nacional de Saúde Integral da População Indígena, subsidiando programas da saúde indígena que visem a promoção, produção e recuperação da saúde, bem como favoreça a criação de estratégias de intervenções que intensifiquem as práticas coletivas de humanização nos relacionamentos interpessoais e sociais entre os indígenas.

Este nosso compromisso ético-político se inscreve em um campo de reflexões sobre a pesquisa científica, compreendida como uma prática política, com papel social importante em discutir um tema que aprisionou sexualidades, desejo, afetos e continua deixando marcas profundas nos corpos indígenas.

Concordamos com Fernandes (2019), quando ele advoga que é urgente a necessidade de dar visibilidade a temática da diversidade sexual e de gênero em espaços acadêmicos, políticos, bem como epistêmicos apoiando “sujeitos e coletivos que são, cotidianamente, submetidos a violências diversas [onde] sua invisibilidade é, mais que um ato de concordância, outro ato de violência e submissão” (p.176). Com isso a pesquisa segue de forma subversiva trazendo à tona um tema tão negligenciado pelas diversas instâncias dos

saberes e poderes em/sobre populações indígenas e que continua reproduzindo violência e impossibilitando a visibilidade destes corpos e todos os impactos que disso decorre.

Problematização

A saúde da população indígena, durante a colonização, era administrada por missionários religiosos, que além de não cumprir o que determinava as leis da época (ou às vezes apoiados em lacunas ou mesmo orientações expressas em documentos de estado), tratavam os saberes tradicionais de cura como algo diabólico e que deveriam ser extintos. Muitos grupos indígenas resistiram aos aldeamentos e suas imposições. Devido às políticas assimilacionistas da época, os/as indígenas que foram se agrupando nos aldeamentos, aos poucos foram perdendo sua identidade étnica ou resignificaram de forma que seus costumes pudessem ser aceitos, acrescentando traços, estéticas, valores e práticas do catolicismo (ALMEIDA, 2010).

Essa longa história encontrou ecos em diferentes épocas e ainda hoje orienta a relação da população indígena com certos setores do estado brasileiro. E, não por acaso, em todas as lutas dos povos indígenas por uma atenção especial à saúde indígena, que reconheça suas particularidades, observamos a falta de diálogos e proposições claras que orientem uma ação de promoção à saúde que reconheça a relevância do debate sobre gênero e sexualidade, dificultando ainda mais uma abordagem integral, equitativa e interseccional do tema e possíveis formas de diminuir preconceitos, discriminações e violências de um modo geral.

Entendemos que a atenção básica é o locus privilegiado para uma integração entre a saúde da população indígena e a política de saúde para a população LGBT+, porém observamos que a Política Nacional de Saúde Integral LGBT encontra-se ausente no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena (SASISUS). Essa ausência, além de desrespeitar princípios do SUS (especialmente a integralidade e a equidade), impossibilita o trabalho voltado para a luta contra o preconceito, bem como constitui entraves que comprometem o acesso destas pessoas aos serviços de saúde, podendo desencadear, em muitos, adoecimentos físicos e mentais que possam resultar em mortes preveníveis, como afirma Rita Guimarães (2017).

OBJETIVOS

Diante do exposto acima pretendemos, como objetivo geral, analisar como a

diversidade sexual e de gênero é operada na orientação de políticas públicas voltadas à assistência à saúde da população indígena da etnia Pankararu, em Pernambuco.

Como objetivos específicos pretendemos:

- mapear documentos que orientam a promoção da saúde indígena, buscando identificar princípios, diretrizes ou proposições que dialoguem com temas relativos a gênero e sexualidade;
- analisar vozes/interlocutores acionados nesses documentos que demarcam atores/atrizes, posições, fluxos e processos de negociação.
- analisar repertórios sobre saúde nesses documentos;
- analisar repertórios sobre gênero e sexualidade nesses documentos.

Breve apresentação dos capítulos subsequentes

Na construção desta dissertação, privilegamos no primeiro capítulo uma breve apresentação e contextualização da nossa pesquisa, apresentando ao leitor informações relevantes sobre o povo Pankararu, destacando aspectos culturais, religiosos, econômicos, sociais, regionais, bem como a estrutura da saúde pública indígena Pankararu e os marcos legais que orientam a promoção da saúde naquele território, que fundamentam a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

No segundo capítulo, apresentamos algumas leituras sobre sexualidade e sobre homofobia em contextos indígenas dialogando com literatura que toma a sexualidade como dispositivo em saúde, fazendo um recorte histórico à luz das obras de Estevão Fernandes e Michel Foucault e a consequência disto quando discutimos o preconceito na ausência das práticas públicas.

O terceiro capítulo se destina à apresentação do desenho metodológico de nossa pesquisa, inicialmente a partir de diálogos sobre pesquisa documental, abordagem escolhida na pesquisa desta dissertação, analisando desde as abordagens utilizadas para a escolha dos documentos e os critérios para selecionar e analisar documentos.

No último capítulo, apresentamos nossas análises reconsiderando as sexualidades e a diversidade de gênero, no afã de propor perspectivas para uma abordagem de gênero e sexualidade no território Pankararu.

CAPÍTULO 1. SOBRE O CONTEXTO DA PESQUISA

A etnia Pankararu habita o sertão Pernambucano, distante da capital a 470km, situada entre os municípios de Jatobá, Tacaratu e Petrolândia. A população, segundo dados do Sistema de Informação da atenção a Saúde Indígena - SIASI, é de aproximadamente 8.000 pessoas, vivendo em um território de 14.290 hectares. Fazem parte de todo território Pankararu, 13 aldeias: Caxiado, Bem Querer de Cima, Bem Querer de Baixo, Saco dos Barros, Brejo dos Padres, Agreste, Caldeirão, Tapera, Carrapateira, Serrinha, Macaco, Espinheiro e Jitó.

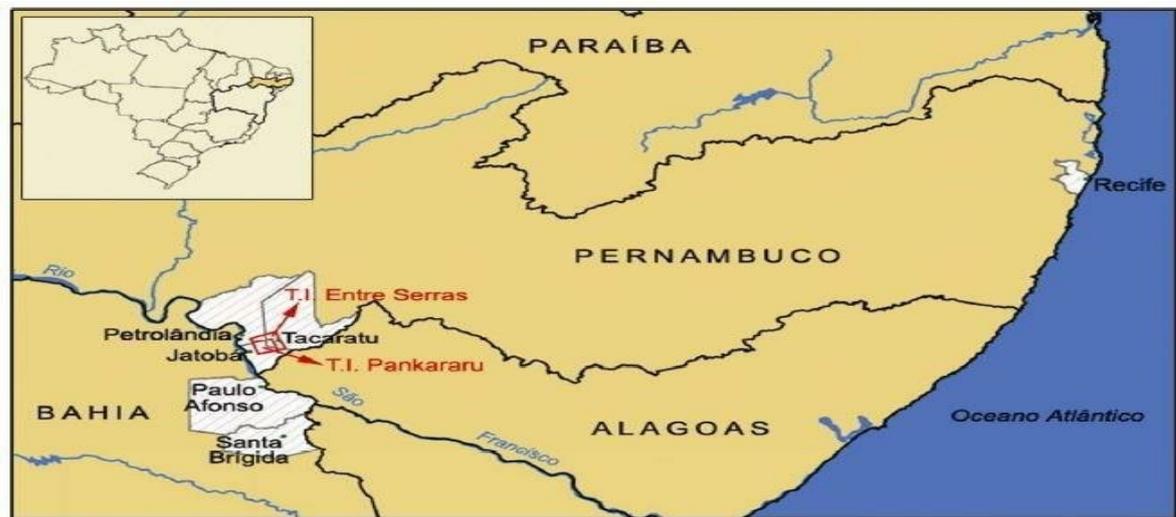


FIGURA 01: Mapa com a localização da terra indígena Pankararu em Pernambuco.
FONTE: Researchgate

A palavra Pankararu significa terra entre serras e de acordo com Athias (2007), foram pouco estudados/as etnográfica e linguisticamente e com isso alguns pontos de identificação da etnia ocorrem por dedução. Acredita-se que, na pré-colonização, eles foram expulsos do litoral e se estabeleceram no submédio São Francisco. Tiveram seus primeiros contatos com os missionários jesuítas, por volta do século XVII, quando estes adentravam, o sertão, para conversão das almas. (NEPE, 2010).

A este aldeamento estabelecido na região foi dado o nome de Brejo dos Padres, por ter sido fundado por padres capuchinhos ou oratorianos. Atualmente, é a aldeia mais tradicional do povo Pankararu e que além desta conta com mais 13 aldeias: Jitó, Caxiado, Bem Querer de Cima, Bem Querer de Baixo, Saco dos Barros, Agreste, Espinheiro, Caldeirão, Tapera, Carrapateira, Serrinha, Macaco e Pankaiwká.

Segundo Arruti (1996), estima-se que a etnia Pankararu realmente se encontra nessas terras desde o final do século XVIII, devido à missão de São Felipe Nery, que reuniu indígenas de diferentes etnias, oriundos de extintos aldeamentos, bem como de perseguições bandeirantes. No entanto, antes da referida missão, os poucos registros do município de Tacaratu, já apontavam a existência de uma maloca indígena, chamada Cana Brava, que reunia indígenas das etnias Pancarus, Umaus Vouvês e Geritacós.

O aldeamento original, que contava com aproximadamente 350 indígenas, foi extinto em 1.878, por meio de um ato imperial. Neste momento, com a finalidade de redistribuir as terras do Brejo dos Padres, o governo imperial contou com a ajuda dos municípios de Petrolândia e Tacaratu (Arruti, 1996).

De acordo com Joanderson Almeida (2022), indígena Pankararu, mestre em direito pela universidade de Brasília, a divisão das terras do aldeamento Brejo dos Padres ocorreu em lotes individuais e beneficiou fazendeiros do município de Tacaratu, o que obviamente não se deu de modo pacífico, pois envolveu uma série de violências contra a população indígena. O que se vendia como bom em relação à extinção dos aldeamentos foi na verdade a abertura para um período de muitos conflitos entre indígenas e fazendeiros.

Consta da tradição oral de Pankararu que D. Pedro II prometeu aos Pankararu que lutaram na guerra do Paraguai a demarcação e suas terras. No entanto, isso nunca se concretizou e alvarás Régios e a lei de terras de 1.850 foram os grandes impulsionadores dos direitos indigenistas entre os Pankararus, não sem controvérsias. Essas leis foram criadas com a finalidade de colonizar e catequizar os silvícolas em terras específicas, evitando assim que terceiros fizessem uso delas, porém as mesmas possibilitaram o estabelecimento do tamanho da terra indígena Pankararu em 14.290 ha (Almeida, 2022). Este é o tamanho atual do território Pankararu, porém foram muitos os obstáculos para terem esse montante demarcado e homologado pelo governo federal.

O povo Pankararu vive neste território, exercendo sua cultura e tradição de diversas formas. A medicina tradicional é uma realidade diária do referido povo, sendo ministrada por detentores do saber tradicional, sendo eles: O pajé, rezadeiros(as), benzedeiros(as), raizeiros, garrafeiros, cantador, zelador de praia e penitente. A figura do Zelador de Praiá é muito importante na tradição Pankararu, pois é este/a que tem a permissão para levantar e zelar pelo tonante de caroá, sendo o tonante a vestimenta utilizada por homens em diversos rituais Pankararu. Os Praiás são homens vestidos com os tonantes de caroá, conforme mostra a figura abaixo:



Figura 02: Praiás Pankararu
Fonte: Antônio Scarpinetti

A espiritualidade Pankararu está diretamente ligada às divindades chamadas encantados, que assim definidos por Mura (2012), em diálogo com a produção de Batalha (2017):

Os encantados são uma criação de Deus. De maneira geral, são apresentados como índios encantados em vida, isto é, índios que não passavam pela experiência da morte, mas por um processo de transformação, tornando-se imortais. São também definidos como defensores, guerreiros, protetores, protetores da aldeia, espíritos superiores, guias, encantos mestres, praiás ou homens (Batalha, apud Mura, 2017, p.53).

A presença dos encantados está em grande parte dos rituais de cura, sendo eles os grandes responsáveis pela indicação de muitos tratamentos espirituais, incluindo, em geral, a prescrição e preparo do uso de ervas.

As rezas e os cantos podem durar dias seguidos e por noites inteiras. Nestes momentos, podem estar presentes os detentores do saber tradicional, parentes e a pessoa enferma. Além das rezas e cantos, a pessoa, desejando a cura da sua enfermidade, poderá fazer uma promessa. Esta última caracteriza-se pelo oferecimento do “prato” e/ou da “garapa”. O prato pode ser oferecido de três formas: 1) servido para parentes e convidados em um ritual mais reservado, 2) por meio de ritual que envolve três rodas e 3) por meio do menino do rancho.

No primeiro, o ritual ocorre de forma mais simples com poucas pessoas em um salão (local específico para tratamentos espirituais), onde haverá uma pequena cerimônia reservada com a pessoa que fez a promessa e os detentores do saber tradicional, o prato é oferecido para o dono da promessa, depois para os homens e sobrando pode ser servido às mulheres. “O

prato” refere-se a uma refeição servida em prato de barro característico. Geralmente, a comida servida é carne de boi ou carneiro, seguido de arroz e pirão, excepcionalmente podem ser servidos, também, peixe e caça.

As três rodas referem-se a um ritual maior que o primeiro, nele os praiás dançam as três rodas e é oferecido o prato para as pessoas presentes, sendo livre a presença destas, não necessitando de convite.

O menino do rancho diz respeito a um pagamento de promessa feita, geralmente, por motivos de doenças graves. Alcançando a cura da doença, os pais do menino colocam o mesmo no rancho. Neste ritual é necessária a presença da “noiva” (mocinha virgem), duas madrinhas (mulheres adultas), padrinhos devidamente pintados, que irão fazer parte das rodas e das carreiras, e os praiás. Na cozinha estão mulheres designadas para fazerem o pirão, cabe ressaltar que não é qualquer mulher que pode preparar os alimentos. Depois das rodas dançadas pelos praiás durante o dia, chega o momento mais esperado: a disputa entre os padrinhos e os praiás. Os padrinhos têm como missão proteger o menino e os praiás desejam pegar algum pertence deste. São formados dois times, de um lado estão os praiás e do outro os padrinhos, os primeiros querem pegar e os segundos não podem deixar pegar. A disputa é emocionante e carregada de muito respeito, quando um praiá é derrubado no chão o padrinho imediatamente o auxilia a levantar e o convida para voltar à disputa. Por fim, o praiá que conseguir pegar alguma peça que o menino esteja vestindo será considerado seu padrinho espiritual, devendo proteger e guiar o menino. Os Pankararu dizem que agora o menino tem mais um dono, pois desde a promessa feita e alcançada que ele tem dono, sendo aquele que o curou da enfermidade. Quando nenhum praiá consegue pegar algum pertence do menino, existe a entrega do menino, pela noiva e suas madrinhas aos seus pais. O ritual do menino do rancho é vivido pelos indígenas com muito respeito, força e fé, bem como com muita alegria pela graça alcançada. É um ritual que envolve a comunidade inteira.

A indicação para um tratamento tradicional de cura pode acontecer diante de muitos sintomas, sendo os mais comuns vividos pelos Pankararu: o fechamento, sereno, quebranto, vento-caído e os mais diversos feitiços.

O conhecimento das ervas medicinais é bastante rico entre os Pankararu. São utilizadas para preparação de chás, garrafadas, banhos de assento, inalações, etc. Algumas singularidades são encontradas na forma de usar determinadas ervas, sendo necessário pedir permissão aos encantados, respeitar os horários que podem ser retiradas e estar atento ao local que pode realizar a extração. É importante ressaltar que não é qualquer pessoa que pode fazer a colheita destas ervas (Lovo, 2018, p.11).

Os rituais não se encerram quando terminam as rezas e/ou cantos, muitas vezes “os resguardos que vão desde banhos de ervas, chás, interditos sexuais e alimentares, acompanham o dia a dia da pessoa e podem durar até meses” (Lovo, 2018, p.12).

Nessas tradições culturais e religiosas de Pankararu, as (de)marcações binárias de gênero e sexualidade, reproduzem padrões cisheteronormativo muito semelhantes aos difundidos no processos de colonização pela ação das missões cristão evangelizadoras e estabelece muitos conflitos, devido as proibições de pessoas LGBTQ+ dentro destes espaços religiosos.

Diante do longo contato com a sociedade envolvente e da miscigenação, os Pankararu já não possuem, em sua grande maioria, características físicas “puras” e nem falam sua língua de origem, com isso se confundem com a população do sertão nordestino.

Fazer parte do sertão nordestino é algo que merece destaque e análise, especialmente quando dialogamos com o pensamento e obra do historiador Durval Muniz de Albuquerque Júnior.

De acordo com Albuquerque Junior (2013), o movimento regionalista e tradicionalista, surgiu no início do século XX, foi criado por figuras políticas e intelectuais de todos os Estados nordestinos, entre eles Gilberto Freire, Amaury de Medeiros, Aníbal Fernandes, visou a quebra de uma ligação dependente da cultura europeia, criando uma identidade do povo nordestino que valorizasse a índole própria e mostrasse um indivíduo forte que não se confundia com nenhum outro, privilegiando a figura do sertanejo, bem como produtor de uma arte que mostrasse os valores regionais.

Os autores do regionalismo não via a miscigenação como algo que pudesse indicar diretamente alguma inferioridade, muito pelo contrário, para eles o mestiço apresentava maiores condições de representar a imagem do homem forte e viril, pois são mais adaptados ao bioma nordestino, carregando aspectos dos ancestrais indígenas, portugueses e africanos. Com este pensamento definiram a imagem do homem do nordeste.

Neste contexto, havia uma proposta nítida de estipular e marcar fixamente o retrato do homem nordestino, como um homem viril, forte, macho que pudesse resgatar o patriarcado que se encontrava em crise. Seria o nordestino uma invenção de um tipo que se contrapõe as mudanças que estavam em curso, sendo estas consideradas femininas e que ameaçavam a masculinidade. Neste projeto, não há lugar para o feminino, as mulheres também ganharam um aspecto masculino.

Para embasar o aspecto masculino da mulher nordestina, os regionalistas utilizaram registros antropológicos a respeito da mulher indígena. Descrita como desprovida de

feminilidade e possuidora de aspectos masculinos, que assumiam papéis masculinos, “cortam cabelos, vão a guerra, caçam, pescam, mantendo outra companheira, com quem se “comunicam e conversam como marido e mulher” (Menezes apud Albuquerque júnior, p. 217).

Desta forma, as relações de poder tornavam-se explícitas, marcando o discurso masculino dominante e sinônimo de potência. A dominação heteronormativa também se fazia presente nesses discursos, acreditando que tudo que fugia deste padrão eram considerados condições da primitividade (Albuquerque Júnior, 2013). Interessante observar que a homossexualidade feminina é descrita pelos regionalistas como primitiva, mas por outro lado reforçava uma masculinidade feminina como algo positivo, reforçando o patriarcado que eles tanto lutaram para que não perdesse força.

É dentro deste discurso e desta imagem criada e fortalecida que o sertanejo costuma se auto afirmar como cabra macho e que os Pankararus estão inseridos e compartilham desta subjetividade. Possuem o que a lei Nº 6.001 de 19 de dezembro de 1973, mais conhecida como estatuto do índio, enquadra como indígenas integrados a sociedade envolvente e nada mais natural que assimilem o discurso propagado. No entanto, sabemos que essa análise regionalizada não dá conta de explicar todos os aspectos que solidifica a LGBTfobia entre os indígenas.

Saindo de um contexto regional, sertão de Pernambuco, nordeste, encontramos a nível nacional um contexto atual neoconservadorista que tem suas origens no capitalismo hegemônico fruto do colonialismo racista, patriarcal, cisheteronormativo, etc. Esse movimento inicia com a colonização e nunca deixou de existir, porém voltou a ganhar força nas campanhas presidenciais em 2018. A extrema direita focou em discursos sobre ideologia de gênero-comunismo, temas que não tinham tanta relevância em campanhas presidenciais anteriores (Almeida, 2020). O lema Deus, pátria e família estimulou os discursos de ódio contra as questões de gênero e orientações sexuais, bem como impulsionou muitas notícias falsas envolvendo esses assuntos.

Para Almeida (2020), esse foco nas questões de gênero e sexualidade foi decorrente da expansão das conquistas do movimento LGBTQ+, que vem lutando pela garantia de direitos e denunciando cada vez mais os preconceitos, discriminações e uma série de violências. A cisheteronormatividade jamais tinha sido questionada como nos últimos anos.

O contexto colonizador foi extremamente violento para os indígenas de todo o país, deixando marcas conservadoras, patriarcais, sexistas, cisheteronormativas, entre outras características. O neoliberalismo, reforçado pelo conservadorismo, é destruidor de direitos

indígenas, como, por exemplo, a vida, a terra, as suas tradições, culturas e tenha como objetivo integrá-los a sociedade nacional. O conservadorismo, principalmente em relação às questões de gênero e sexualidade, é algo que já está entranhado nas subjetividades de muitas etnias e os fazem produzir uma repressão na atualidade, como sofreram no passado.

Neste contexto, não há proposição de políticas públicas para indígenas LGBTQ+, embora, entre os/as Pankararu, vem sendo construído, por um grupo de jovens, um movimento LGBTQ+ que tem se engajado cada vez mais na luta por garantias de direitos, tanto em âmbito local, como em termos nacionais. Essas iniciativas vêm ocorrendo pela facilidade de comunicação com outras etnias através das redes sociais e pelo crescimento de jovens indígenas nas universidades de todo país. O acesso ao que acontece na sociedade envolvente tem sido determinante para que esse movimento venha crescendo em Pankararu e em outras etnias.

Essas mudanças vêm ocorrendo nos meios acadêmicos, de uma forma geral, pesquisas sobre gênero e sexualidade em contextos indígenas vêm sendo desenvolvidas, enfatizando o complexo percurso histórico dos atravessamentos impostos pela colonização e a cristianização, resultando, como afirma Estevão Fernandes (2019) em um processo dialético marcado por representação de práticas não heterossexuais como algo pecaminoso, degenerado ou não evoluído (2019, p.15-16). No entanto, a heterossexualização compulsória não se encontra em um passado, ela continua viva no presente trazendo uma série de violências.

A cultura cristã patriarcal e heterossexual aprisionou o indígena a uma imagem “hiper-real, a-histórica, sem conflitos internos, sexualidades, desejos ou afetos” (Fernandes, 2019, p.25). Sendo assim, as expressões de gênero e que fogem do padrão cisheteronormativo continuam sendo consideradas resultantes de uma perda cultural, ocorrida através do contato com a sociedade envolvente, configurando-se uma espécie de perda originária.

A dificuldade, encontrada por muitos indígenas Pankararu, de poder expressar-se fora de um padrão cisheteronormativo, faz com que os mesmos abandonem a aldeia e se desloquem para grandes centros urbanos, o que representa uma decisão muito difícil e dolorosa, pois a ausência na participação das tradições religiosas e culturais é fonte de muitas angústias e sofrimentos.

Diante do exposto, precisamos refletir sobre o conceito de colonialidade, conforme aborda Quijano (1992), entendendo que a emancipação dos colonizados perante os Estados dominadores não representou o fim da dominação.

a estrutura de poder foi e ainda segue estando organizada sobre e ao redor do eixo colonial. A construção da nação e sobretudo do Estado-nação foram conceitualizadas e trabalhadas contra a maioria da população, neste caso representada pelos índios, negros e mestiços. A colonialidade do poder ainda exerce seu domínio, na maior parte da América Latina, contra a democracia, a cidadania, a nação e o Estado-nação moderno (Quijano, 2005, p.21).

Para Quijano (2005), a colonialidade do poder foi essa força perversa que lançou a ideia de raça para colocar uma hierarquia violenta sobre as populações colonizadas, fazendo com que todo tipo de atrocidade fosse cometido, sendo justificadas pelo “bem” das raças considerada inferiores. A exemplo disso está o genocídio dos povos indígenas que se deu principalmente pelo trabalho forçado, intenso e descartável. Muitos indígenas morreram devido a exaustão a que foram submetidos. Aspectos culturais e religiosos foram banidos de muitas etnias. Impor a cultura eurocêntrica teve como objetivo reforçar a dominação em seus diversos alcances, cognitivo, tecnológico, subjetivo, material e, sobretudo religioso. Este último trouxe consequências extremamente danosas às sexualidades indígenas, sua repressão continua a impactar nos dias atuais.

Aspectos relacionados às formas estruturais eurocêntricas do poder colonial persistem nas relações do poder, do saber e do ser, de forma que se faz necessário um sistema para se contrapor a essa ordem ainda vigente. O discurso decolonial é a possibilidade de desfazer essa lógica perversa criada pela colonialidade, em que mecanismos de exploração, escravização e extermínio dos povos indígenas e negros eram considerados legítimos (MATIAS, 2018). Neste sentido, em um contínuo processo de resistência a qualquer abordagem colonial que busque compreender ou dar conta da complexidade do campo pesquisado, apresentamos a seguir informações que situam o/a leitor/a em relação ao que Peter Spink chama de “campo-tema” de pesquisa:

Se o campo não é um lugar específico, delineado, separado e distante, segue que estamos sempre potencialmente em múltiplos campos. Podemos variar em relação à nossa centralidade no campo, mas as matrizes do campo estão sempre presentes [...] É esta potencialidade de movimento do pesquisador ou pesquisadora, ou de qualquer pessoa como parte do campo, que mostra não somente as possibilidades, mas também as restrições de acesso aos espaços-chaves de argumentação e debate. Campo, entendido como campo-tema, não é um universo “distante”, “separado”, “não relacionado”, “um universo empírico” ou um “lugar para fazer observações”. Todas estas expressões não somente naturalizam mas também escondem o campo; distanciando os pesquisadores das questões do dia a dia. Podemos, sim, negociar acesso às partes mais densas do campo e em consequência ter um senso de estar mais presente na sua processualidade (Spink, p. 28)

Nessa perspectiva, apresentamos a seguir algumas informações que situam meu campo-tema; informações que não se pretendem exaustivas, mas que situam o modo como esta pesquisa foi sendo construída e os lugares por onde transitei.

1.1 ESTRUTURA DA SAÚDE PÚBLICA INDÍGENA NO BRASIL E NA ETNIA PANKARARU

Atualmente, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) conta com uma estrutura de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), 360 Polos Bases, 68 Casas de Saúde Indígenas (CASAI), para atender 305 etnias em 597 terras indígenas. As Equipes Multidisciplinares de Saúde indígenas (EMSI) são compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos em enfermagem, auxiliar de saúde bucal, agentes indígenas de saúde (AIS), Agentes indígenas de saneamento (AISAN). Quando a demanda justifica, a equipe pode ser composta também por psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros. Existe uma previsão de que nos DSEI antropólogos façam parte dos profissionais de Referência Técnica (RT), mas nem sempre encontramos este profissional atuando nesses Distritos.

O Estado de Pernambuco conta com um DSEI que coordena 11 etnias, sendo que três delas passaram por um processo de reestruturação, quando uma mesma etnia se dividiu em dois povos, e cada um destes possuem suas coordenações locais (Polos base), que por sua vez coordenam as unidades de saúde das aldeias de cada povo. Faz parte do DSEI de Pernambuco 14 polos base de saúde e uma CASAI, localizada no Recife, sendo responsável pela hospedagem dos indígenas do Estado de Pernambuco em seus tratamentos de saúde na capital do Estado.

A etnia Pankararu passou por um processo de divisão formando dois territórios, “Entre Serras Pankararu” e “Pankararu”, ocupando um território de aproximadamente 14.000ha. Nesta divisão foram constituídos dois polos bases de saúde independentes entre si, possuindo equipes multidisciplinares de saúde indígena de acordo com a quantidade populacional de cada povo.

A terra indígena de “Entre Serras Pankararu” está localizada em dois municípios pernambucanos, Tacaratu e Petrolândia. Possui uma população de 1.605 indígenas (segundo dados do SIASI), um Polo Base localizado no município de Tacaratu, uma EMSI contendo

dois enfermeiros, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, um médico, um farmacêutico, quatro técnicos de enfermagem, sete AIS, um AISANS, atendendo as 12 aldeias que fazem parte da sua terra indígena, são elas: Mundo Novo, Porteirão, Piancó, Baixa do Lero, Barroão, Logradouro, Olho D'Água do Julião, Vila, Salão, Folha Branca, Angico, Lagoinha.

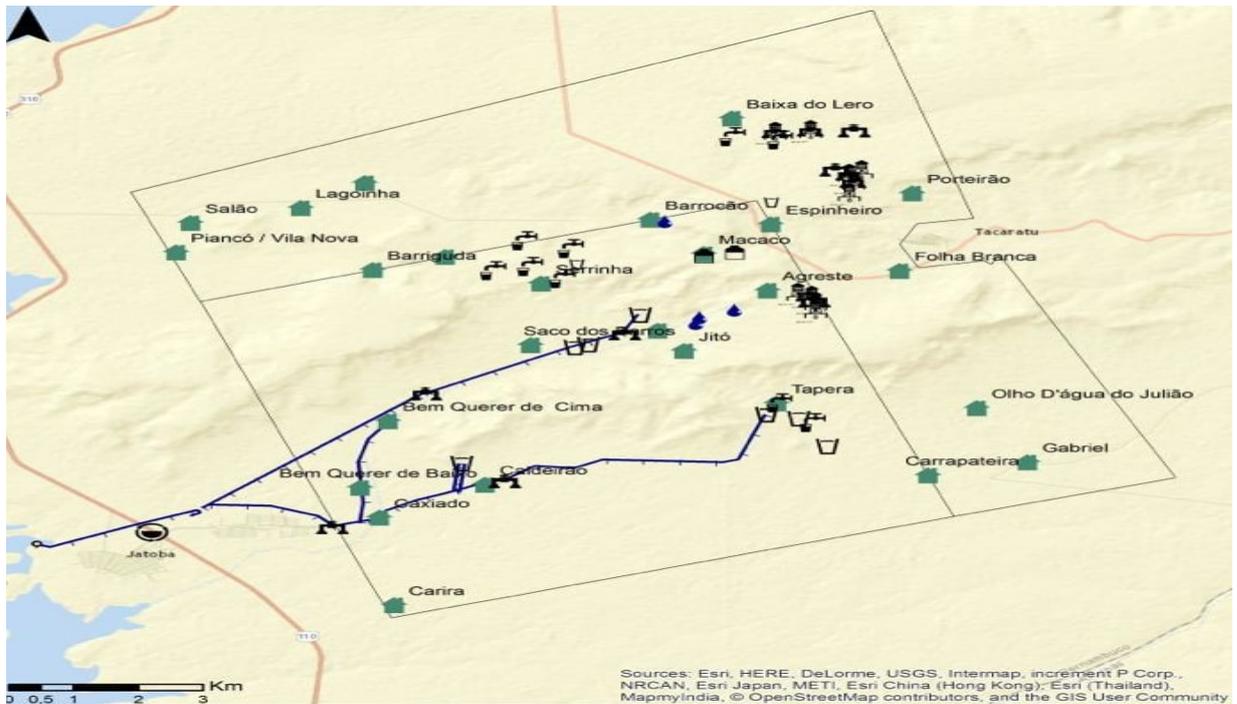


FIGURA 03: Divisão territorial da etnia Pankararu.
FONTE: Marcelino Soyinka, 2016.

Um dos enfermeiros fica na sede do Polo Base coordenando a EMSI e fazendo toda a comunicação com o DSEI, ou seja, solicitando e respondendo as solicitações que o fluxo de trabalho exige. Também ficam na sede do Polo Base duas técnicas em enfermagem, uma para registrar todos os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde no Sistema de Informação da Atenção à saúde Indígena (SIASI) e a outra na farmácia básica, para dispensação de medicamentos. A profissional que fica responsável por alimentar o SIASI deste polo é também a coordenadora administrativa do Polo Base.

A terra indígena Pankararu está localizada em três municípios do sertão pernambucano, Tacaratu, Petrolândia e Jatobá. A sede do seu polo base fica no município de Jatobá, com uma população de 7.164 indígenas (segundo dados dos SIASI). Devido a quantidade da população o polo em questão conta com três EMSI. Ao todo são 3 médicos, 4 enfermeiros, 1 assistente social, 1 farmacêutico, 2 cirurgiões dentistas, 10 técnicas em

enfermagem, 2 auxiliares de saúde bucal, 22 AIS, 13 AISANS. No polo base ficam duas técnicas de enfermagem uma para o SIASI e a outra na farmácia básica, também um enfermeiro que coordenada as EMSI, uma coordenadora administrativa (atualmente é a assistente social) e um funcionário cedido pela FUNASA responsável pelos motoristas e deslocamentos dos indígenas para Recife para tratamento na média e alta complexidade de saúde. Os profissionais de psicologia do DSEI ficam com várias etnias.

Nos dois Polos Base acima mencionados, os/as profissionais de nível superior fazem todo final de mês seus cronogramas mensais, estipulando todas as atividades a serem desenvolvidas, como por exemplo, atendimentos individuais, procedimentos específicos de cada área profissional, visitas domiciliares, educação em saúde, rodas de conversas, palestras nas escolas, ações de saúde, campanhas de vacinação, etc. Os profissionais de nível superior e os técnicos em enfermagem se encontram pela manhã no polo base e seguem com suas equipes para as aldeias, de acordo com o cronograma.

Todos os profissionais têm documentos norteadores de suas práticas profissionais e são orientados sobre atualizações pelos que são referências técnicas e ficam no DSEI/PE, nem sempre esses documentos são produzidos especificamente para a atuação junto às comunidades indígenas, muitos são desenvolvidos pelo SUS e seguidos pela saúde indígena. A ideia é que possam em cada etnia adaptar diante das especificidades culturais e respeito às medicinas tradicionais, seguindo os preceitos desenvolvidos pela PNASPI.

Diante da quantidade populacional de cada etnia os profissionais recebem metas anuais para desempenhar procedimentos de saúde específicos de sua abrangência profissional que precisam ser desenvolvidas nos territórios e que serão avaliados no final de cada ano. Em todas as especialidades, há metas para os trabalhos em grupos com a população, destaque esse aspecto por considerar que esses trabalhos com o coletivo sejam potencialmente importantes para o combate a toda e qualquer tipo de violência, discriminação e preconceitos, inclusive, em tese, aqueles resultantes de intolerância baseada em gênero e sexualidade.

O processo de definição da estrutura, dinâmica e missão dessas instâncias e atividades vem sendo definidas há muito tempo e a partir de diferentes dispositivos legais. Sendo esta dissertação defendida no campo da psicologia, consideramos necessário apresentar narrativas e informações que, para pessoas iniciadas no campo de estudos sobre saúde da população indígena, possam parecer óbvias ou desnecessárias, porém elas podem contribuir para dar visibilidade a processos históricos relevantes, que nos ajudam a compreender a complexidade do nosso campo-tema de pesquisa.

1.2 MARCOS LEGAIS QUE ORIENTAM A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

A saúde dos povos indígenas, durante a colonização, era administrada pelos missionários religiosos, que além de não cumprir o que determinava as leis da época, tratavam os saberes tradicionais de cura como algo diabólico e que deveriam ser extintos. Muitos grupos indígenas resistiram aos aldeamentos e suas imposições, outros se viram forçados a fazer parte destes. Devido às políticas assimilacionista da época, os indígenas que foram se agrupando nos aldeamentos, aos poucos foram perdendo sua identidade étnica.

Em 1910 a saúde do índio passou a ser de responsabilidade de Serviço de Proteção aos Índios (SPI), a mudança não representou uma efetiva melhoria, pois os indígenas continuavam não tendo uma boa assistência, bem como as ações em saúde eram voltadas apenas para serviços emergenciais. Na tentativa de melhorar a assistência a saúde dos povos indígenas foi criado, na década de 50, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas – SUSA, que também deixou a desejar em qualidade de atenção à saúde dos índios, resumindo-se a serviços de imunização, atendimento odontológico e doenças infecciosas (Fernandes et al., 2010).

Em 1967, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), substituindo o SPI, passando a assumir a saúde indígena. O referido órgão continuou o modelo campanhista, implantando equipes volantes, não trazendo mudanças aos modelos de atenção à saúde anteriores. Continuou com um comportamento de abandono as populações indígenas que culminou um processo de busca dos indígenas em obter conhecimento para eles mesmos assumirem os serviços emergenciais das suas aldeias. Com este movimento, surgiram os cursos de capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), bem como reforçou a medicina tradicional tão presente e negligenciada pelos profissionais de saúde que chegavam nas aldeias para trabalhar (Fernandes et al., 2010).

Diante da necessidade de pensar em leis que pudessem acompanhar as transformações históricas vividas pelos indígenas de todo o Brasil, um grupo de antropólogos deu prosseguimento a um movimento que culminou a criação da lei 6.001 de 19 de dezembro de 1973, mais conhecida como Estatuto do Índio. Esta lei, ainda em vigor, traz a responsabilização do Estado com os povos indígenas, tendo um caráter contraditório entre o pensamento colonialista assimilacionista que visa integrar os índios à nação e a necessidade de proteger a cultura dos povos indígenas brasileiros. Essa lei não atendeu às necessidades

dos povos indígenas, principalmente no quesito saúde, que vinha, ao longo dos anos, sendo administrada de forma bastante negligente.

No final da década de 1970 cansados das negligências em relação à saúde dos povos indígenas e muito necessitados de uma assistência diária a saúde, um grupo de indígenas foram em busca de capacitação, o que culminou em cursos, por todo Brasil, de capacitação dos agentes indígenas de saúde – AIS, bem como reforçou a medicina tradicional tão presente e negligenciada pelos profissionais de saúde que chegavam às aldeias para trabalhar (Fernandes et al., 2010).

Posteriormente, saindo de um quadro ditatorial e entrando em um processo de redemocratização, os movimentos sociais lutavam por uma saúde universal. Com a finalidade de discutir um novo modelo de atenção a saúde no Brasil, ocorreu em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que serviu de base para o sistema de saúde a ser adotado no Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS, através da Constituição de 1988.

Vale ressaltar que um ano antes, em 1987, foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que tinham como objetivo contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde e como principais diretrizes: 1) universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; 2) integralidade dos cuidados assistenciais; 3) descentralização das ações de saúde; 4) implementação de distritos sanitários.

Mas, foi com a Lei 8080 de 1990, instituída dois anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que se regulamentou o SUS, como um modelo amplo de atenção à saúde que proporcionou a descentralização da gestão para as instâncias locais e distritais, onde a participação popular fez-se presente no dia a dia, com a criação dos conselhos e conferências de saúde, para avaliação, controle e execução das políticas. Tendo como princípios básicos de atenção a universalidade, integralidade e equidade (Fernandes et al., 2010).

A criação do SUS foi, sem dúvida, uma grande conquista na universalização da assistência à saúde para todos os brasileiros, porém com a sua inserção foi observado que as áreas urbanas obtiveram mais atenção, constituindo uma grande dificuldade de atender as demandas das populações rurais e indígenas, sobretudo estes últimos, devido também às especificidades culturais (Garnelo, 2012).

Logo após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, aconteceu a I Conferência Nacional de Proteção a Saúde do Índio - CNPSI. Esta última foi um marco na luta dos povos indígenas no que diz respeito à discussão de políticas públicas de saúde indígena. Embora não tenha

havido muito consenso nas propostas, resultando em um relatório reduzido, a conferência em questão enfatizou a participação indígena em todo o processo “de decisão, formulação e planejamento das ações e serviços de saúde e na sua implantação, execução e avaliação” (Trajetória das Conferências Nacionais de Saúde Indígena- UNB), bem como resultou em vários determinantes que embasaram a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, alguns anos depois.

A II Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1993, elaborou um documento contendo o modelo de atenção de saúde indígena diferenciado que foi encaminhado ao Deputado Federal Sergio Arouca. Em seguida, foi criado o decreto 1.141 em 19 de maio de 1994, não atendendo à criação do sistema de saúde diferenciado proposto pela II CNSPI e delegando à Fundação Nacional do Índio – FUNAI e a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, os cuidados com a atenção à saúde dos povos indígenas. A divisão de responsabilidade entre essas duas autarquias só gerou conflitos e fragmentação dos serviços necessários (Fernandes et al., 2010).

Cinco anos depois da criação do decreto 1.141/1994, em 1999, foi estabelecida a lei nº 9.836/99, como acréscimo de dispositivos à lei nº 8080/99 que regulamenta o SUS, conhecida como o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – SASISUS. Esta última garantiu à política da saúde dos povos indígenas maior autonomia e seguindo os princípios básicos do SUS, descentralização, hierarquização, regionalização, universalização e integralização. Seguindo estes princípios, neste mesmo ano, foi implantado um modelo de atenção à saúde dos povos indígenas organizando suas unidades através dos modelos de Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, configurando uma rede de serviços da atenção primária a saúde, que foram distribuídos conforme características culturais, distribuição de terras, critérios demográficos e quantidade da população (Garnelo, 2012).

A negociação para a implementação e implantação dos DSEI contou com a participação dos indígenas de todo o Brasil. A seguir trago duas vozes importantes, de duas mulheres Pankararu, Ivani e Carmem, que participaram ativamente do referido processo e que está publicado no livro *Vozes Indígena na Saúde, trajetórias, memórias e protagonismos*, organizado por Pontes, Hacon, Terena e Santos (2022). Esses dois textos são de extrema riqueza, não são de acadêmicos, mas da realidade de um povo, contada pelo próprio povo.

De acordo com Carmem Pankararu (2022), em seu texto “Somos Filhos da Terra”, a trajetória da saúde indígena em Pankararu no momento da redemocratização do país contou com a participação de lideranças importantes de seu povo, como D. Quitéria Binga e Sr. João Binga, entre outros, que foram somar com as falas de outros representantes indígenas do

Brasil todo. As dificuldades de locomoção eram muitas e a ida das referidas lideranças só foi possível com a união da população Pankararu que custeou os gastos das viagens dos seus líderes para Brasília. A luta árdua para serem contemplados com uma saúde específica e diferenciada faz parte de toda a trajetória e anseio dos indígenas Pankararu que vinha sendo atendidos esporadicamente, com consultas médicas, assistência odontológica e entrega de medicamentos, através de um micro-ônibus fornecido pela FUNAI. Esse modelo campanhista era o único recurso de saúde na etnia Pankararu, vindo de um órgão estatal.

Um outro aspecto importante trazido por Carmem Pankararu, após a implantação do Subsistema de atenção a saúde indígena, diz respeito a mortalidade infantil que era uma realidade muito presente e que diminuiu muito, através desse cuidado ofertado diariamente nas aldeias, principalmente pela atuação dos Agentes indígenas de saúde. A contratação dos profissionais em tela foi a primeira medida adotada pelo DSEI/PE, após a instauração deste modelo de atenção a saúde para os povos indígenas.

Ivani Pankararu (2022) em seu texto “Valorizar o saber indígena” conta como iniciou seu trabalho com a saúde dos povos indígenas, ainda na década de 1980, quando precisou realizar uma cirurgia em Recife. Neste tempo os indígenas eram atendidos pelas equipes volantes que vinham nas aldeias diagnosticavam e encaminhavam para Recife. Na capital a FUNAI oferecia hospedagem em uma casa de apoio para que os indígenas pudessem realizar seus tratamentos.

Em muitas viagens para seu tratamento e, posteriormente, ajudando outros indígenas que necessitavam ir para capital, Ivani conheceu seu marido, funcionário da FUNAI. Após se casarem eles foram morar no Maranhão devido à transferência do marido para trabalhar com os Guajajaras e pouco tempo depois com os Yanomamis em Roraima. Ivani acompanhou de perto o funcionamento do primeiro DSEI implantado no Brasil, DSEI Yanomami. Devido à experiência dela e de outro indígena Pankararu, Paulo, com os Yanomami, foram chamados para apresentar esse modelo de atenção para lideranças e população de Pankararu. Nesta época existia uma contrariedade da FUNAI com esta mudança na atenção à saúde dos povos indígenas, provavelmente pela perda dos recursos financeiros que o órgão recebia para gerir a saúde dos indígenas (Ivani Pankararu, 2022).

A apresentação destes dois indígenas de Pankararu foi determinante na aceitação do modelo de distrito, bem como fortaleceu os indígenas de Pernambuco a não aceitarem a proposta de um distrito para três estados, Pernambuco, Sergipe e Alagoas. A população indígena de Pernambuco justificava a instauração de um único distrito para o Estado.

Entendendo a necessidade do controle social, mas não sabendo ao certo como executar, Ivani e Paulo Pankararu foram em busca de orientação com o Antropólogo Renato Athias, recebida a orientação deste profissional, voltaram de Recife e estabeleceram, junto as lideranças Pankararu, aspectos importantes para o início do Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI. O conselho de saúde local de Pankararu contou com a participação da irmã de Ivani, Aparecida Gomes, Carmem Pankararu, Gildark Barros, parteiras tradicionais, FUNAI e outros agentes indígenas de saúde que, nesta época, inclusive, realizavam este trabalho sem remuneração (Ivani, 2022).

Vale ressaltar que Ivani, em seu texto, traz também a experiência do DSEI Yanomami e DSEI leste de Roraima. Os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) destes distritos referidos receberam muitos cursos tornando-os protagonistas desse momento de mudança na saúde dos povos indígenas, sendo considerados como um elo entre as equipes de saúde, que chegavam na aldeia, e os indígenas (Ivani, 2022).

A saúde indígena sob a responsabilidade apenas da FUNASA, criou um setor responsável pela coordenação do Departamento de Saúde Indígena – DESAI e contou também com o monitoramento do Ministério da Saúde junto aos municípios que possuem comunidades indígenas através da Secretaria de Assistência a Saúde – SAS (Garnelo, 2012).

No entanto, em 2005 foram surgindo muitas críticas à gestão desta autarquia, devido à negligência na atenção à saúde das populações indígenas. Doenças que haviam sido controladas passaram a surgir com força de epidemias, bem como, entre outros agravos à saúde, houve um aumento considerável nos casos de desnutrição infantil. Os atrasos no repasse de recursos para contratação e/ou manutenção de profissionais de saúde, como médicos, piorou ainda mais a atenção à saúde dos povos indígenas.

As críticas à FUNASA também se concentravam em relação às muitas denúncias de corrupção, levando indígenas de todo o Brasil, através de seus representantes, a lutarem para que fosse criada uma secretaria específica para atender a saúde indígena e que estivesse vinculada ao Ministério da Saúde.

Desta forma, em 2010 a solicitação do movimento indígena foi aceita, sendo criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI, através do decreto Nº 7.336/MS, órgão do ministério da saúde, destinado a gerir o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que tem como norteador a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI.

Esse panorama histórico mais amplo nos oferece uma aproximação ao campo das políticas públicas em saúde para população indígena, mas, em geral, trazem poucas contribuições para uma leitura mais densa sobre como marcadores sociais da diferença, como

gênero e sexualidade, interatuam na produção de adoecimento ou de promoção à saúde nesses territórios.

1.3 APROXIMAÇÕES AO TEMA DA DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO EM CONTEXTOS INDÍGENAS

Ao analisar a bibliografia da trajetória de saúde dos povos indígenas é notório que a pauta da diversidade sexual e de gênero nem chegou a ser cogitada. Em um contexto de tanta negligência com a saúde dos povos indígenas é compreensível que a luta maior fosse estabelecer a atenção contínua nas aldeias. No entanto, parece válida uma análise não só referente aos povos indígenas, mas também em relação ao que vinha acontecendo no Brasil em relação aos movimentos LGBTQ+, de modo mais amplo.

No mesmo período em que os indígenas lutavam por uma estrutura de saúde nas aldeias, o movimento LGBTQ+ começa consolidar iniciativas de promoção dos direitos sexuais, por exemplo, com a institucionalização do grupo SOMOS – grupo de afirmação homossexual, em São Paulo, na década de 1970. As reuniões do grupo davam início ao que se tornaria o Movimento Homossexual Brasileiro (MHB). Obviamente muitas outras iniciativas existiam antes do Somos, em diferentes contextos brasileiros, mas a visibilidade de sua ação impulsionou a criação de muitos outros grupos pelos Estados Brasileiros.

Nesta mesma época, foi lançado o primeiro jornal mensal chamado *lâmpião da esquina*. Distribuído para todo o país, tinha entre outros objetivos estabelecer alianças com populações negras e indígenas, feministas e outros. Essas alianças não foram alcançadas e a censura da ditadura provocou diversas intimidações aos editores do jornal, Embora a situação fosse muito difícil o *lâmpião* passou a receber o apoio dos sindicatos dos jornalistas, o que culminou no reconhecimento das demandas e necessidades em torno da homossexualidade (MacRae, 2018).

Na época em que os movimentos foram surgindo muitas questões sobre a origem da homossexualidade foram aparecendo. A respeito disso MacRae (2018) cita a posição ambivalente do jornal *O Lâmpião*, porém reconhece que o referido jornal foi importante para diminuição dos estereótipos negativos ligados a homossexualidade masculina e feminina (MacRae, 2018).

Dentro deste contexto, os grupos de afirmação homossexual, como o Somos, o Grupo Gay da Bahia (GGB), o “Triângulo Rosa” no Rio de Janeiro e o Grupo de Atuação

Homossexual (Gathó) em Pernambuco, lutaram para que a homossexualidade deixasse de ser considerada, pelo extinto INAMPS, como transtorno mental. Com isso, foram importantíssimos para que na atualidade haja mais compreensão sobre o tema e conseqüentemente menos preconceito, bem como proporcionou o entendimento sobre a homossexualidade, diminuindo os sentimentos de culpa, de se considerarem anormais ou com doenças mentais (MacRae, 2018).

A luta por visibilidade e representatividade continua sendo extremamente relevante nos dias atuais, às conquistas que tiveram nesses últimos anos não correspondem a uma segurança a população LGBT+. Luiz Mott (2018) alerta, por exemplo, que nestes 39 anos de existência do Grupo Gay da Bahia (GGB) o número de assassinatos a pessoas que se identificam fora do padrão cisheteronormativo é uma realidade que vem aumentando. No período de 1980 à 2017 foram documentadas 4046 mortes, acrescentando os suicídios. O autor alerta para um aumento significativo na quantidade de homicídios na década de 1970, uma vítima a cada 51 dias. Entre 2010-2017 o número de mortes aumenta, caindo a proporção de morte por número de dias, que passou a ser de 1.1 por dia. Em 2017 foram documentadas 445 mortes, uma morte no intervalo de apenas 19 horas.

Essa é a realidade do país que mais mata pessoas LGBT+ e na qual os indígenas estão inseridos, principalmente os que estão integrados a sociedade envolvente, como é o caso de Pankararu. Com isso entender todo o contexto histórico é o ponto de partida para podermos traçar uma análise de como a saúde indígena atua na assistência as pessoas que se identificam como LGBT+, bem como expõe que a heterossexualização dos indígenas, durante a colonização, é um marco importante para compreensão da sociedade brasileira neste aspecto do poder sobre os corpos. Para os povos indígenas a subversão é dupla, cisheteronormativa e étnica.

A escolha de trabalhar com os documentos formulados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e que são norteadores dos trabalhos desenvolvidos pelos profissionais de saúde, é um ponto importante e determinante para a pesquisa, pois possibilita entender e analisar como essa assistência acontece e se realmente acontece cumprindo os princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade.

Para muitos indígenas a assistência à saúde que recebem é determinante para prevenir e diminuir agravos maiores em doenças tratáveis pela atenção básica, tornando-se esta imprescindível nas etnias de todo o país. A precariedade da atenção à saúde em municípios distantes das capitais no Brasil é uma realidade difícil e que se encontra a maioria das etnias.

A média e alta complexidade de atenção à saúde não fazem parte de grande parte dos municípios brasileiros.

Dentro deste contexto, enquanto profissional de saúde acreditamos que a falta de diálogo na comunidade sobre o tema e a escassez de políticas públicas de saúde e direitos humanos voltados para as questões de gênero e orientações sexuais na população indígena têm dificultado ainda mais a abordagem do tema e possíveis formas de diminuir preconceitos, discriminações e violências de um modo geral.

Extermínios ainda estão presentes e de diferentes formas quando desconhecemos a realidade dos povos indígenas, suas histórias, necessidades, lutas diárias, bem como quando o antigo padrão eurocêntrico determinou a forma destas pessoas de ser e estar no mundo. No próximo capítulo, pretendemos dialogar sobre essas questões, de modo a seguimos neste exercício de aproximações ao nosso campo-tema.

2 – A SEXUALIDADE E A HOMOFOBIA NA SAÚDE INDÍGENA

2.1 SEXUALIDADE COMO DISPOSITIVO EM SAÚDE

A história da sexualidade varia de acordo com a sociedade e sua cultura. Ao longo do tempo o discurso sobre sexualidade foi mudando e isso não aconteceu de forma linear. Narrativas sobre a história colonial do ocidente informam que foi a partir do século XIX, o início de uma época em que o fundamentalismo religioso cresceu, marcando a forma das pessoas dialogarem sobre a sexualidade, suas práticas, linguagens, modos de pensar e agir. A repressão foi característica marcante desta época, podia falar sobre sexo, mas apenas para reprimir. Por muito tempo profissionais da saúde, como médicos psiquiatras, quando falavam sobre sexualidade, acreditavam que precisavam se desculpar, considerando que a fala tratava-se de assuntos considerados baixos e sem importância. Falar sobre sexo era como desafiar a ordem estabelecida (Foucault, 2018).

Abordar a sexualidade no dispositivo de saúde está diretamente ligado a possibilidade de reforçarmos o debate da sexualidade dentro da saúde, subvertendo a ordem estabelecida e dominante que criou dispositivos para controle de dominação, dentro de um jogo de poder que reprimiu as possibilidades de ser e existir no mundo referente às sexualidades e suas nuances (Foucault, 2018).

A repressão violenta exercida sob a sexualidade dos corpos indígenas desde o início da colonização é abordado por Estevão Rafael Fernandes (2019) em seus estudos sobre a colonização das sexualidades. A compreensão deste processo, para o referido autor, perpassa pela análise do contexto histórico, das relações de trabalho, do modelo de moral e família da época, em que compulsoriamente enquadraram os povos indígenas ao sistema colonial.

Para aperfeiçoar a economia portuguesa, foi criado o diretório dos índios, logo após a expulsão da Companhia de Jesus do Brasil, por volta de 1759, esta instituição religiosa vinha colocando dificuldades na demarcação de terras e na utilização da mão de obra indígena na região amazônica. Sendo assim o poder religioso sobre as populações é retirado, dando lugar a ampliação dos diretórios e conseqüentemente ao aumento de trabalhadores indígenas na companhia do comércio do Grão-Pará e Maranhão (Fernandes, 2019).

O Diretório foi uma lei criada, em 1757, pelo Marquês de Pombal para regulamentar a vida e a atuação dos aldeados. No início estavam sob essa legislação os indígenas da Amazônia e posteriormente a todo território da dominação portuguesa na América. O diretório manteve muitos princípios das legislações anteriores, porém foi significativa a imposição do português em detrimento das línguas nativas, bem como o incentivo ao casamento com não indígenas e a proibição das tradições culturais nestes aldeamentos forçados. As bases do diretório visavam, sobretudo, o aniquilamento dos povos indígenas (Almeida, 2017).

A visão de muitos/as autores/as que se debruçaram na passagem do indígena selvagem para súditos do rei nos dá pistas para compreendermos que a suposta intenção da civilização com as imposições para fazerem parte deste “novo mundo” tutelando-os e obrigando-os à ordem colonial, notavelmente implica nas colonizações das sexualidades indígenas. A imagem do indígena hiper-real, nos moldes impostos pela colonização, esvaziou o indígena das suas características físicas, culturais, de gênero e sexualidade, aprisionando não só a eles, mas também o olhar da sociedade para com os mesmos (Fernandes, 2019).

Trechos do texto da lei do Diretório deixa claro o pensamento sobre os costumes, tradições e formas de se relacionar dos povos indígenas. O costume de muitos povos indígenas de compartilhar uma casa com várias famílias era considerado indecente, desonesto, por estar associado a diversidade dos sexos e aos vícios. Para combater essa indecência deveriam imitar os não indígenas e seguirem regras de moralidade. Com isso, os colonizadores foram impondo uma série de restrições, baseadas na superioridade do pensamento civilizatório. Julgavam as diversas sexualidades indígenas existentes como torpe, fazendo associações com trechos bíblicos em que a palavra é empregada para criticar as práticas homossexuais (Fernandes, 2019).

Esta ideia de ambientes com muitos compartimentos, diferentes das malocas indígenas, modificou a forma como os indígenas exerciam sua sexualidade. Esta arquitetura que coloca compartimentos dentro das residências, para separar o que consideravam público e privado apareceu na obra de Foucault quando o autor tratou dos ambientes escolares, com muitas separações, disciplinas, regulamentos na organização interna desta instituição que em muito se refere ao poder sobre os corpos e subjetividades (Fernandes, 2019)

O Diretório também expôs o incômodo que a nudez provocava aos colonizadores. Utilizando o argumento da honestidade, medidas foram impostas para proibir que os indígenas, principalmente as mulheres, andassem sem roupas.

De acordo com Fernandes (2019), um texto de Vernhagem descreve os vícios da sodomia entre os indígenas e o autor do texto enfatiza o julgamento desta prática a diminuição da população. Este ponto específico chama atenção para uma prática recente na saúde indígena no que diz respeito à saúde reprodutiva, houve uma alteração na compra de contraceptivos por parte da SESAI. No DSEI/PE essa compra só pôde ser feita com solicitação da farmacêutica através de pedido a coordenação geral da SESAI, há pouco mais de dois anos. Esta proibição é devido ao pensamento referente à diminuição da população indígena do país. Um pensamento que nos remete ao início da colonização e como vimos ao controle das sexualidades e suas formas de exercê-las livremente.

No texto “Homossexualidade Indígena no Brasil: um roteiro histórico bibliográfico” Estevão Rafael Fernandes (2018) cita muitos trechos de antropólogos que fizeram referências em relação às orientações sexuais e identidades de gênero, não para destacar e debater sobre o assunto, apenas como levantamento dos aspectos gerais das etnias estudadas. Vale ressaltar, que algumas destas referências são relativamente recentes, da década de 1970.

As práticas homossexuais indígenas foram no início da colonização, comparadas a outros comportamentos, como a antropofagia, por exemplo, e deveriam ser extintas, seguindo um ideal de civilização que visava a heterossexualização compulsória, a assimilação do Cristianismo, a não poligamia e ao súdito cumpridor dos seus deveres econômicos. A cisheteronormatividade está diretamente associada a questão econômica, visto que a nova economia do mundo passou a pregar o patriarcado como uma superioridade imposta da mesma forma que o cristianismo e sua moralidade a condenação da homossexualidade. Instituições de ensino foram erguidas para o controle do conhecimento. Estabelecendo assim a forma de pensar eurocêntrica, homofóbica e racista (Fernandes, 2018).

O projeto colonizador persistiu mesmo com a criação de uma instituição voltada para atender a demanda dos povos indígenas do Brasil, O Serviço de Proteção do Índio – SPI, criado em 1910, logo após a proclamação da república, surge na mesma época em que ideias eugênicas chegam ao Brasil, com requintes de conhecimento científico é

associada a modernidade e pensada como solução para o que consideravam atraso cultural. Este órgão continuou interligando conceitos de raça, sexo e civilização, porém nesta época à ciência reforça o caráter civilização, tendo como princípios norteadores o positivismo, o evolucionismo e o darwinismo social. Com isso continua a imposição de se adequar a sociedade através das “campanhas sanitárias, rituais cívicos, inserção de novos hábitos alimentares, noções de higiene, trabalho e padrão morais” (Fernandes, 2018, p.140). Essas imposições continuaram trazendo repercussões em torno das sexualidades indígenas, pois reforçava a ordem cisheteronormativa monogâmica. O pensamento pautado no Darwinismo social só reforçou o projeto civilizatório já instalado no Brasil.

O decreto de Criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) deixava claros os ideais colonialistas outroros:

esforços por melhorar suas condições materiais de vida, despertando-lhes a atenção para meios de modificar e construção de suas habitações e ensinando-lhes livremente as artes, ofícios e os gêneros de produção agrícola e industrial para os quais revelarem aptidões (Decreto nº 8.072, de 20 de junho de 1910, mantido pelo decreto 9.214 de 15 de dezembro de 1911, apud, Fernandes, 2019, p.153).

Na era Vargas, o SPI encontrava-se sob a responsabilidade do ministério de Guerra, e tinha como finalidade integrar os indígenas a sociedade brasileira. Esta orientação fazia parte do decreto 736, de 06 de abril de 1936. Para esta integração medidas precisavam ser tomadas e referiam-se a ensinar aos indígenas maneiras higiênicas e conteúdos de moral e cívica, fazerem frequentar escolas, cursos profissionalizantes, bem como exercícios físicos, principalmente os que estavam ligados às instruções militares. Nos postos indígenas, instalados pelo SPI, em diversas etnias brasileiras, recebiam muitos incentivos do governo para que os indígenas tornassem trabalhadores nacionais, como por exemplo, instalações de oficinas mecânicas, engenho de cana, entre outros (Fernandes, 2019).

Algumas mudanças nessa forma civilizatória de pensar foram surgindo com a queda do positivismo e do pensamento de que havia estágios de desenvolvimento que expressassem evolução das espécies. Nesta mesma época, após a revolução de 1930, o indigenismo brasileiro passou a defender a proteção do indígena como prerrogativa do Estado (Fernandes, 2018).

Neste contexto, em 1939 foi criado o Conselho Nacional de Proteção aos Índios (CNPI). E embora houvesse uma mudança nas bases teóricas, às práticas não

sofreram alterações relevantes. Continuou o projeto de civilizar os indígenas integrando-os a sociedade brasileira, colonizando seus corpos, mudando seus hábitos culturais, alimentares, saúde, educação, etc. Projeto este que não desaparece quando ainda temos em vigor uma lei (nº6001, de 19 de dezembro de 1973) que em seu primeiro artigo afirma, de forma paradoxal, a proteção das culturas indígenas e a integração destes à sociedade brasileira.

Governos de extrema direita são uma grande ameaça a proteção da diversidade étnica do nosso país, pois reforçam a integração dos indígenas a sociedade nacional. Em nome do progresso, destroem áreas preservadas e indispensáveis a sobrevivências dos povos indígenas brasileiros.

A FUNAI foi instituída em substituição ao SPI em 1967 e permanece até os dias atuais, a mudança em relação à saúde dos povos indígenas é fruto do mesmo descaso que as outras instituições anteriores, passando a saúde ser de responsabilidade do ministério da saúde, primeiro pela FUNASA e posteriormente pela SESAI.

Neste contexto, vale salientar que na luta pelo direito à saúde da população indígena, a cisheteronormatização é uma marca da colonização que não teve fim, permanece viva nos dias atuais e conseqüentemente impossibilita a existência de discursos sobre as identidades de gênero e orientação sexual. Reforçando as sexualidades indígenas dentro de um dispositivo de saúde que continua oprimindo, negando, negligenciando, violentando etc.

Como nos diz Geni Nuñez, Psicóloga, mestra em psicologia social, doutora pelo programa interdisciplinar em ciências humanas e ativista no movimento indígena, feminista e LGBT:

“descolonizar nossas ações políticas passa também por desconstruirmos a noção cristã de culpa, que por ser autocentrada e individual, em pouco ou nada acrescenta às lutas coletivas. Falando de culpa, lembro do que Nietzsche discute ao propor que nossas ações devam ir além do bem e do mal. Acredito que esta contribuição é bastante pertinente para afirmarmos que racismo, machismo, transfobia, capacitismo, gordofobia, e demais sistemas de opressão não devem ser referentes a uma moralidade, a pessoas boas ou ruins. Vê-los desta forma inviabiliza um real combate às violências e privilégios, que incidem sobre quaisquer pessoas que não são afetadas por determinado eixo de opressão, como ressalta a psicóloga, ativista e poeta lésbica Raíssa Grimm” (Nuñez, s/d, p. 4).

Para Foucault, o dito e o não dito fazem parte do dispositivo da sexualidade, que tem como estratégia exercer o controle de dominação, em que o “discurso pode aparecer como programa de uma instituição ou, ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda” (Foucault, 2005, p.244). Neste sentido, nosso campo-tema é em enunciado também na ausência.

2.2 PRECONCEITO NA AUSÊNCIA DAS PRÁTICAS PÚBLICAS

A saúde como um direito de todos os brasileiros é produto da reforma sanitária, uma luta histórica e social que contou com a participação de muitos atores da sociedade brasileira, médicos, usuários, lideranças comunitárias, partidos de esquerda, políticos, etc. Como dito antes, as propostas da reforma sanitária proporcionaram a criação do SUS que com a nova carta constitucional de 1988 foi implantado no Brasil em 1990. Seus princípios de universalidade, integralidade e equidade foram consolidados, seguindo diretrizes como a descentralização e a participação da sociedade através do controle social (Gonçalves, 2014).

Embora o SUS tenha sido uma grande conquista para a população brasileira, não garantiu o acesso de todos que necessitam, especialmente as pessoas sexo-gênero-dissidentes. A cisheteronormatividade configura-se como mecanismo de controle que perpetua e oprime pessoas LGBTQ+, tentando manter essa população na invisibilidade, negando a quantidade, bem como suas necessidades específicas. O reflexo disso é a ausência das práticas públicas voltadas para as especificidades da população LGBTQ+, expondo a homofobia institucional que nega a diversidade sexual e aumenta a exclusão social (Gouveia e Souza, 2021).

A política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e Transexuais foi implantada vinte e um ano depois do SUS em 2011, fruto de reivindicações desta população por uma assistência que garantisse a equidade, sem discriminação, negligência, respeitando as especificidades, reduzindo as desigualdades e vulnerabilidades (Santana, et al, 2020).

Estudos apontam que, mesmo após treze anos de implantação da PNSI-LGBT, as dificuldades, em relação ao desrespeito e ao acesso aos serviços de saúde, das transexuais e travestis são maiores que das mulheres lésbicas que por sua vez é maior que

homens gays cisgêneros, bem como não fez com que houvesse uma incorporação da população LGBT+ nos serviços de saúde.

A ausência de uma atenção à saúde específica para a população LGBT+ em geral e para os povos indígenas, em particular, contribui para manutenção do preconceito a esta população, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto da sociedade de uma forma geral, visto que a efetivação da referida política visa, entre outras coisas, proporcionar o acesso das pessoas LGBT+ aos serviços de saúde, capacitação dos profissionais de saúde, como também ampliar o debate com a população através das atividades em grupo, educação em saúde, campanhas, palestras, etc. a respeito das especificidades, necessidades e combate a discriminação (Santana et al, 2020)

O conceito de saúde, segundo a OMS, não se restringe a ausência de afecções e enfermidades, estando este voltado para o bem-estar físico e mental. Desta forma, a homofobia, por exemplo, é considerada pelo ministério da saúde como produtora de doenças e de sofrimento, sendo um agravante a saúde física e mental das pessoas LGBT+. O índice de mortes por suicídio e homicídios desta população vem aumentando cada vez mais. Sendo o Brasil o país que mais tem assassinatos contra pessoas LGBT+. Com isso, é bastante relevante buscar garantir o direito universal desta população a serviços de saúde (Gouveia e Souza, 2021).

De acordo com Gouveia e Souza (2021) existe um desprezo associado a falta de conhecimentos adequados dos profissionais de saúde para que possam acolher as pessoas que não se enquadram no padrão cisheteronormativo.

A homofobia institucional promove uma série de agravantes a saúde das pessoas LGBT+, o despreparo dos profissionais de saúde afasta essas pessoas dos serviços de saúde. Cabe aqui ressaltar que o processo de adoecimento de Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, entre outros, não são iguais, possuindo demandas específicas. Estudos apontam que a detecção de doenças como o câncer de mama e do colo do útero em mulheres lésbicas acontecem bem mais tarde, causando maior risco a saúde destas mulheres. A falta de acesso a orientações de saúde as fazem acreditar que não estão suscetíveis a contrair infecções sexualmente transmissíveis, demorando nos diagnósticos destas infecções. Também é observado, nestas mulheres, que é maior o uso de drogas ilícitas, álcool e tabaco, assim como o sofrimento psíquico decorrente de agressões físicas e verbais (Cardoso e Ferro, 2012).

Para transgêneros e travestis as demandas de saúde são ainda mais negligenciadas e violadas. A despatologização ocorreu bem mais tarde em relação à homossexualidade, provocando muitas consequências tanto no nível da desinformação dos profissionais de saúde, quanto em relação ao preconceito, ao acesso a saúde, ao trabalho e consequente a todos os direitos básicos. O sofrimento psíquico da população em tela é muito mais intenso, elevando a incidência da depressão, suicídio, transtorno alimentares, entre outros.

A falta de assistência à saúde a população LGBTQ+ associado ao despreparo dos profissionais de saúde é algo extremamente relevante, pois provoca uma série de enfermidades físicas e mentais a população em questão, tornando-os potenciais amoladores de facas.

De acordo com Diniz (2011), na década de 1990 o psicólogo Luís Antônio Baptista escreveu um texto que trazia o conceito de amolador de facas para referir-se a implicação das falas de famílias, padre, psicanalistas, artistas etc. nas violências cometidas contra a população LGBTQ+. Embora o referido psicólogo não tenha feito referência a instituições e profissionais de saúde, acreditamos que se aplica a esses atores.

Amolar a faca está relacionado aos discursos que estimulam a violência contra as minorias sexuais no Brasil, O fato é que mesmo essas pessoas não sendo responsáveis pela morte da população LGBTQ+, seus discursos amolam a faca que “enfraquecem a vítima, reduzindo-a a pobre coitado, cúmplice do ato, carente de cuidado, fraco e estranho a nós, estranho a uma condição humana plenamente viva” (Baptista, 1999, p.46, apud Diniz, 2011, p.44).

A realidade de grande ausência das práticas públicas voltadas para a população LGBTQ+ expõe o preconceito e a necessidade de combatê-lo, visto que essa negligência também é signo de violência.

Para a indígena Guarani Geni Núñez (2023) a colonização colocou os indígenas como objetos de fala, negando a estes povos seus saberes, quem foram, são e podem vir a ser. Diante disso, é importante que o movimento contracolonial seja uma retomada indígena, na luta contra a imposição de uma visão de mundo única, que foi imputada aos povos indígenas nos campos da sexualidade, religiosidade, afetos, entre outros.

A colonização, para Núñez (2023), teve/tem o objetivo de, entre outras coisas, converter os povos indígenas ao Deus compreendido, pelos colonizadores, como único.

Dentro desse contexto, a referida autora exemplifica o binarismo construído que divide a mente e o corpo, afirmando que os indígenas não pensam somente com a cabeça, ele está na verdade conectado a outras dimensões. O sistema de monoculturas busca por fazer um modelo único sobre determinada coisa ser utilizado por todo o mundo, deixando de lado as singularidades e especificidades que cada cultura carrega.

CAPÍTULO 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 ABORDAGENS UTILIZADAS

Para construir uma análise sobre como diversidade sexual e de gênero é operada na orientação de políticas públicas voltadas à assistência à saúde da população indígena da etnia Pankararu, em Pernambuco, dado o escopo e tempo para a produção de uma dissertação, propusemos uma análise de documentos (seja, notas técnicas, manuais, documentos norteadores, relatórios etc.) que norteiam os profissionais da saúde indígena e fazem os mesmos elaborarem estratégias para cumprimentos das suas metas anuais estabelecidas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI.

As referidas metas determinam o que deve ser feito como procedimentos de saúde que cada profissional e/ou equipe deve realizar anualmente, seguindo o que está determinado pelos documentados citados. Ao final de cada ano as planilhas preenchidas por cada profissional e/ou equipe mostra se alcançaram ou não o que foi determinado. Considerando que os documentos norteadores são imprescindíveis e que dificilmente os profissionais de saúde fazem algo que não esteja determinado em alguma nota técnica, a análise destes documentos é importantíssima para entendermos a assistência da saúde indígena as questões ligadas às sexualidades indígenas.

Dentro deste contexto, optamos pelos documentos que são utilizados para procedimentos em saúde que envolvem questões relacionadas a sexualidade e a saúde mental dos indígenas. Considerando, inclusive, que o conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) está relacionado a “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecções e enfermidades” (...).

Este estudo se apoia em uma perspectiva construcionista que focaliza as práticas discursivas, a forma de analisar a produção de sentidos como consequência de suas negociações. A “linguagem é uma forma de ação no mundo, é uma prática” (Mello et al, 2007).

O movimento construcionista estabelece uma postura crítica buscando enfatizar e constantemente questionar as verdades que os discursos mantêm ou eliminam, sustentando as relações de poder que desejam, sendo construídos sócio-historicamente, em suas diversas

versões, através das práticas sociais. Com isso as verdades são sempre questionadas, partindo do pressuposto que são construídas em diferentes épocas, de diversas formas e com finalidades próprias. As verdades passam a ser consideradas versões “sempre específicas, negociadas, construídas, adequadas às finalidades designadas coletivamente como relevantes” (Mello et al. 2007).

Considerando que o construcionismo convida os pesquisadores a analisar essas convenções e ordem morais, situando-as ao contexto histórico, através do entendimento que a linguagem é uma prática social e, portanto, constitui a centralidade das pesquisas. “Constituem, dessa forma, um caminho privilegiado para entender a produção de sentidos no cotidiano” (Frezza e Spink, 2000, p.38).

Para Frezza e Spink (2000) a produção de sentidos objetiva compreender como as pessoas atribuem significados aos eventos do dia a dia, levando em consideração muitos aspectos em torno das perspectivas que se prolonga no tempo, como também as que se vão se modificando através da linguagem e das interpretações feitas nestas comunicações. Sendo assim, a produção de sentidos é “um fenômeno sociolinguístico, uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido” (Medrado e Spink, 2000, p. 42).

Para organização do *corpus* de nossa análise, e com o intuito de ter acesso a notas técnicas mais recentes, que são atualizadas pelo ministério da saúde, enviadas por e-mail aos servidores da saúde indígena a pesquisadora solicitou a duas técnicas do Distrito Sanitário Indígena de Pernambuco o que estava sendo utilizado pelos profissionais dentro dos assuntos levantados. A documentação enviada contava com documentos que foram elaborados especialmente para a saúde indígena e outros elaborados pelo SUS e que a saúde indígena faz uso também, conforme mostra o quadro a seguir.

Quadro 1. Levantamento dos documentos

DOCUMENTOS PRODUZIDOS PARA SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS	DOCUMENTOS PRODUZIDOS PARA O SUS E UTILIZADOS PELA SAÚDE INDÍGENA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento Orientador da Organização dos Processos de Trabalho da Atenção Primária à Saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas 2. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas 3. Nota Técnica Nº 028/2005/CGASI/DESAI – Planejamento Familiar em Comunidades Indígenas 4. Nota Técnica Nº8/2019 – Dasi/Cgapsi/Dasi/Sesai/Ms – Organização Do Fluxo de Informações e Encaminhamentos das Notificações de Situações de Violência no Sasisus e Criação dos Núcleos de Prevenção à Violência em Territórios Indígenas 5. Documento Orientador Sobre a Gestão da Atenção Psicossocial nos DSEI 6. Povos Indígenas e a Prevenção às Dst, Hiv E Aids, Manual de Diretrizes Técnicas 7. Ações Educativas no Contexto da Saúde Indígena: Algumas Possibilidades 8. Manual/Notificação de Violências em Povos Indígenas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manual de Planejamento Familiar 2. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes 3. Gestantes e Parceiros no Pré-Natal – Saúde Sexual 2023 4. Guia do Pré-natal do Parceiro para Profissionais de Saúde 5. Lei Nº 14.158/2010 – Semana Estadual Da Saúde Do Homem 6. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (Pcdt) do Ministério da Saúde 7. Manual de Recomendações para Assistência à Gestante e e Puérpera Frente à Pandemia de Covid-19 8. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa 9. Nota Técnica Nº 46/2022 – Cgpm – Recomendações sobre Monkey/Pox no Ciclo Gravídico-Puerperal 10. Nota Técnica Nº 133/2022 – Cgpm/Dsmi/Saps/Ms 11. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais 12. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo Hiv Em Adultos e Crianças 13. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis 14. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (Pcdt) do Ministério da Saúde

Diante da necessidade de estabelecer uma análise documental que pudesse compreender as particularidades voltadas para a assistência a saúde referente às questões das sexualidades dos povos indígenas optou pelos documentos elaborados exclusivamente para a saúde indígena. Sendo assim, buscaremos dialogar com os documentos selecionados, de forma que seja possível compreender como a assistência a saúde população LGBTQ+ vem sendo pensada ou não.

O diálogo com esses documentos em muito me convida a lembrar a minha prática, como psicóloga do DSEI/PE, com pouco conhecimento, formação, sensibilidade ou mesmo orientação programática para lidar na instituição com questões de gênero e orientações sexuais. Ter metas que precisam ser cumpridas e que não se referem às necessidades reais e urgente de uma parcela da população é algo sofrido e muito desafiador. Contudo, é importante, ressaltar que o horizonte maior deste estudo visa à construção de outros caminhos voltados para as sexualidades indígenas, muito mais inclusivos e acolhedores, a partir do

respeito às tradições e valores culturais ancestrais mediados pela escuta atenta e ética às narrativas de sofrimento, que chegam frequentemente nos espaços institucionais de promoção à saúde.

3.2 SOBRE OS DOCUMENTOS IDENTIFICADOS E SELECIONADOS

Começamos nossa análise, apresentando os documentos selecionados, trazendo informações importantes tais como a autoria, data da publicação, destino, dimensão e uma breve síntese. Desta forma, sintetizamos os dados no quadro abaixo.

Quadro 2. Descrição dos documentos analisados

TÍTULO DO DOCUMENTO	AUTORIA	DATA DA PUBLICAÇÃO	SÍNTESE
Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI	Governo Federal	06/02/2002	A PNASPI dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, incluindo a transferência de recursos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde. Esta política requer um modelo complementar e diferenciado de organização de serviços, voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, garantindo aos indígenas sua cidadania nesse campo.
Nota Técnica nº 028/2005/CGASI/DESAI	Roberta Soares Nascimento e Edgard Dias Magalhães - SESAI	28/01/2005	Esta nota técnica dispõe sobre o planejamento familiar em comunidades indígenas, ressaltando o respeito às peculiaridades e interesses de cada povo.
Ações educativas No Contexto Da Saúde Indígena: Algumas Possibilidades	Evelin Plácido; Lavinia Oliveira; Maria Cristina Troncarelli; Rosana Gasparini – UNIFESP; UNA-SUS	2020	Material produzido para realização nortear ações educativas nas comunidades indígenas, enfatizando o objetivo, planejamento e possibilidades para execução dessas ações.
Nota Técnica Nº8/2019-DIASI/CGAPSI/SESAI/MS	SESAI	2019	Nota técnica voltada para organização do fluxo de informações e encaminhamentos das notificações de situações de violência no SASISUS e criação dos Núcleos de Prevenção à Violência em Territórios Indígenas
Documento orientador sobre a gestão da atenção psicossocial nos DSEI	Fernando Pessoa de Albuquerque Lucas da Silva Nóbrega Roberta Aguiar Cerri Reis	2014	Este tem sido o principal documento norteador para a organização dos serviços que prestam atenção à saúde mental das comunidades indígenas dos DSEI. Foi elaborado diante da necessidade de orientações básicas sobre as possibilidades de atuação dos profissionais nesta área. Proporcionando uma maior sistematização de aspectos da gestão da atenção à saúde mental nos DSEI.
Povos indígenas e a prevenção às DST, HIV E AIDS, Manual de diretrizes técnicas	Ivo Brito – Unidade de Prevenção/CN-DST/AIDS	2000	Manual de diretrizes técnicas para implantação de programas de prevenção de DST/HIV/aids para os povos indígenas. Trata-se de um trabalho coletivo, fruto da reflexão e discussão de diferentes atores envolvidos com a causa indígena. Visa servir de guia para implantação de programas de prevenção em DST/HIV/aids no contexto do debate do modelo assistencial diferenciado para os povos indígenas, coerente com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e respeitando a diversidade cultural e social

			das comunidades.
Manual de investigação/notificação de violências em povos indígenas	Fernando Pessoa; Lucas Nóbrega; Roberta Reis;	2019	Material contendo informações para profissionais da saúde indígena com intuito de desenvolver uma vigilância epidemiológica a respeito das situações de violência, garantindo o respeito às especificidades culturais de cada povo.
Estratégias de prevenção do suicídio em povos indígenas	Fernando Pessoa; Lucas Nóbrega; Roberta Reis; Jaqueline Calafate; Juliana Gama; Mariana Tassi.	2019	Material didático para orientar as equipes de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas na organização de cuidados em saúde mental para prevenção do suicídio em populações indígenas, que é um agravo que a saúde desses povos, em especial os mais jovens.

A princípio o que observamos neste quadro é que os documentos em sua grande maioria foram elaborados recentes e seus assuntos são favoráveis a discursão sobre as questões de gênero, orientações sexuais, bem como estratégias de combate a LGBTfobia nas etnias Brasileiras.

Com o objetivo de analisar de que forma os referidos documentos abordam as questões de gênero e sexualidade seguimos a análise identificando trechos estratégicos. Desta forma organizamos o quadro abaixo por documentos e seus respectivos trechos com definições de saúde, gênero, sexualidade, orientação sexual e/ou identidade de gênero. Ressaltamos que os trechos citados foram copiados de forma literal, mantendo o cuidado de não modificar e assim gerar alguma alteração no entendimento do conteúdo.

Quadro 3. Identificação dos Trechos Estratégicos para Análise

Documento: Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI (2002)			
Trechos Saúde (*)	Trechos que remetem a gênero e sexualidade	Trechos OrSx/IdGn (**)	Observações nossas
Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas	<p>- Para a efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros.</p> <p>- Prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças.</p> <p>- As Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA. É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da</p>	Inexistente	Todos os documentos criados pelo SASISUS devem estar de acordo com esta política. Rever o texto dela é imprescindível para abertura de políticas públicas de saúde da população LGBTQIA+ indígena, visto que as conferências locais, estaduais e nacionais de saúde indígena são para discutir a sua aplicabilidade ou não.

e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.	tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país.		
Documento: Nota Técnica nº 028/2005/CGASI/DESAI – 2005			
Trechos Saúde (*)	Trechos que remetem a gênero e sexualidade	Trechos OrSx/IdGn (**)	Observações nossas
Para fins desta lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direito igual de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.	A conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, conferiu papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano.	Inexistente	Mantém, o texto, uma visão cisheteronormativa.
Documento: Ações Educativas No Contexto da Saúde Indígena: Algumas Possibilidades (2020)			
Trechos Saúde (*)	Trechos que remetem a gênero e sexualidade	Trechos OrSx/IdGn (**)	Observações nossas
Inexistente	Roda de conversa em pequenos grupos: essa prática é indicada para a discussão de temas específicos, como o câncer de colo de útero com mulheres, ou crescimento e desenvolvimento infantil com os pais, IST para adolescente e jovens. Nesse contexto é importante desenvolver trabalhos que visem o empoderamento e autonomia das pessoas.	Inexistente	Considerando que as ações educativas em saúde são importantes para combater preconceitos, este documento seria estratégico na intenção de desenvolver ações contra a LGBTfobia.
Documento: Nota Técnica Nº8/2019-Diasi/Cgapsi/Sesai/Ms - 2019			
Trechos Saúde (*)	Trechos que remetem a gênero e sexualidade	Trechos OrSx/IdGn (**)	Observações nossas
As situações de Violência fragilizam as relações pessoais, enfraquecem a cidadania e impactam negativamente sobre o bem-estar das pessoas envolvidas. Além disso, são apontadas como fator de risco para vários agravos de saúde mental, sexual e reprodutiva, além da maior utilização dos serviços de saúde.	Inexistente	Inexistente	A nota técnica deixa de abordar aspectos extremamente relevantes para as sexualidades indígenas.
Documento: Documento Orientador Sobre a Gestão da Atenção Psicossocial nos DSEI (2014)			
Trechos Saúde (*)	Trechos que remetem a gênero e sexualidade	Trechos OrSx/IdGn (**)	Observações nossas
Compreende-se que a saúde mental ou psicossocial ou bem viver se referem a algo mais do que simplesmente a ausência de sofrimento ou doença, mas sim ao bem estar ou bem viver individual, familiar e social.	Inexistente	Inexistente	Documento importante para implementar as discussões de gênero e orientação sexual.
Documento: Povos Indígenas e a Prevenção às DST, HIV e AIDS. Manual de diretrizes técnicas (2000)			
Trechos Saúde (*)	Trechos que remetem a gênero e sexualidade	Trechos OrSx/IdGn (**)	Observações nossas
Inexistente	- Essas possibilidades em relação ao risco envolvem diversas situações que devem ser analisadas nos contextos epidemiológicos, culturais e sociais de cada povo: iniciação sexual, frequência e posição social do homens e/ou mulheres que saem das aldeias; ocorrência de interações entre grupos étnicos, rituais e/ou eventos que envolvam manuseio de objetos cortantes compartilhados sem adequada desinfecção (escarificações, tatuagem, etc.); praticas sexuais de poligamia, poliandria e poliginia; praticas de aleitamento cruzado;	Inexistente	Embora o documento fale sobre infecção sexualmente transmissível, não aborda aspectos das sexualidades indígenas.

	alcoolicismo; prevalência de DST e outros fatores de risco associados a infecção pelo HIV. - Estudos têm apontado para a dificuldade na negociação do preservativo entre casais que alegam relações estáveis, entre clientes e profissionais do sexo e mesmo entre pessoas que têm múltiplos parceiros. Nesse sentido, é importante incluir no processo questões de gênero e negociação do preservativo. - Segmentação dos grupos-alvo segundo critérios de prioridade baseados nos indicadores de risco e vulnerabilidade, mulheres índias, estudantes que se encontram fora das aldeias, grupos que residem em áreas urbanas etc.		
Documento: Manual de investigação/notificação de violências em povos indígenas (2019)			
Trechos Saúde (*)	Trechos que remetem a gênero e sexualidade	Trechos OrSx/IdGn (**)	Observações nossas
Inexistente	- Acredita-se que esse núcleo também possa ser dispositivo de ampliação da discussão com as lideranças indígenas, sejam mulheres, homens ou jovens posto que esta temática necessita ser mais visível e ter uma discussão equânime entre os gêneros, fortalecendo-se também o discurso feminino, que na maioria das vezes tem menor legitimidade sociopolítica. - Violência sexual: A violência sexual caracteriza-se por envolver qualquer forma de atividade sexual não consentida.	- Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. - A ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada – SINAN/SVS possui objetos de notificação específicos (crianças, adolescentes, mulheres, idosos, deficientes, indígenas, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) e propõe-se que, no âmbito dos DSEI, a ficha do SINAN esteja incluída no processo de notificação de todas as situações de violência, incluindo os homens adultos, as violências que ocorrem no espaço público, etc. - Agressão por meio de força física: CID Y05, inclui estupro (tentativa de) e sodomia (tentativa de)	Esse foi o único documento que abordou as questões de gênero e orientação sexual, porém usa um termo em desuso e carregado de preconceito.
Documento: Estratégia de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas (2019)			
Trechos Saúde (*)	Trechos que remetem a gênero e sexualidade	Trechos OrSx/IdGn (**)	Observações nossas
O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial, sendo definido pela Classificação Internacional de Doença como um óbito derivado de “lesões autoprovocadas intencionalmente” e relaciona-se etiológicamente com uma gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos, até biológicos.	Tenha conflitos relacionados ao exercício da sua sexualidade.	Inexistente	Documento aborda a questão das sexualidades indígenas de forma solta, sem nenhuma ênfase ao tema.

(*) Trecho que faz referência à saúde

(**) Trechos que fazem referência à orientação sexual e/ou identidade de gênero

A política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI estabelece que a assistência à saúde dos povos indígenas deve acontecer visando à proteção, promoção e recuperação da saúde, de forma específica e diferenciada, ou seja, considerando as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais das etnias Brasileiras.

A referida política foi planejada após um histórico de negligências e inoperâncias por parte dos órgãos que ficaram responsáveis pela saúde dos povos indígenas ao longo da

história, bem como o desrespeito em relação à medicina tradicional de cada povo.

A PNASPI está em consonância com o SUS e prevê a garantia da atenção a saúde integral e para alcançar o seu propósito estabelece algumas diretrizes:

- Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Bases, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- Preparação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural;
- Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- Promoção de ações específicas em situações especiais;
- Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- Controle social.

Dentro deste contexto, observamos que a PNASPI não faz referência às questões de gênero e orientação sexual, quando traz algum trecho que refere à sexualidade, faz considerando apenas doenças sexualmente transmissíveis. O impacto da ausência destes assuntos é enorme, visto que a cada cinco anos as conferências locais, estaduais e nacionais de saúde indígena avaliam o cumprimento desta política, não abrindo brecha para nenhum outro assunto que não esteja conforme suas diretrizes.

Seguindo nesta direção observamos que os outros documentos seguem caminhos similares. A nota técnica nº 8/2005/CGASI/DESAI que dispõe sobre o Planejamento familiar enfatiza o que está preconizado na constituição federal sobre a observância dos princípios da dignidade humana, bem como da paternidade responsável. No entanto, seu texto é bastante cuidadoso ao argumentar a necessidade de trabalhar o assunto em contexto indígena, visto que por muitos anos os órgãos que administravam a saúde dos povos indígenas, incluindo a SESAI, não estavam liberados a comprar medicamentos contraceptivos para as indígenas, pois poderiam provocar diminuição na população indígena do país.

A exemplo disso, um dos parágrafos do texto refere que: “não se põe em risco a possibilidade de reprodução, dado a tratar-se de grupos étnicos de baixo número populacional, muitas vezes suscetíveis a baixa demográfica abrupta e às especificidades de

suas regras de parentesco” (Brasil, 2005). Em outro o momento a redação do texto dispõe da seguinte forma “implantar programas de orientação para o planejamento familiar, respeitando as peculiaridades e interesses de cada povo” (Brasil, 2005). Com isso, observamos que a liberdade sobre os corpos das mulheres indígenas é limitada a peculiaridades e interesses coletivos. O que não deixa de ser significativo ao contexto desta dissertação, visto que as diversas limitações, imposições, normatizações vão se associado a um contexto muito mais complexo, o da negação das sexualidades indígenas.

O documento que expõe sobre as “Ações Educativas no Contexto da Saúde Indígena: algumas possibilidades” seria uma excelente oportunidade de levantar o debate sobre as questões de gêneros e/ou orientações sexuais, porém a redação do texto deixa um espaço pequeno sobre a possibilidade de realização de rodas de conversas sobre as IST para adolescentes e jovens.

A nota técnica nº 8/2019-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS embora esteja relacionada às situações de violência em Territórios Indígenas, vem alertar para a necessidade de levar em consideração o contexto cultural interétnico. Desta forma, é necessário que as concepções acerca da violência sejam questionadas de modo a produzir apoio à pessoa que denuncia, mas também apoio à comunidade na tomada decisões e no próprio processo de reflexão sobre o tema. Foi nessa perspectiva que surgiu a ficha complementar de Investigação/notificação em Povos Indígenas e nela a pergunta: “Esta situação se trata de uma prática cultural aceita socialmente nesta etnia?”.

O Manual de Investigação/Notificação de violências em Povos Indígenas, por sua vez, foi elaborado em 2019 e tem como objetivo explicar detalhadamente o preenchimento da Ficha Complementar de Investigação/Notificação de Violências em Povos Indígenas. Dos documentos analisados foi o único a fazer uma breve menção a homofobia e a usar o termo população LGBT, porém sem discorrer sobre o assunto. Expõe que a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada – SINAN/SVS traz as possibilidades de identificações por faixas etárias, orientação sexual e identidade de gênero e que ela deve fazer parte do processo no âmbito do DSEI.

O referido Manual tem nas suas páginas o modelo da Ficha Complementar de Investigação/Notificação de Violências em Povos Indígenas e para exemplificar o CID Y05 que trata da agressão sexual por meio de força física escreve que inclui o estupro (ou tentativa de) e a sodomia (ou tentativa de).

A colocação do termo sodomia é carregada de significado histórico e irrelevante na tentativa de diferenciá-lo do estupro, visto que o código penal em seu artigo 213 dispõe:

“constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”, a redação deixa clara que está incluído todo ato libidinoso. Sendo assim, utilizar este termo parece-nos que só teve o objetivo de ressaltar o peso que essa palavra carrega com todos os sentidos que ela denota.

Diante desta constatação, cabe aqui ressaltar a dimensão histórica do uso de termos como sodomia comum no Brasil colonial e que foi utilizado em um documento produzido por técnicos do Ministério da Saúde no ano de 2019.

A sodomia embora se configure em ato sexual anal entre homens ou entre homens e mulheres, no Brasil colônia, a prática era considerada não apenas imoral como um crime e estava diretamente relacionado as relações homossexuais tendo sido, por muito tempo, considerada “pecado nefando” (expressão correntemente utilizada pelos inquisidores para a sodomia), colocando em risco a vida de quem o praticasse (Trevisan, 2018).

De acordo com Fernandes (2016), o termo Sodomia, utilizado pelo catolicismo na colonização do Brasil, não está diretamente associado ao que se refere hoje por homossexualidade. A história da cidade de Sodoma não fala sobre relações sexuais homossexuais. Apresentado aqui de forma breve e simplificada, trata-se da história de Ló, sobrinho de Abraão, que após conflito com o tio foi para a cidade de Sodoma e ao chegar lá ficou sabendo, por dois anjos, que Deus destruiria a cidade. Os moradores de Sodoma cercam a casa de Ló numa tentativa de saber quem eram os dois estranhos que o visitavam, pedindo que o mesmo saísse de casa. Imediatamente, os anjos ajudam na fuga de Ló causando a cegueira nos que estavam ao redor de sua residência e logo após fazem chover fogo e enxofre. Com isso, concluiu o referido autor, que o termo sodomia está relacionado à submissão, uma forma de policiamento, por parte do Estado, da vida sexual de quem deveria ser subserviente, disciplinando as condutas. O Crime de Sodomia era considerado como traição ao reino e a sua majestade.

O “pecado nefando”, como era tratado a sodomia, foi registrado por vários padres para designar a homossexualidade indígena. Por volta de 1613-14, um caso foi registrado contra um indígena Tupinambá no Estado do Maranhão. “Tibira”, termo utilizado para referir à homossexualidade, foi amarrado a uma bala de canhão e quando foi atirado teve seu corpo dividido em dois pedaços. O assassinato do indígena ocorreu pela acusação do crime de sodomia e esse enquadramento da homossexualidade colocado pelo colonialismo estabeleceu relações de poder que aprisionou as sexualidades indígenas (Fernandes, 2016).

O caso “Tibira” ganhou relevância em narrativas recente sobre violências baseadas em gênero e sexualidade, na história do Brasil, como o primeiro registro feito de homofobia

no Brasil. Homofobia esta que reflete o comportamento de uma atenção à saúde voltada para os povos indígenas, que muitas vezes reforça os padrões colonizadores cisheteronormativos, causando o descumprimento dos princípios do SUS, negando a quem precisa o acolhimento equitativo necessário.

O documento orientador sobre a gestão da atenção psicossocial nos DSEI poderia ser uma importante ferramenta de combate a LGBTfobia dentro do contexto indígena, porém este documento foi desenvolvido para estabelecer os marcos operativos que fundamentam as ações dos profissionais de saúde em relação a atenção psicossocial dos povos indígenas, destacando como princípios a serem seguidos, o apoio e respeito as etnias na forma como identificam e resolvem seus problemas, valorizando a concepção que os indígenas tem em relação ao processo saúde-doença e sua medicina tradicional. Os profissionais de saúde devem atuar junto a diversos atores, entre outros, lideranças indígenas e movimento sociais. Com isso o documento, em tela, estabelece formas de atuação através dos atendimentos individuais, visitas domiciliares, grupos, rodas de conversas, ações participativas, apoio matricial as EMSI, como estudo de caso, construção de projetos terapêuticos singulares, cartografias e cuidando do cuidador (Brasil, 2014)

O documento orientador sobre a gestão da atenção psicossocial nos DSEI contém uma especificidade importante ao se tratar da vigilância epidemiológica em saúde mental ao enfatizar a vulnerabilidade dos povos indígenas em relação a agravos da saúde mental, como o suicídio, o uso abusivo de álcool, a violência doméstica e comunitária. Desconsiderando o texto deste documento os agravos em relação às sexualidades indígenas, implicando diretamente na proposição das ações de trabalho dos profissionais que compõe referência técnica em saúde mental, tendo estes últimos suas ações exclusivamente voltadas para as questões referentes ao uso abusivo de álcool, suicídio e a violência doméstica e comunitária, conforme exposto no corpo do texto.

Ainda que o documento faça referência a possibilidade dos/as profissionais realizarem diagnósticos com as problemáticas das etnias nas quais trabalhe, as metas recebidas por estes são voltadas para esses assuntos e devem ser cumpridas anualmente, com pena de serem avaliados a cada final de ano. O fato de não explicitarem determinados assuntos nos documentos norteadores refletem diretamente na atuação dos profissionais da saúde indígena e isso é desastroso para assuntos emergentes e negligenciados, tornando-os cada vez mais necessários e urgentes.

Outro aspecto importante está ligado ao suicídio entre os povos indígenas, que segundo dados da Fiocruz é quase três vezes maior que a média nacional e em relação aos

jovens indígenas é quase 8 vezes maior. Embora seja multifatorial, ao abordar o assunto tanto o documento orientador sobre a gestão da atenção psicossocial nos DSEI, quanto as análises feitas por órgãos, como a Fiocruz, expõem que as questões ligadas ao contexto cultural, aos transtornos mentais, conflitos interpessoais e familiares, abusos de substâncias, entre outros, estão ligados as causas do suicídio. Em nenhum momento aborda as questões das sexualidades indígenas, que estão sendo enfatizadas em outros tipos de registros de domínio público, como documentários e postagens em redes sociais. A exemplo disso, temos dois documentários que foram produzidos recentemente sobre as questões de gênero e orientações sexuais e seus impactos entre os povos indígenas, são eles: “Terra Sem Pecado” e “Transpassado”. Em ambos os documentários há a participação de dois jovens indígenas de Pankararu.

Figura 04: Imagens do documentário “Terra sem pecado”



“Terra sem pecado” é um documentário produzido por Marcelo Costa e trata a questão da LGBTfobia entre os povos indígenas. Nele, a indígena e antropóloga Braulina Aurora Baniwa fala que no seu povo tem registro de suicídio de adolescentes e jovens que não foram aceitos em relação a sua sexualidade. O jovem Alisson Pankararu, fala sobre a questão da homofobia em sua etnia referindo que a sexualidade não é vivida de forma individual, mas sim coletiva, aumentando o preconceito. Isso o fez desejar muito querer sair da sua aldeia, estudar e construir sua vida fora. Ressalta ainda que sofreu muito pensando na sua “diferença” enfatizada pela ideia de culpa colocada pela igreja católica. Traz sua preocupação com outros indígenas que estão passando pelo que passou e seu desejo de

trabalhar com esse assunto na sua etnia, como enfrentamento a solidão de quem não pode exercer sua sexualidade de maneira livre e não tem referências para entender o que está acontecendo. Referiu o quanto foi importante para ele a saída da aldeia para poder estudar e poder ser quem se é. As trocas realizadas com outros indígenas LGBTQ+ na universidade trouxe a consciência da possibilidade de exercer sua sexualidade livremente e fortalecer isso junto a seu povo, porque antes da sua sexualidade é um indígena Pankararu.

Figura 05: Imagens do documentário “Transpassado: corpos que retratam”



No documentário “Transpassado”, produzido por Otávio Kaxixó e a indígena Pankararu Ana Luiza, por sua vez, traz-se um relato corajoso e sensível do enfrentamento que passou ao assumir sua sexualidade para família e etnia, relatando o momento como muito difícil, e que a fez colocar sua vida em risco pela primeira vez. Refere ainda que não se sente a vontade para falar sobre orientação sexual com seu povo, devido a recepção negativa que eles dão ao assunto, reforçando na sua fala que acredita na urgência deste diálogo, contra o conservadorismo encontrado, na sua etnia.

Neste documentário, há algo que chama atenção a respeito de um indígena que tem seu rosto encoberto e sua voz alterada para não ser reconhecido, levando-nos a reconhecer o quão forte é a LGBTfobia para o seu povo.

O documentário “Transpassado” também reforça o suicídio entre jovens indígenas e o considerável aumento nos últimos 20 anos. Enquanto os indígenas LGBTQIA+ se organizam para trazer a tona o que está acontecendo com eles, os documentos produzidos pela saúde indígena excluem o assunto, e conseqüentemente a possibilidade de abordá-lo com o objetivo

de diminuir preconceitos e diversas violências.

Otávio Kaxixó produtor do documentário “Transpassado” está a frente do coletivo Tibira e relata a inserção do debate sobre as sexualidades indígenas que há dez anos não era tratado como assunto nas pautas indígenas, reforçando o Ministério dos Povos Indígenas – MPI criado recentemente pelo governo atual e que neste ministério foi criada uma secretaria para discutir políticas públicas para indígenas LGBTQ+ coordenado pela indígena Larissa Pankararu. Dentro do coletivo Tibira Otávio relata a dor trazida pelos indígenas LGBTQ+ “muitos corpos que chegam aqui estão gritando, não sabem aonde recorrer, o que fazer, como fazer, e se fazer, o que eles vão arcar com isso, sabe?”

O documento “Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas” faz parte de uma coletânea elaborada pela SESAI para discutir a Atenção Psicossocial aos Povos Indígenas, foi escolhido para compor os documentos analisados por se tratar de tema relevante a análise da assistência da saúde a população LGBTQ+ indígena. O documento em questão aponta que o índice da taxa de suicídio entre indígenas é maior que a população não indígena, brancos e negros, em quase três vezes, entre os anos de 2010 a 2017. Predominante nos indígenas do sexo masculino, 67,9%, em relação às mulheres que obteve uma porcentagem de 32,1%. Os óbitos são consideravelmente maiores em indígenas entre 10 e 19 anos, concluindo que o suicídio tem ocorrido em maior quantidade na passagem para a vida adulta e as causas listadas no documento referem-se ao “contato discriminatório e violento com a sociedade envolvente, à dificuldade de acesso à terra, e a mudança nas relações familiares, especialmente, concernentes às mudanças nas regras de casamento” (Brasil, 2019, apud, SESAI, 2017).

O documento citado acima propõe uma linha de cuidado integral nos casos de ocorrência de suicídio com 7 passos a serem seguidos e no 5º passo que refere a identificar a família enlutada em seus fatores de riscos a possíveis novos casos de suicídio. Neste contexto destaca os fatores de risco:

- Tenha histórico de outras mortes por suicídio na família;
- Tenha tentativas de suicídio no histórico pessoal;
- Faixa etária entre 12 e 25 anos idade;
- Faça uso prejudicial de álcool;
- Tenha conflitos geracionais com pais e/ou avós;
- Tenha conflitos afetivos com namorada(o) ou cônjuge;
- Tenha conflitos relacionados ao exercício da sexualidade (SESAI, 2019).

É interessante observar que o documento sinaliza os conflitos relacionados ao exercício da sexualidade um dos fatores de risco, porém não discorre sobre o assunto em nenhum outro momento. E embora também não trate detalhadamente sobre os outros fatores de risco eles são citados várias vezes no corpo do texto. O que demonstra a falta de abordagem sobre o assunto das sexualidades indígenas.

A escassez de trabalhos acadêmicos sobre o tema é algo que vem impedindo mudanças nesse aspecto, reforçando uma identidade indígena e seus processos de subjetivação através das relações de poder que impõe lugares e não lugares para as sexualidades indígenas a luz da análise Foucaultiana do dispositivo da sexualidade em que o poder aprisiona e governa o corpo individual, bem como contingentes populacionais (Silva, 2022).

O dispositivo da sexualidade sendo uma forma de controle e aprisionamento da sexualidade atuou de maneira oculta sobre a homossexualidade indígena em meios acadêmicos. A literatura antropológica negligenciou as relações de gênero e orientações sexuais dos povos indígenas. O ato de não abordar as sexualidades que se encontram fora do padrão cisheteronormativo foi e continua sendo uma estratégia de regulação identitária, enfatizando a pureza étnica, fazendo com que o discurso de ‘perda cultural’ ganhe força e reforce padrões de comportamento violentos e excludentes entre os povos indígenas (Silva, 2022).

Foucault ao construir o conceito de biopolítica faz uma relação entre o Estado e a medicina analisando o controle que a política exerce sobre a população estabelecendo um conceito de normalidade que não age somente pela ordem subjetiva, mas também pelo corpo. “o corpo é uma realidade biopolítica; a medicina é uma estratégia biopolítica” (Foucault, 2001, apud Silva, 2022). A biopolítica é, sobretudo, um instrumento que define o padrão estabelecido e exclui os indivíduos que são desviantes, utilizando de mecanismos de controles dos corpos, como o discurso científico.

É dentro deste contexto que a estratégia biopolítica na saúde indígena opera no controle do que aborda e para quem se destina sua assistência à saúde. Deixando de lado aspectos importantes e norteadores do SUS. As ausências em torno das necessidades específicas da população LGBTQ+ contribui para o desconhecimento e negligência de gestores e profissionais de saúde para com a assistência desta população.

Quadro 4. Repertórios sobre Saúde

Trechos	Categorias
Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de curas respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.	Medicina tradicional indígena
Para fins desta lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direito igual de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.	Medicina ocidental
As situações de Violência fragilizam as relações pessoais, enfraquecem a cidadania e impactam negativamente sobre o bem-estar das pessoas envolvidas. Além disso, são apontadas como fator de risco para vários agravos de saúde mental, sexual e reprodutiva, além da maior utilização dos serviços de saúde.	Medicina ocidental
Compreende-se que a saúde mental ou psicossocial ou bem viver se referem a algo mais do que simplesmente a ausência de sofrimento ou doença, mas sim ao bem estar ou bem viver individual, familiar e social.	Medicina Ocidental
O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial, sendo definido pela Classificação Internacional de Doença como um óbito derivado de “lesões autoprovocadas intencionalmente” e relaciona-se etiologicamente com uma gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos, até biológicos.	Medicina Ocidental

O quadro 4 destinado a análise dos repertórios sobre saúde, foi preenchido retirando dos textos dos documentos analisados as definições sobre saúde e se este enquadrava-se na categoria de saúde referente a medicina tradicional indígena ou na medicina ocidental. Dos oito documentos analisados apenas um continha uma definição de saúde baseada na cosmovisão indígena de saúde, de uma forma generalizada, não representando uma etnia específica. Três deles não continha nenhuma definição de saúde, estando voltado mais para diretrizes técnicas, os outros quatro as definições eram da medicina ocidental. Esse é um aspecto importante para análise, pois os documentos escolhidos são de exclusividade da saúde indígena e abre espaço para debatermos sobre a assistência a saúde dos povos indígenas de forma específica e diferenciada.

A literatura antropológica vem há anos fazendo análises críticas a proposta intercultural da saúde indígena. Neste contexto, o texto “Análise Crítica da Interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil” de Garnelo et. al. (2018) traz aspectos importantes sobre o tema, considerando que no SASISUS os agentes indígenas

de saúde e os detentores dos saberes tradicionais são importantes na garantia de uma saúde específica e diferenciada. Desta forma, a aplicação dos programas do SUS na saúde indígena deve estar articulada com as práticas de saúde tradicionais indígenas. No entanto, mesmo depois de terem conseguido muitos avanços em relação as suas especificidades culturais, os indígenas, de todo o país, lutam para que a efetivação deste modelo intercultural seja respeitada.

De acordo com Garnelo et al. (2018) estudos indicam que a efetivação da PNASPI não tem acontecido como preconiza a referida política, ou seja, as ações de saúde não estão afinadas as especificidades culturais de cada etnia. Para os autores, os efeitos disso têm sido contrários aos princípios que a fundamentam, visto que a reprodução do modelo de equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) do SUS é a mesma na composição das EMSI, excluindo a contribuição dos detentores dos saberes tradicionais. Na operacionalização do SASISUS não está previsto “a inclusão no sistema de saúde público dos especialistas tradicionais (pajés, rezadores, benzedores, raizeiros, parteiras)” (Garnelo et al. 2018).

Após mais de 20 anos da efetivação da PNASPI indígenas de todo o país, continuam, nas conferências locais, estaduais e nacionais, sugerindo propostas para efetivação da interculturalidade, inserção dos detentores dos saberes tradicionais de cada povo nos serviços ofertados a atenção da saúde indígena e formação intercultural para profissionais não indígenas (Garnelo et al. 2018).

Trazer essa análise da não efetivação da PNASPI e a reprodução dos programas do SUS sem considerar as especificidades culturais é também uma oportunidade de pensarmos o porquê da não inserção da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que faz parte do SUS desde 2013. Considerando que todos os outros programas da atenção primária a saúde do SUS fazem parte do SASISUS, a política em questão está ausente.

Esta ausência denota o caráter homofóbico da saúde indígena que segue perpetuando as discriminações, preconceitos e diversas formas de violências entre os povos indígenas. Impedindo que o assunto sobre as questões de gênero e orientações sexuais sejam discutidos, debatidos e favoreçam na luta contra todo tipo de opressão.

A introdução da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) seria de extrema importância no âmbito do SASISUS, levando em consideração as diretrizes desta política que em seu texto dispõem, entre outras coisas sobre o princípio da equidade.

A PNSI-LGBT é uma iniciativa do governo brasileiro que visa garantir o acesso equitativo e integral à saúde para a população LGBT. Esta política é uma resposta à histórica marginalização e ao preconceito enfrentado por essas pessoas no sistema de saúde, que frequentemente se traduzem em barreiras no acesso a serviços e cuidados de saúde adequados. Também desempenha um papel crucial na promoção da equidade e na redução das desigualdades em saúde, ao reconhecer as necessidades específicas dessa população e implementar medidas para atendê-las.

Entre as principais diretrizes da PNSI-LGBT, destaca-se a capacitação dos profissionais de saúde para atender de forma adequada e sensível às pessoas LGBT, garantindo que os serviços de saúde sejam prestados sem preconceito ou discriminação. Além disso, a política incentiva à promoção da saúde mental e a prevenção de doenças, com um foco particular na vulnerabilidade da população LGBT ao HIV/AIDS, outras infecções sexualmente transmissíveis e à violência. Outro ponto fundamental é o apoio à pesquisa e à produção de dados sobre a saúde dessa população, para subsidiar a formulação e desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes e eticamente bem fundamentadas.

A aplicação das diretrizes da PNSI-LGBT também pode contribuir significativamente para a promoção da saúde indígena. A população indígena LGBT enfrenta desafios específicos, muitas vezes relacionados à interseção de preconceitos étnicos e de orientação sexual ou identidade de gênero. Ao integrar as diretrizes da PNSI-LGBT nas ações de saúde voltadas para as populações indígenas, é possível promover uma abordagem mais inclusiva e culturalmente sensível, que respeite as tradições indígenas ao mesmo tempo em que garanta o direito à saúde para todos, independentemente da orientação sexual ou identidade de gênero.

A PNSI-LGBT tem o potencial de fortalecer a autonomia das pessoas LGBT nas comunidades indígenas, promovendo um ambiente onde elas possam expressar livremente sua identidade sem medo de discriminação ou violência, bem como pode incentivar o diálogo e a educação sobre questões da diversidade sexual e de gênero dentro dessas comunidades, contribuindo para a construção de uma sociedade mais inclusiva e justa. Dessa forma, a PNSI-LGBT não só melhora o acesso à saúde para a população LGBT, mas também promove uma maior equidade e inclusão em todos os âmbitos da sociedade.

Quadro 5. Repertórios sobre gênero e sexualidade

Trechos	Categorias
<p>Para a efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômicos e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros.</p> <p>- Prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças.</p> <p>- É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS.</p>	<p>Biológicas – IST</p>
<p>A conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, conferiu papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano.</p>	<p>Biológicas – direitos sexuais e direitos reprodutivos</p>
<p>Roda de conversa em pequenos grupos: essa prática é indicada para a discussão de temas específicos, como o câncer de colo de útero com mulheres, ou crescimento e desenvolvimento infantil com os pais, IST para adolescentes e jovens. Nesse contexto é importante desenvolver trabalhos que visem o empoderamento e autonomia das pessoas.</p>	<p>Biológica – IST</p>
<p>-Essas possibilidades em relação ao risco envolvem diversas situações que devem ser analisadas nos contextos epidemiológicos, culturais e sociais de cada povo: iniciação sexual, frequência e posição social dos homens e/ou mulheres que saem das aldeias; ocorrência de interações entre grupos étnicos, rituais e/ou eventos que envolvam manuseio de objetos cortantes compartilhados sem adequada desinfecção (escarificações, tatuagem, etc.); praticas sexuais de poligamia, poliandria e poliginia; praticas de aleitamento cruzado; alcoolismo; prevalência de DST e outros fatores de risco associados a infecção pelo HIV.</p> <p>- Estudos tem apontado para a dificuldade na negociação do preservativo entre casais que alegam relações estáveis, entre clientes e profissionais do sexo e mesmo entre pessoas que têm múltiplos parceiros. Nesse sentido, é importante incluir no processo questões de gênero e negociação do preservativo.</p> <p>- Segmentação dos grupos-alvo segundo critérios de prioridade baseados nos indicadores de risco e vulnerabilidade, mulheres índias, estudantes que se encontram fora das aldeias, grupos que residem em áreas urbanas etc.</p>	<p>- Biológica – IST - Comportamental – práticas sexuais</p>
<p>- Acredita-se que esse núcleo também possa ser dispositivo de ampliação da discussão com as lideranças indígenas, sejam mulheres, homens ou jovens posto que esta temática necessita ser mais visível e ter uma discussão equânime entre os gêneros, fortalecendo-se também o discurso feminino, que na maioria das vezes tem menor legitimidade sociopolítica.</p> <p>- Violência sexual: A violência sexual caracteriza-se por envolver qualquer forma de atividade sexual não consentida. Incluem-se ainda os casos de estupro de vulnerável como crianças, pessoas portadoras de enfermidades, deficiência mental ou que de alguma forma não pode oferecer resistência. Destaca-se a necessidade de considerar as perspectivas locais sobre a violação sexual.</p>	<p>Comportamental – gênero e violência sexual</p>
<p>Tenha conflitos relacionados ao exercício da sua sexualidade.</p>	<p>Comportamentais – conflitos da sexualidade</p>

Referências a gênero e sexualidades foram encontrados em 6 textos. No entanto, os trechos estão muito mais voltados para as infecções sexualmente transmissíveis, questões comportamentais relacionadas aos papéis desenvolvidos por homens e mulheres, violências sexuais e direitos reprodutivos. Marcando a ausência das questões de gênero no que se refere às identidades de gêneros e orientações sexuais

Em relação aos repertórios sobre orientação sexual e identidade de gênero, dos oito documentos analisados, em apenas um encontramos trechos que fizessem referência. O documento em questão trata-se do manual de investigação/notificação de violências em povos indígenas, à menção que este faz as orientações sexuais é indicando que na ficha do SINAN/SVS possui notificação específica a, entre outros, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e que esta ficha, que é do SUS, seja incorporada ao processo de notificação dos DSEI, visto que para os profissionais do SASISUS foi feita uma ficha complementar de notificação de violência e que não possui notificações em relação às identidades de gênero e orientações sexuais.

Quadro 7. Interlocutores/ase vozes (favoráveis e contrários à discussão sobre gênero e sexualidade na saúde indígena)

Documento	Interlocutores/as
Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI	FUNAI, FUNASA, Ministério da Educação, Ministério Público Federal, CONEP, Comissão Intersetorial de saúde indígena,
Nota Técnica nº 028/2005/CGASI/DESAI	Inexistente
Ações Educativas No Contexto da Saúde Indígena: Algumas Possibilidades	População em geral, AIS, AISAN, professores, alunos das escolas, parteiras, pajés.
Nota Técnica Nº8/2019-Diasi/Cgapsi/Sesai/Ms	DSEI, CONDISI, FUNAI, Conselho Tutelar da Criança e do adolescente, Polícia Federal, Polícia Civil e/ou Militar, Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação, Esporte e Lazer, Associação Indígena, Representantes de Homens, Jovens e Mulheres Indígenas, Instituição Acadêmicas e outros Órgãos Públicos.
Documento Orientador Sobre a Gestão da Atenção Psicossocial nos DSEI	FUNAI, CREAS, CRAS, EMSI, CAPS, Hospitais gerais, Ambulatórios, Conselhos Tutelares, Secretarias de Educação, Esporte e Lazer, ONGS, Conselhos de Saúde Indígena, Associações Indígenas.
Povos Indígenas e a Prevenção às DST, HIV e AIDS. Manual de diretrizes técnicas	AIS, professores das escolas indígenas, comunidade, Coordenações Estaduais e Municipais de DST e Aids, ONG, associações comunitárias, lideranças indígenas, representantes de organizações indígenas, DSEI.
Manual de Investigação/Notificação de Violências em Povos Indígenas	Profissionais de saúde, FUNAI, Conselho Tutelar, lideranças, Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria Municipal de Saúde, Associações Indígenas.
Estratégia de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas	Família, amigos, colegas, lideranças religiosa/pajé, profissionais de saúde.

Os textos escolhidos foram desenvolvidos para nortear a prática dos profissionais da saúde indígena, sendo assim fala diretamente para esses profissionais, porém chamam atenção para que os profissionais dialoguem com outros atores, dentro e fora, das aldeias.

Abordar os interlocutores do texto faz parte da compreensão que as práticas discursivas são performáticas, constituindo uma ação que produz consequências. “Quando falamos, estamos invariavelmente realizando ações – acusando, perguntando, justificando etc.” (Spink; Medrado, 2000, p. 47). Desta forma, os textos na análise documental são vistos como atos de fala que além de possuir intenções com a informação que se deseja transmitir, invocam, muitas vezes, várias outras vozes, podendo haver confrontos, comentários, críticas, elogios, bem como servir de produto para novas discursões. São essas vozes que aparecem nos textos que analisaremos como favoráveis ou desfavoráveis à assistência a saúde dos indígenas LGBTQ+.

A PNASPI ressalta a presença de atores, mencionados no quadro acima, para que sejam colocadas em prática suas diretrizes. Esta política foi criada, sobretudo, para que os povos indígenas de todo o país tenham suas especificidades étnicas e culturais reconhecidas, obedecendo aos princípios da autonomia e da equidade, conforme estabelece a constituição federal de 1988 em seu artigo N° 231: “São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à união demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens” (BRASIL. Constituição Federativa do Brasil de 1988).

O Manual de Investigação/Notificação de Violências em Povos Indígenas aciona interlocutores para ressaltar que o preenchimento do manual pode ser feito por parentes da vítima, AIS, profissionais da EMSI, FUNAI, etc. e sugerir a criação de um núcleo local de prevenção e enfrentamento às situações de violência envolvendo representantes do DSEI, conselheiros indígenas de saúde, representantes da FUNAI, Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, Secretaria Municipal de Assistência Social e de Saúde, Segurança Pública, lideranças e Associações Indígenas. Destaca também atores envolvidos com agressões aos indígenas como fazendeiros, madeireiros, garimpeiros, não indígenas de uma forma geral.

A Nota Técnica N° 8/2019-DIASI/CGAPSI/DASI/MS dispõe sobre a organização do fluxo de informações e encaminhamentos das notificações de situações de violência no SASISUS e criação dos núcleos de prevenção à violência em territórios indígenas, referido no Manual de Investigação/Notificação de Violências em Povos Indígenas, citando os mesmos interlocutores acima mencionados.

No documento sobre Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas os

interlocutores são acionados para proposição de estratégias para promoção da saúde mental e prevenção do suicídio, são eles: família, amigos, colegas, lideranças religiosa/pajé, profissionais de saúde, todos esses atores são da comunidade e da saúde indígena, que vale ressaltar a maior destes profissionais são indígenas.

A criação do núcleo para prevenção à violência com seus participantes de diversos setores é uma proposta interessante e favorável para a prevenção e combate das diversas violências ocorridas nas aldeias, incluindo a homofobia, no entanto percebemos a ausência da sugestão de participantes LGBTQ+ para compor o grupo.

A criação desse núcleo é algo que nunca aconteceu no DSEI/PE e muito difícil de acontecer porque esbarra em muitas dificuldades, entre outras, a falta de assistência dos municípios aos indígenas Pankararu, a omissão é justificada de muitas formas, alegações de que os indígenas já tem assistência própria na saúde, educação e assistência, dificuldades de deslocamento para as aldeias, precariedade dos serviços públicos, etc. Essa realidade gera muitos conflitos entre a saúde indígena e os municípios. A FUNAI também é um órgão muito ausente na assistência aos povos indígenas e principalmente nessas proposições de parcerias com a assistência a saúde. As outras instituições seguem na mesma direção em relação à falta de apoio e parceria, ficando os indígenas restritos ao apoio apenas da saúde indígena e suas organizações internas.

O documento orientador sobre a gestão da atenção psicossocial nos DSEI é voltado para as referências técnicas de saúde mental, porém não está restrito a esses profissionais. Desta forma, ressalta a participação de todos os profissionais da EMSI para com as pessoas que se encontram em sofrimento mental. Destaca também a importância das lideranças, cuidadores indígenas, detentores do saber tradicional, familiares, amigos, etc. nas construções e execuções de ações em saúde mental nas aldeias.

Também enfatiza a necessidade de estabelecer parcerias com a rede de atenção psicossocial – RAPS, como por exemplo, CAPS, hospitais gerais, ambulatórios e instituições da assistência social como a FUNAI, CREAS, CRAS, conselhos tutelares, secretaria de educação, esporte e lazer, assistência social, ONGS e associações indígenas.

Todos os interlocutores mencionados no texto podem ser parceiros favoráveis na discussão sobre homofobia, contribuindo para o combate as violências, discriminações e preconceitos contra indígenas LGBTQ+. Entretanto, essa não é uma realidade, os possíveis parceiros não trabalham com a temática nem dentro e nem fora das aldeias.

Os municípios, de uma forma geral, se omitem na prestação da assistência às populações indígenas, o que dificulta o estabelecimento de parcerias, como já foi dito acima.

3.3 SOBRE A PESQUISA DOCUMENTAL

As pesquisas no campo da psicologia que se baseiam na análise de documentos têm se mostrado fundamentais para o avanço do conhecimento científico e a compreensão de fenômenos complexos. A análise documental é uma metodologia que envolve o exame sistemático de materiais escritos, visuais ou multimídia, permitindo aos pesquisadores explorar temas históricos, culturais e sociais a partir de uma perspectiva crítica e contextualizada.

Um dos principais benefícios da análise documental é sua capacidade de fornecer informações sobre aspectos que não podem ser (ou que temos mais dificuldades em que sejam) investigados por meio de métodos tradicionais, como experimentos ou entrevistas. Segundo Bardin (2011), a análise documental possibilita a investigação de processos sociais e psicológicos ao longo do tempo, permitindo aos pesquisadores e pesquisadoras identificar mudanças e continuidades em crenças, valores e práticas. Essa abordagem é especialmente útil para estudos históricos ou culturais, onde os documentos podem ser as únicas fontes de informação disponíveis.

Além disso, a análise de documentos permite a exploração de discursos e narrativas que moldam percepções e atitudes em torno de questões sociais importantes, como gênero, raça, sexualidade e poder. Foucault (1972) argumenta que os discursos são formas de poder que estruturam o conhecimento e influenciam o comportamento humano. Na psicologia, a análise de documentos pode revelar como certos discursos são produzidos, legitimados e perpetuados ao longo do tempo, oferecendo insights sobre a formação da subjetividade e das relações sociais.

A análise documental também desempenha um papel crucial no desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências. Ao examinar protocolos clínicos, relatórios de avaliação e outros registros, os psicólogos podem identificar práticas eficazes e áreas que necessitam de melhorias. Isso é particularmente importante em contextos clínicos e educacionais, onde a aplicação de intervenções baseadas em evidências pode ter um impacto significativo na vida dos indivíduos. De acordo com Guba e Lincoln (1989), a triangulação de dados de diferentes fontes, incluindo documentos, é essencial para garantir a validade e a confiabilidade das conclusões de pesquisa.

A análise documental contribui ainda para a inclusão de perspectivas diversas e subrepresentadas nas pesquisas em psicologia. Muitas vezes, as experiências de grupos marginalizados não são capturadas adequadamente por métodos tradicionais de pesquisa. A análise de documentos pode trazer à tona essas vozes e perspectivas, proporcionando uma compreensão mais rica e inclusiva dos fenômenos psicológicos. Segundo Flick (2009), a diversidade de fontes de dados, incluindo documentos, é fundamental para uma pesquisa psicológica que seja reflexiva e crítica.

Para alguns autores a pesquisa bibliográfica é a mesma coisa da pesquisa documental. No entanto apresentam diferenças significativas direcionadas justamente ao ponto que parecem ser iguais, ou seja, ambas analisam documentos. Dentro deste contexto faz-se necessário distinguir a natureza das fontes, bem como estabelecer o conceito de documento, ressaltando as mudanças ao longo do tempo (Sá-Silva, Almeida e Guindani, 2009).

No século XIX a obra *Introduction aux études historique* de Seignobos e Langlois, colocou o documento em evidência como metodologia para muitas pesquisas, nesta época tratava-se apenas de documentos escritos oficiais. Esta concepção que já era observada na roma antiga, voltou a ser utilizada na Europa ocidental no século XVII. Com isso, os documentos que eram considerados apenas como prova jurídica passam a ter status científico (Sá-Silva, Almeida, Guindani, 2009).

De acordo com Grazziontin, Klaus e Pereira (2002) entre os anos de 1929 e 1930 houve mudanças na concepção da história tradicional que proporcionou uma ampliação no que se entende por documento. Essa nova concepção se deu por vários motivos, entre eles, a aproximação com outras áreas do conhecimento. Surge a partir desse movimento o que se chamou de nova história e com ela passou a ser considerado documento vários registros não oficiais.

A mudança na concepção do que pode ser considerado documento ocorreu com o avanço da disciplina história, impulsionada pela Escola da Annales, passando a considerar toda e qualquer produção humana passível de análise histórica. Desta forma, documento passa a ser tudo que serve de testemunho, registros escritos e não escritos, como fotografias, vídeos, filmes, cartas, diários, entre outros (Sá-Silva, Almeida, Guindani, 2009).

A pesquisa documental se diferencia da pesquisa bibliográfica ao utilizar documentos que não passaram pelo trabalho científico, sendo consideradas fontes primárias, o que exige maior atenção na análise dos documentos que ainda não passaram crivo da ciência.

É também uma pesquisa que não utilizando a presença e contato com participante não conta com os imprevistos desta relação. Tem como objetivo “constituir um *corpus* satisfatório, esgotar todas as pistas capazes de lhe fornecer informações interessantes” (Sá-Silva, Almeida, Guindani, 2009, p.298).

Na pesquisa bibliográfica o objeto de investigação são os documentos da esfera científica, como livros, periódicos, artigos, etc. considerados fontes secundárias.

No texto “Análise de Documentos de Domínio Público”, psicólogo social Peter Spink (2000) faz uma leitura da pesquisa documental entre psicólogos e historiadores. Para ele, as duas áreas do conhecimento têm aspectos relevantes em relação à atuação no campo e uso de documentos, respectivamente, em suas pesquisas. Para o autor, historiadores se questionam a respeito das produções narrativas orais, e preferindo o uso de documentos seguem tão avançados na análise do social quanto na psicologia social. Os questionamentos que a disciplina história faz sobre a atuação no campo e a psicologia faz sobre os documentos trata-se de uma falta de conhecimento de uma área sobre a outra.

Para a Psicologia Social é dada grande importância ao método utilizado, incluindo capítulo específico em artigos, teses, dissertações, entre outros. Ressaltar o como encontrou os resultados da pesquisa não é uma preocupação dos historiadores, que apenas citam as fontes, sem muitas preocupações com o método. Um texto de história tem elaboração mais próxima do estilo da *scholarship*, ou seja, está relacionada a multiplicidade de formas que é possível analisar o comportamento humanos e fazer reflexões a cerca dos seus sentidos. Com isso, jornais, fotografias, registros oficiais podem ser tão importantes quanto entrevistas e diálogos em grupo. Embora os psicólogos sociais utilizem diversas fontes para contextualizar suas pesquisas, dificilmente utilizam a análise documental, continuam preferindo as análises de campo, focando no aqui e agora (Spink, 2000).

Embora a análise de documentos não seja prática tão comum na psicologia social, a presente dissertação segue esse caminho por acreditar, assim como a *scholarship*, que os processos psicossociais se apresentam de diversas formas e na necessidade humana de produzir sentidos. Com isso, a análise de alguns documentos orientadores utilizados por profissionais de saúde indígena é considerando que esses documentos refletem a polissemia do dia a dia dos povos indígenas brasileiros, bem como abrimos a possibilidade para análise de elementos que carregam potencialidade e estão interligados, já que foram feitos exclusivos para eles. Lembrando que o que está escrito e/ou registrado em imagens também são práticas discursivas e produtos do cotidiano. Desta forma, os

documentos de domínio público são “traços de ação social e a própria ação social” (Spink, 2000, p.126).

Para Spink (2000) os documentos de domínio público referem-se aos produtos que se colocam para análise de quem se interessar, mostrando um universo simbólico de instituições, coletivos humanos, registrando o dia a dia, mostrando e trazendo reflexões sobre o ir e vir das múltiplas versões circulantes na sociedade. Permitindo que tenhamos em mãos registros de muitos acordos, compilados de muitos pensamentos (Spink, 2000).

O trabalho com documento de domínio público nos leva para resultados similares ao das análises dos discursos orais. Todavia, é importante a quem vai analisar documentos, considerando os que são destinados a um objetivo, esteja aberto para uma análise do que está ali, tentando não focar apenas nas perguntas que deseja fazer, libertando-se do interesse maior da pesquisa. Esses materiais são produzidos para uma finalidade específica, fazendo com que o/a pesquisador/a lance mão de uma investigação que questione se as informações que lá se encontram são úteis (Spink, 2000).

CAPÍTULO 4. RECONSIDERANDO AS SEXUALIDADES

Segundo o dicionário Aurélio, a palavra “reconsiderar” significa considerar ou ponderar novamente; e é neste ponto que desejamos refletir e discorrer. Com o objetivo de considerar novamente o que foi violentamente proibido de existir com o processo colonizador, as sexualidades indígenas. Os registros de padres jesuítas e alguns etnógrafos sobre as identidades de gênero e orientações sexuais nos mostram que eram uma realidade comum nas etnias brasileiras e que não representavam problemas até a chegada da ordem europeia cristã cisheteronormativa.

Levando em conta que voltar a considerar é, entre outras coisas, enfatizar o que já existiu com o intuito de tornar presente o que foi violentamente proibido e trouxe para os/as indígenas a ideia de que às orientações sexuais e identidades de gêneros são vícios advindos do contato com não indígenas e, por uma questão de etnicidade, seria necessário combater algo que não lhes pertence. A esse respeito, Estevão Rafael Fernandes (2014) ao elaborar uma resenha crítica sobre o livro de Martinho Tota, “Entre as diferenças: gênero, geração e sexualidades em contexto interétnico”, argumenta que o antropólogo inicialmente pretendia fazer seu trabalho de doutorado sobre a homossexualidade indígena com duas etnias de Pernambuco, Fulni-ô e Xukuru, e uma da Paraíba, Potiguara. Porém, a reação das lideranças de Pernambuco sobre a temática em suas aldeias fez o autor desenvolver sua pesquisa apenas com os Potiguaras na Paraíba.

Considerando que por muito tempo a colonização combateu qualquer sexualidade que fugisse do padrão eurocêntrico cisheteronormativo, os impactos desta normatização têm reverberado nas etnias de Pernambuco, fazendo com que lideranças deste Estado tenham a abordagem de temas que envolvam sexualidades indígenas. Neste contexto, consideramos pertinente resgatar a história antes da colonização e para isso trago dois trechos de muitos citados por Estevão Rafael Fernandes em seu livro “Existe Índio Gay? A Colonização das Sexualidades Indígenas no Brasil” a respeito das cartas dos padres jesuítas e etnógrafos descrevendo as sexualidades dos indígenas brasileiros:

(SIC) Os invasores bárbaros [o autor refere-se aos Tupi] traziam consigo bastantes germens de discórdia, que vieram a dar mui sasonados fructos venenosos nas suas novas terras. Apenas uns venciam, vinham outros arrancar-lhes das mãos a palma da victória, e as hostilidades e vícios não tinha fim. Entre os últimos era sobretudo lamentável a paixão com que davam ao pecaminoso atentado que o senhor condemnou em Sodoma, vicio infame que além de ser

degradante para o homem, tanto contribuía a que a população diminuísse cada vez mais, em vez de aumentar-se (Varnhagem, 1854, p.107, apud, Fernandes, 2019, p.33)

(sic) Entre os Gauaycuris ha homens que affectam todos os modos das mulheres, vestem-se como ellas, ocupam-se em fiar, tecer, fazer panellas & etc. A estes chamam *Cudinas*, nome que dão a todo o animal castrado; e verdadeiramente eles são as meretrizes desta nação, que faz uso do pecado amaldiçoado por São Paulo, e outros que impedem a propagação humana (Rosário, 1839, p.32-33, 49, apud, Fernandes, 2019, p.32).

Trazer esses trechos tem a pretensão de mostrar o que os colonizadores encontravam nas etnias indígenas brasileiras e que precisamos reconsiderar quando falamos de sexualidades indígenas de forma que possa haver uma apropriação étnica, excluindo o sentimento de rejeição por algo que acreditam ter sido consequência do contato com os não indígenas. Esse ponto precisa ganhar espaço nas aldeias, nas instituições que cuidem da saúde, educação e assistência social dos povos indígenas brasileiros.

Tornar a considerar o que já existiu é também fazer justiça, uma dívida histórica contra as sexualidades indígenas que afetou e continua a afetar corpos indígenas. Para que nunca se esqueça, para que nunca mais aconteça. Pelo direito de ser quem se é!

Observamos com a análise dos documentos formulados e utilizados pelo Subsistema de Atenção a Saúde Indígena – SASI/SUS, que a assistência à saúde voltada para questões específicas referentes às identidades de gênero e orientações sexuais dos indígenas é escassa e, por vezes, inexistente. No entanto, a necessidade de estabelecer novos caminhos está sendo visto com o crescente movimento de indígenas LGBTQ+ nas redes sociais, nas organizações indígenas, como a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB, e em suas participações em eventos nacionais como o Acampamento Terra Livre - ATL.

O Acampamento Terra Livre é um evento anual que ocorre em Brasília no mês de abril e reúne etnias de todo Brasil, é considerado a maior mobilização de povos originários do mundo, tendo como objetivo tratar de assuntos relacionados a garantia de direitos constitucionalmente adquiridos e constantemente violados. Neste ano de 2024 completou 20 anos de existência, tendo como maior reivindicação a luta contra o marco temporal, que virou lei em 2023. O marco temporal determina que nenhuma terra indígena será reconhecida se os indígenas não comprovarem que viviam nela antes da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Embora os “Acampamentos Terra Livre” tenham como pautas principais as questões ligadas à terra, saúde, educação e assistência social, em 2022, integrantes do movimento

indígena LGBTQ+ marcaram presença no acampamento, promovendo um marco histórico. Pela primeira vez indígenas LGBTQ+ se fizeram presente, ressaltando a luta pela visibilidade e fim do preconceito dentro e fora das aldeias. Expuseram muitos casos de homofobia dentro dos territórios indígenas, argumentando a necessidade urgente de combater o preconceito. Segue abaixo trechos do manifesto feito pelo movimento em questão e enviado a APIB:

Levando em consideração a realidade do Brasil – o país que mais mata pessoas Travestis e Transsexuais no mundo, registrando pelo menos uma morte por LGBTQfobia a cada 23 horas – falar da existência de corpos indígenas LGBTQI+ denunciar a dupla violência que sofremos cotidianamente. É falar de sobrevivência. (...) Nós enquanto movimento social precisamos lidar de forma ética e justa com a diversidade existente em nossos corpos-territórios. Não podemos reproduzir a lógica de deslegitimação e violência dos não indígenas com a pluralidade de nosso povo, pois o mundo branco já possui demasiadamente manchas vermelhas de nosso sangue diante da repulsa e racismo que sofremos por eles. Essa é uma pauta necessária e urgente. Não podemos tolerar o racismo! Basta de LGBTQfobia! Basta de Violência!

Nos “Acampamentos Terra Livre” de 2023 e 2024 o movimento indígena LGBTQ+ continua marcando presença na luta para que suas pautas sejam ouvidas.

Reconsiderar sexualidades, expressões e identidades de gênero faz parte de um movimento ético-político que reconhece violências e negligências, inclusive na assistência à saúde das pessoas que se identificam com LGTB+. Estudos apontam que são inúmeras as desigualdades e invisibilidade em torno das questões de saúde voltadas para a população LGBTQ+, bem como indica que existe muita desinformação entre os profissionais da atenção primária a respeito das especificidades da população em tela.

Neste contexto, a desinformação dos/as trabalhadores/as da saúde produz discriminação, estigmatização, patologização e conseqüentemente sofrimento nas pessoas LGBTQ+, configurando agravos a saúde física e mental da população em questão. Profissionais de saúde alegam a ausência de pessoas LGBTQ+ na demanda por assistência à saúde brasileira, culpabilizando-os, deixando de reconhecer, na verdade, que o tratamento ofertado faz com que muitos não procurem as unidades de saúde (Calazans et.al, 2021).

Reconhecer o que acontece com os/as trabalhadores/as da saúde nas questões referentes às identidades de gênero e orientação sexual é a possibilidade de provocar mudanças neste quesito. Sendo necessário o reconhecimento das especificidades da população LGBTQ+, como também a necessidade de capacitar esses profissionais de saúde de forma que sejam aliados na luta contra a invisibilidade associadas às diversidades sexuais e

de gênero (Calazans et. al, 2021).

Outro aspecto de extrema importância refere-se à responsabilidade das instituições e suas gestões. Estas últimas agem de acordo com o contexto político-organizacional nas quais estão inseridas e isso determina suas percepções sobre questões individuais e coletivas. Com isso, para que mudanças de atitudes e valores se efetivem é extremamente importante que os gestores destas instituições produzam diagnósticos situacionais que contribuam para extinguir ações discriminatórias contra a população LGBTQ+. Enquanto isso não for feito está estabelecida a perpetuação dos agravantes no processo saúde-doença-cuidado (Silva, Rosa e Gagliotti (2021).

As violências institucionais ocorrem diariamente e de muitas formas na condução do atendimento à saúde, as mais comuns referem-se ao desrespeito do nome social de pessoas trans, negligência frente às agressões físicas cometidas pelas famílias das pessoas LGBTQ+, “brincadeiras” de profissionais homens em torno de mulheres lésbicas, dificuldades no acompanhamento da gestação de homens trans, etc. Essas situações expõem a necessidade dos profissionais de saúde receber capacitações nas questões de gênero, orientação sexual e toda forma de preconceito e discriminação.

Reconsiderar é reconhecer que existem outras formas de fazer e é neste aspecto que é necessário focar. Na saúde indígena a exclusão de políticas públicas voltadas para a população LGBTQ+ é uma realidade que precisa ser alterada. A inserção da Política Nacional de Saúde Integral – LGBTQ+ parece-nos um ponto de partida para a promoção da saúde integral aos indígenas LGBTQ+, tendo em vista que a eliminação da discriminação e do preconceito é o objetivo geral da política em questão, com isso a redução das desigualdades na assistência a saúde de indígenas garante o cumprimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade que compõe o SUS (Calazans, et. al, 2021).

Reconsiderar as sexualidades e as expressões e identidades de gênero em contexto indígena são necessárias e urgentes, mas tem sido uma tarefa árdua, pois há também resistência nas etnias em debater este assunto, bem como ainda não existe apoio em nenhuma das instituições que trabalhem com a saúde, educação e assistência social dos povos indígenas brasileiros.

4.1 PERSPECTIVAS PARA UMA ABORDAGEM DE GÊNERO E SEXUALIDADE NO TERRITÓRIO PANKARARU

Considerando que o construcionismo investiga como as pessoas explicam os processos que dão conta do mundo em que habitam, produzindo sentidos, esta dissertação procurou analisar como a diversidade sexual e de gênero é operada na orientação de políticas públicas voltadas à assistência à saúde da população indígena da etnia Pankararu, em Pernambuco..

Trabalhar com perspectivas para uma abordagem de gênero e sexualidade no território Pankararu é, na visão construcionista, a possibilidade de que trocas entre pessoas constroem conhecimento e qualquer mudança que se objetive segue no caminho da reflexão que proporcione uma desfamiliarização, possibilitando que novas construções sejam formadas a partir da convivência dialógica como novos conteúdos. “O conhecimento é produzido na interação entre sujeito e objeto, apresentando, portanto, características de ambos” (Spink e Frezza, 2000, p.28).

Com isso, a perspectiva construcionista estabelece que toda intenção de desfamiliarizar algo problematizado deve partir da consciência que sujeito e objeto são construídos sócio-historicamente. Também é necessário compreender que não existe verdade absoluta, elas seguem lógicas específicas e são construídas com finalidades que devemos olhar como relativas e sendo construções humanas, históricas e culturais em que pessoas vivendo em determinada época não escape das convenções e das regras morais.

Neste contexto para desfamiliarizar é preciso encontrar elementos que nos possibilita a proposição de novas perspectivas. Para isso analisar passado, presente e futuro como possibilidade de ação é importante.

Em o retrato do Colonizado Albert Memmi (2021) destaca aspectos impostos pela visão do colonizador ao colonizado para justificar toda a conduta dominadora e violenta que gerou impactos profundos aos colonizados ao longo desse período de dominação. A preguiça, entre outros atributos, é a mais citada e teve um lugar central de enobrecer a figura do colonizador, bem como foi um movimento economicamente frutífero, visto que legitimou o privilégio do colonizador em detrimento da exploração do colonizado. A preguiça do colonizado não se referia a um tipo de trabalhador específico, abrangia todos que faziam parte do agrupamento colonizado. Outros aspectos também foram impostos aos colonizados como, por exemplo: débil, perverso, sádicos, deficientes intelectuais, ladrão, etc.

Não importava para os colonizadores o que os colonizados realmente eram, o que estava sendo atribuído, o desejo de transformá-los era o bastante. Tudo girava em torno da mudança dos colonizados. A adesão à colonização é observada como resultado e não como causa, fez parte de um processo de legitimação da ordem dominante em que o colonizado, para poder sobreviver, reconhece o colonizador, este último instituído do poder opressor, preocupado somente com os privilégios que este lugar lhe concede (Memmi, 2021).

Trazer a imagem do colonizado é importante para pensarmos em perspectivas que quebrem e provoquem a desfamiliarização de conceitos criados por uma lógica perversa de poder sobre o outro que produziu e ainda produz impactos de toda ordem. É importante construir uma história através do olhar dos colonizados. No contexto desta pesquisa o resgate e apropriação das descrições feitas em relação aos povos indígenas são importantes, porém é ainda mais relevante o olhar destes em relação a esses saberes que não foram feitos por eles. Como isso ainda não é tão constante, consideramos que críticas a colonização e perspectivas que vão de contra ao sistema de poder sobre povos que foram exterminados e violentados são o caminho para que novos outros caminhos sejam trilhados.

As Epistemologias do Sul vem sendo a possibilidade de debater e desfamiliarizar os aspectos atribuídos aos colonizados, bem como produção de novos conhecimentos, ancorados no movimento de resistência de povos que foram ao longo da experiência colonizadora vítimas de injustiças, opressão e tantas outras violências (Santos, 2021, p.17).

O termo epistemologia, de acordo com Santos (2021), corresponde a uma dimensão normativa para análise das produções de conhecimento que são identificadas como válidas. Por muito tempo as epistemologias do norte foram dominantes e não reconheciam os saberes dos considerados subalternos, pois os consideravam incapazes de produzir conhecimentos. Em contraposição a esse pensamento as epistemologias do sul vêm transformando sujeitos ausentes e sujeitos presentes, de forma que possam se emancipar e obter libertação social e atuando contra as relações de poder. O reconhecimento desses saberes configura um ato político, de luta contra a opressão do capitalismo, colonialismo e do patriarcado. Desta forma, a justiça social só existe com a justiça cognitiva. O pensamento gera alternativas e para isso precisa ser validado (Santos, 2021).

As epistemologias do Sul estabelecem a existência de uma linha abissal que divide a metrópole da colônia. Essa divisão provoca a existência de dois mundos, onde um é denominado colonial e o outro metrópole. Essa regulação social cria exclusões e tensões que impulsionam a luta pela emancipação social. “A luta contra a apropriação e a violência é a luta pela completa libertação da regulação social colonial” (Santos, 2021, p.44).

É importante ressaltar que as epistemologias do sul não pretendem substituir as do norte, seu objetivo consiste em superar a hierarquia de poder entre norte e sul, promovendo a pluridiversidade, sendo este o pensamento que descoloniza potencializando os pluralismos, reconhecendo conhecimentos que não fazem parte da construção hegemônica que o Norte global impôs. Resgatando saberes que foram silenciados, eliminados e/ou considerados marginais, esse mecanismo foi chamado por Santos (2021) de “sociologia das ausências” e procurou mostrar a resistência dos países colonizados em mostrar seus saberes, práticas e agentes que foram tidos como inexistentes.

As “Epistemologias do Sul” incluem assim um conjunto de abordagens teóricas que buscam valorizar e legitimar os conhecimentos produzidos fora dos centros hegemônicos do saber, tradicionalmente localizados no Norte global. Essas abordagens emergem como uma crítica às epistemologias dominantes, que frequentemente ignoram ou marginalizam as experiências e os conhecimentos de populações e culturas do Sul global, especialmente aquelas ligadas aos povos indígenas, comunidades quilombolas, e movimentos sociais latino-americanos. No campo das ciências sociais brasileiras, autores como Boaventura de Sousa Santos, apesar de ser português, têm sido fundamentais na difusão dessas ideias, sendo amplamente discutido e expandido por acadêmicos brasileiros.

A obra de Boaventura de Sousa Santos (2007) destaca a importância de reconhecer a pluralidade de saberes, o que ele chama de “ecologia de saberes”, uma noção que desafia a ideia de que o conhecimento científico ocidental é o único modo legítimo de compreender o mundo, propondo, em vez disso, um diálogo entre diferentes formas de conhecimento, incluindo as tradições indígenas, africanas, e camponesas. No Brasil, essa perspectiva encontra ressonância em trabalhos como o de Maria Paula Meneses e Karina Bidaseca (2010), que enfatizam a necessidade de valorizar os conhecimentos produzidos pelas mulheres e comunidades marginalizadas na América Latina.

Santos (2007) argumenta que as epistemologias do Sul são essenciais para a construção de um mundo mais justo e democrático, onde diferentes formas de saber possam coexistir e interagir de maneira não hierárquica. Esse enfoque tem particular relevância no contexto brasileiro, onde as desigualdades sociais e a violência epistêmica contra populações marginalizadas são marcantes. Autores brasileiros como Eduardo Viveiros de Castro (2015) têm contribuído para essa discussão ao explorar a cosmologia indígena e suas implicações para a antropologia e as ciências sociais em geral. Viveiros de Castro propõe uma “antropologia do ponto de vista indígena”, que desafia as categorias e conceitos ocidentais, oferecendo novas formas de pensar a diferença e a alteridade.

No campo das ciências sociais brasileiras, a crítica ao eurocentrismo e a busca por uma epistemologia mais inclusiva e plural também são centrais nos trabalhos de Suely Carneiro (2005) e Lélia Gonzalez (1988). Essas autoras enfatizam a importância de reconhecer as contribuições das mulheres negras e dos movimentos sociais afro-brasileiros para a construção de um conhecimento que desafie as estruturas racistas e patriarcais da sociedade. Gonzalez, em particular, desenvolve o conceito de “amefricanidade”, que valoriza as raízes africanas e indígenas na formação da identidade brasileira, propondo uma reinterpretação do Brasil a partir das margens.

As epistemologias do Sul, portanto, oferecem uma crítica profunda às formas hegemônicas de conhecimento e propõem uma alternativa baseada na valorização da diversidade e na justiça cognitiva. No contexto brasileiro, essa abordagem tem sido fundamental para o desenvolvimento de uma ciência social mais reflexiva e comprometida com a transformação social.

Dentro da questão indígena as epistemologias do sul é a possibilidade de muitos saberes, que foram suprimidos, venham a ser valorizados, colocados em discussão e proposição de novas perspectivas.

Neste contexto, pensamos que encontrar dentro dos documentos analisados brechas que podem nos levar a alcançar novos caminhos caracteriza uma destas possibilidades. Em um dos documentos analisados, no capítulo anterior, intitulado “Documento Orientador sobre gestão da Atenção Psicossocial nos DSEI” uma das ações de trabalho propostas para serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde mental, com a participação de algum profissional da EMSI, diz respeito aos grupos de saúde mental e bem viver, visando estes a promoção da saúde mental e do bem viver comunitário, de forma a prevenir agravos e fortalecer vínculos sociais, estimulando espaços de escuta, redes de apoio e cuidado, elaboração conjunta de propostas para soluções de problemas elencados pelo grupo, bem como traça as estratégias que promovam a coesão social.

O referido documento não define o que vem a ser o bem viver, dando a entender que sua interpretação deve ser feita considerando o sentido exato das palavras. No entanto, a noção de bem viver tem sentido bem mais amplo e extremamente oportuno enfatizarmos neste momento que estamos propondo perspectivas para uma abordagem das sexualidades indígenas.

O movimento LGBT+ indígena vem, aos poucos, ganhando força, aliando-se e/ou utilizando-se de direitos conquistados pelos não indígenas LGBT+, o que consideramos válido, porém para pensarmos em garantias dentro dos territórios indígenas é fundamental

levarmos em consideração as características específicas e diferenciadas das diversas etnias brasileiras, bem como o que já utilizam como teoria para promoção de saúde, educação, moradia, assistência social, etc. Para isso a noção de bem viver parece-nos um caminho possível para que cada povo construa estratégias que promovam a coesão de seu tecido social.

O Bem Viver é uma filosofia indígena que busca unir teoria e prática e se baseia nos saberes ancestrais, buscando enfatizar a luta contra o sistema capitalista, visto que o mesmo não permite uma boa relação entre o meio ambiente e todos os seres vivos, não valoriza os diversos saberes ancestrais em suas formas de viver e estimulam a competição e o consumo. Essa teoria é fruto das epistemologias do sul que procurou enfatizar saberes ancestrais produzidos pelos povos originários e assim reparar os danos causados pela imposição dos saberes coloniais eurocêntricos (Brandão, 2014).

Ao analisar artigos das constituições da Bolívia e do Equador, Brandão (2014) ressalta que nestas cartas magnas o Bem Viver visa estimular o pensamento crítico, a proteção ao meio ambiente, a identidade, a diversidade cultural das etnias a convivência harmônica, garantindo um ambiente saudável e acesso aos direitos básicos como saúde, alimentação, moradia, seguridade social, entre outros. Com isso, colabora com a proposição de políticas de afirmação de cidadania, construída por grupos populacionais que foram subalternizados.

Por se tratar de uma filosofia indígena foi tida por muitos como vaga e abstrata, mas vem se mostrando a oportunidade de rever a economia individualista produzida pelo capitalismo e sua forma colonial de exploração. Ressaltando o resgate a cosmovisão ancestral.

O conceito de Bem Viver indígena na sua luta contra a exploração colonialista e capitalista, defendendo o respeito ao meio ambiente, a diversidade étnica e os direitos fundamentais é um caminho que pode ser explorado pela pauta da diversidade sexual indígena, pois não há Bem Viver enquanto grupos de indígenas LGBTQ+ forem oprimidos em seus territórios, devido à herança colonial, cristã, eurocêntrica, cisheteronormativa, capitalista. O direito de Bem Viver deve ser para todos. E como vimos à luta é contra a mesma ordem fundante de todas as violências cometidas contra os povos originários.

Outra perspectiva interessante é o movimento two-spirit. Estevão Rafael Fernandes (2015) ao fazer um estudo comparativo entre Brasil e Estados Unidos aponta diferenças importantes na concepção e tratamento dos indígenas em torno das sexualidades indígenas. Enquanto no Brasil indígenas que se identificam como LGBTQ+ sofrem preconceitos e

violências, os indígenas norte-americanos LGBTQ+ utilizam a identidade two-spirit como marcador de autodeterminação, e uma forma de combater o discurso colonizador.

Dentro deste contexto é importante entender, como perspectiva possível de ser utilizada para debater gênero e sexualidade, o que fez os indígenas americanos LGBTQ+ superar o discurso colonizador e estabelecer novas formas de convívio, garantindo posições de destaque em suas etnias. Inicialmente os referidos povos encontraram registros dos colonizadores descrevendo que antes da colonização os indígenas que se identificavam LGBTQ+ eram considerados como possuindo uma habilidade especial, um dom que faziam deles videntes, curandeiros ou mesmo lideranças comunitárias (Fernandes, 2015).

O início do movimento two-spirit norte-americano ocorre na metade da década de 1980 nos Estados Unidos e no Canadá, com o objetivo de criticar a colonização e seu processo de apagar as sexualidades indígenas e seu papel sagrado, através do padrão cisheteronormativo, imposto pelo cristianismo europeu aos indígenas. Ganhou força na década de 1990 quando o Estado Americano falhou na abordagem aos indígenas em programas de saúde como o da AIDS, lutaram por ter reconhecidas suas especificidades culturais e conquistaram junto ao governo americano a participação ativa na elaboração de materiais de saúde voltados para o público indígena. Desta forma, o movimento em tela é marcado pela luta contra o racismo e a homofobia (Fernandes, 2015).

O movimento two-spirit tem um importante papel de atrair os indígenas para os espaços de discussões nativos, levando em consideração aspectos próprios das suas culturas, não incorporando a luta LGBTQ+ nacional. Com isso, assume uma postura anticolonial entendendo que as classificações em torno das identidades de gênero e orientações sexuais fazem parte de um padrão cisheteronormativo eurocêntrico. “O movimento LGBTQ, dessa forma, por se construir nesse contexto, não teria condições de representar as demandas indígenas” (Fernandes, 2015, p.269).

Esta perspectiva caminha para que mudanças sejam operadas seguindo o percurso de não replicarmos o que por muito tempo dominou a ciência: o saber-poder analisado por Foucault é fruto de um conhecimento cisheteronormativo, patriarcal, masculinizante, branco, etc. que aniquilou saberes de outras culturas em suas formas de pensar, sentir, viver e estabelecer afetos (Fernandes, 2019).

A colonização em seu tripé raça/classe/sexualidade permanece viva quando observamos que as instituições continuam tendo práticas que reforçam ideologias que roubam saberes e subjetividades. A LGBTQfobia entre os povos indígenas é fruto do pensamento colonizador de que diferenças precisavam ser anuladas pelo bem dos

colonizados. As lutas e conquistas representam a resistência a esse sistema violento que não só oprimiu economicamente e ideologicamente, tirou, sobretudo, o direito de ser e existir, controlando seus corpos e suas sexualidades (Fernandes, 2019).

Ao abordar as sexualidades indígenas e traçar perspectivas que visem outros caminhos é necessário levar em consideração o que ocorreu no processo colonial e o que continua legitimando-o.

Dentro do contexto acima mencionado, alguns aspectos são importantes de se considerar no caso Brasileiro. Embora as conquistas do movimento LGBTQ+ dos não indígenas no Brasil impulsionou os indígenas LGBTQ+ a se reunirem e a levantar pautas importantes para a proposição de políticas públicas e garantia de direitos, ainda não conseguem mudanças expressivas dentro dos seus territórios, em especial no campo da saúde, como vimos no capítulo anterior. É importante considerarmos que há muitas questões étnicas específicas a serem abordadas e que como o exemplo norte-americano faz-se necessários que indígenas brasileiros elaborem suas questões em espaços indígenas e para indígenas, levantando as especificidades culturais e toda a história da colonização, acreditamos que essas discussões possam abrir espaços para a desfamiliarização de conceitos que fizeram os indígenas acreditarem que eram deles.

A implantação da PNSI-LGBT, assim como qualquer outro programa do SUS que é implantado nas aldeias de todo o país, deve seguir o que preconiza a PNASPI. Desta forma, a introdução da PNSI-LGBT deve ser discutida, revista e adaptada às demandas dos povos indígenas.

Atualmente para os indígenas expressarem suas sexualidades e sua diversidade de gênero torna-se um duplo ato político na tentativa de quebrar barreiras impostas pelo pensamento eurocêntrico cisheteronormativo, como também pelas questões raciais, que estão ligadas a construção da imagem destes pelas lentes da colonização. A imposição das práticas cristão-europeias a um sistema de educação, moral, civilização, conversão e integração, colocou os povos indígenas em um lugar abjeto, observado no racismo contra estes. Os impactos das violências causadas a esses povos no que se refere às sexualidades estão muito relacionadas aos “preconceitos internalizados”, de uma forma que dificulta a proposição de políticas públicas que provoquem mudanças nesse quesito (Cabral, Pedroza e Diniz, 2022).

A decolonialidade, dentro deste contexto, é a emancipação dessas relações de poder instauradas sobre os corpos indígenas, em busca da liberdade dos saberes tradicionais e de suas formas de ser e estar no mundo. A luta por essa emancipação é enorme diante do pensamento colonial ainda presente e bastante opressor. Estudos decoloniais precisam ser

intensificados para dar visibilidade à opressão dos corpos indígenas, contribuindo para impulsionar a proposição de políticas públicas que garantam o acesso das pessoas LGBTQ+ na assistência social, saúde e educação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final deste trabalho querendo expressar que, embora tenha sido feito para academia e como requisito para obtenção de um título acadêmico, foi pensado, em todo momento, junto com o orientador, pelas linhas do compromisso de uma psicóloga, que atuou diretamente na prestação de serviço público voltado à saúde indígena, que deseja mesmo que esse trabalho sirva para que a população LGBTQ+ indígena conquiste o direito de ser e estar em seus territórios como desejem ser, sem medo, culpa, qualquer tipo de violência voltada para suas sexualidades, expressões ou identidades de gênero. Desejamos também que possam conquistar o direito de ter suas demandas e necessidades de saúde reconhecidas pela SESAI.

Essa escrita é nossa, mas é fruto de muitos depoimentos, conversas com profissionais de saúde, com a população no cotidiano da prática profissional, e atendimentos psicológicos carregados de muitos testemunhos de sentimentos e narrativas de sofrimento.

A dissertação foi motivada diante do acompanhamento, como profissional, a situações extremas de violências a indígenas que se definiam como LGBTQ. Porém uma situação específica determinou minha decisão em fazer este trabalho.

Um dia chegou uma liderança no polo base Pankararu, visivelmente nervoso, me questionando se eu estava envolvida na organização de uma parada gay na aldeia, continuou dizendo que outros indígenas estavam ameaçando usar da violência para conter essa possível parada LGBTQ+. Ocorre que não havia nenhuma organização para uma parada LGBTQ+, mas sim um evento voltado para proposição de políticas públicas voltadas para a garantia de direitos constituídos e negligenciados. Não houve nada a respeito disso, porque logo em seguida iniciou a pandemia.

Fazer esse trabalho foi a oportunidade de não me omitir diante das violências presenciadas, entendendo que omissão também é signo de violência. Não há espaço para focar nestas questões na saúde indígena, visto que não faz parte das metas de trabalho e há muita resistência dos profissionais, bem como desconhecimentos sobre o assunto.

Considerando que a maior parte destes profissionais são indígenas e fazem parte das subjetividades afetadas pelo pensamento colonizador, o processo de desfamiliarização a respeito da heteronormatividade merece estratégias e atenção de uma forma mais ampla e contínua.

Trouxe situações ao longo do texto que expõe a urgência de se pensar sobre a inserção da assistência a saúde da população LGBTQ+ indígena, bem com a discussão sobre a homofobia e tudo que ela provoca na população em questão.

A saúde indígena ainda não trabalha para que a assistência a saúde da população LGBTQ+ ocorra respeitando a especificidade deste público e atendendo suas demandas. O que tem representado uma série de violências e manutenção do biopoder em que o controle dos corpos é estimulado por instituições que controlam o que vai ser considerado importante. O dispositivo da sexualidade é essa tecnologia de controle biopolítico, fruto do poder autoritário que estimula a repressão das sexualidades consideradas desviantes.

Quando um documento é formulado e publicado em 2019 fazendo uso do termo sodomia para referir-se a violência sexual através de relação anal entre homens, podemos deduzir o poder-saber que ainda domina a saúde dos povos indígenas e o porquê de tanta negligência em considerar a inserção de discursos sobre as questões de gênero e orientações sexuais. Desta forma, buscamos levantar essas questões com a finalidade de impulsionar os debates e proposições de estratégias de enfrentamento.

Reconsiderar as sexualidades indígenas, no sentido de voltar a considerar, visto que muitos documentos comprovam que elas já existiam antes da chegada dos colonizadores é imprescindível para que interlocutores ausentes se tornem presentes, desmitificando preconceitos construídos pelo processo de dominação dos corpos e sexualidades indígenas que o cristianismo eurocêntrico impôs. Não se tratando de perda cultural como muitos alegam, mas de resgate cultural com o objetivo de reforçar o Bem Viver, na luta contra a opressão capitalista.

Não obstante, faz-se necessário assimilar que a sexualidade, enquanto mecanismo do biopoder serve não apenas ao objetivo de garantir o aumento das forças de determinada camada da população ou de controle e gestão pública, mas, também, como instrumento auxiliar na função até mesmo assassina do Estado, em razão da segurança, da defesa da sociedade contra as ameaças à vida que se formam a partir do seu interior. (...) essa eliminação não se limita à morte efetiva, mas pode ser expressa pela exposição àquilo que gera a morte ou risco de morte, a saber: supressão de direitos políticos, pelo encarceramento, a exclusão, a rejeição, o internamento, a deportação, etc. (Filho, 2022, p.253).

Consideramos que leituras decoloniais sobre gênero e sexualidade marcam a possibilidade de nos posicionar contra a relação de poder que a binaridade cisgênero e dicotomia heterossexual/homossexual opera. É a possibilidade de acolher todas as maneiras existentes de ser, que por muito tempo foi reprimida.

A discussão sobre diversidade sexual e de gênero entre as populações indígenas tem ganhado espaço nos debates acadêmicos e nos movimentos sociais, especialmente em

contextos onde as vozes indígenas têm sido tradicionalmente marginalizadas. Geni Núñez, uma ativista indígena e psicóloga, tem contribuído significativamente para este campo, enfatizando a necessidade de uma abordagem decolonial que respeite e valorize as especificidades culturais dos povos indígenas.

Geni argumenta que as concepções ocidentais sobre sexualidade e gênero muitas vezes não se aplicam diretamente às realidades indígenas. As categorias rígidas de gênero, como masculino e feminino, e as normas heteronormativas impostas pelas sociedades colonizadoras, não refletem a diversidade e a complexidade das identidades e expressões de gênero nas culturas indígenas. Muitas sociedades indígenas possuem sistemas de gênero e sexualidade que diferem das normas ocidentais e que foram, historicamente, reprimidos e invisibilizados pelo processo colonial.

Em seu texto *Psicologia e Povos Indígenas: narrativas decoloniais em uma perspectiva intercultural*, Geni discute como o colonialismo impôs uma visão eurocêntrica sobre as populações indígenas, desconsiderando suas práticas e crenças em relação ao gênero e à sexualidade. Ela destaca a importância de reconhecer as identidades de gênero que existem em muitas comunidades indígenas e que não se encaixam nas categorias binárias ocidentais. Núñez enfatiza que para compreender plenamente a diversidade sexual e de gênero entre os povos indígenas, é essencial adotar uma perspectiva que respeite as tradições e os valores dessas culturas, em vez de impor conceitos externos (NÚÑEZ, 2020).

O trabalho de Geni se alinha com outras pesquisas sobre o tema, como as de Berenice Bento e Maria Cristina Tavares, que também destacam a diversidade de expressões de gênero em sociedades indígenas. Bento (2008) argumenta que muitas comunidades indígenas têm uma compreensão fluida e flexível de gênero, o que desafia as concepções ocidentais. Ela exemplifica com o conceito de "dois-espíritos" em algumas culturas indígenas norte-americanas, que reconhecem pessoas que possuem tanto características femininas quanto masculinas, desempenhando papéis sociais específicos dentro de suas comunidades.

Além disso, a obra de Juliana Santana, em *Gênero, sexualidade e colonialismo: Desafios para a decolonização* (2017), complementa as reflexões de Núñez ao abordar como o colonialismo não apenas impôs uma nova ordem econômica e social, mas também moldou profundamente as concepções de corpo, gênero e sexualidade nas populações colonizadas. Santana sugere que a decolonização dessas concepções é fundamental para a valorização das

culturas indígenas e para a promoção de justiça social.

Portanto, a diversidade sexual e de gênero entre as populações indígenas deve ser entendida a partir de uma perspectiva que valorize as epistemologias indígenas e que critique as imposições coloniais. Como Geni Núñez e outros autores apontam, é necessário reavaliar as categorias e conceitos ocidentais para que se possa reconhecer e respeitar a riqueza das identidades e expressões de gênero que existem nas culturas indígenas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE JUNIOR, Durval Muniz de. *Nordestino a invenção do “falo” – uma história do gênero masculino (1920-1940)*. 2ª Edição. São Paulo: Intermeios, 2013.

ALMEIDA, Maria Regina Celestino de. *Os índios na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

ALMEIDA, Guilherme Silva de. Notas sobre a complexidade do Neoconservadorismo e seu impacto nas políticas sociais. *Florianópolis*, v. 23, n. 3, p. 720-731, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n3p720> Acesso em: 15 set. 2023.

ALMEIDA, Joanderson Gomes de. *Os Impactos do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) nas dinâmicas internas do Povo Pankararu em Pernambuco*. Dissertação de mestrado, UNB, p.1-83, 2022.

AMOROSO, Rosa Marta. *Mudança de Hábito. Catequese e educação para índios nos aldeamentos*. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol.13, p. , 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69091998000200006> Acesso em: 10/01/2022.

ARRUTI, José Maurício Paiva Andion. *O Reencantamento do Mundo. Trama Histórica e Arranjos Territoriais Pankararu*. Tese de Mestrado, UFRJ, 1996.

ATHIAS, Renato. *Sexualidade e Programas de Saúde entre os Pankararu*. In: Parry Scott, Renato Athias e Marion Teodósio de Quadros. *Saúde, Sexualidade e Famílias Urbanas, Rurais e Indígenas*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2007 .

ATHIAS, Renato, e SARAPÓ Pankararu. “As forças Encantadas: Dança, Festa e Ritual Entre Os Pankararu”. *GIS - Gesto, Imagem E Som – Revista USP*, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2525-3123.gis.2017.128971> Acesso em: 10 set. 2023.

BARDIN, Laurance. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATALHA, Valmir dos Santos. Os rituais Pankararu: memória e resistência. Tese de Doutorado, PUC/SP, 2017. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/19781> Acesso em: 10 set. 2023.

BENTO, Berenice. *A reinvenção do corpo: Sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

BERNARDES, Jefferson de Souza e MENEGON, Vera Sonia Minconff. Documentos de domínio público como produtos e autores sociais. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v.38, pp 11-15, jan/abr. 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/1919-Texto%20do%20artigo-5092-6982-10-20110525.pdf> Acesso em: 10 set. 2023.

BRANDÃO, Pedro. O novo constitucionalismo pluralista latino-americano. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde; 2002. 40p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 15 set. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena. Documento orientador sobre a gestão da atenção psicossocial nos DSEI. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Agente Indígena de Saúde e Agente Indígena de Saneamento : diretrizes e orientações para a qualificação. Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agente_indigena_saude_saneamento.pdf. Acesso em: 18 fev. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 304 de 09 de agosto de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 set. de 2020.

BRASIL. Lei Nº 9.836 de 23 de setembro de 1999. Brasília: Ministério da Saúde. 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm. Acesso em: 18 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Manual de Investigação/notificação de violências em povos indígenas. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Manual de Investigação/Notificação de Tentativas e Óbitos por Suicídio em Povos Indígenas. Brasília, 2019.

BRASIL. Saúde Indígena um Direito Constitucional. Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, Brasília: Ministério da Saúde. 2018.

BRANDÃO, Pedro. O novo Constitucionalismo pluralista latino-americano. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

CABRAL, Jeniffer Vitória de França Cabral; Yanna M. L.L. de A. PEDROSA e DINIZ, Priscila Ribeiro Jeronimo. O discurso queer em abordagem indígena anticolonial. Revista COR LGBTQIA+, Curitiba, v.1, n.3, p.264-274, 2022.

CALAZANS, Gabriela. et al. Necessidades de Saúde: demografia, panorama epidemiológico e barreiras de acesso. In: Saulo Vito Ciasca, Andrea Hercowitz e Ademar Lopes Júnior (org.). Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar, 1.ed – Santana de Parnaíba [SP]: Manole, p. 287- 308, 2021.

CALAZANS, Gabriela. et al. Políticas de saúde LGBTQIA+ no Sistema Único de Saúde e na saúde suplementar. In: Saulo Vito Ciasca, Andrea Hercowitz e Ademar Lopes Júnior (org.).

Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar, 1.ed – Santana de Parnaíba [SP]: Manole, p. 309-326, 2021.

CARDOSO, Michelle Rodrigues e FERRO, Luís Felipe. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2012, 32 (3), pp. 552-563. UFPR. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300003> Acesso em: 19 nov. 2023.

COSTA, Ângelo Brandelli e NARDI, Henrique Caetano. Homofobia e Preconceito contra Diversidade Sexual: Debate Conceitual. *Temas em Psicologia*, vol. 23, nº 3, p.715-726, 2015. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v23n3/v23n3a15.pdf> Acesso em: 10 jul. 2022.

DINIS, Nilson Fernandes. Homofobia e educação: quando a omissão também é signo de violência. *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n.39, p. 39-50, jun/abr, 2011. Editora UFPR. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-40602011000100004> Acesso em: 05 mar. 2024.

FERNANDES, Estevão Rafael. Ativismo Homossexual Indígena: Uma Análise Comparativa entre Brasil e América do Norte. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, vol. 58, nº 1, 2015, pp. 257 a 294. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/00115258201544>. Acesso em: 19 nov. 2023.

FERNANDES, Estevão Rafael. “Existe índio gay?”: a colonização das sexualidades indígenas no Brasil. 2.ed. – Curitiba: Brazil Publishing, 2019.

FERNANDES, Estevão Rafael. *Descolonizando sexualidades: enquadramentos coloniais e homossexualidade indígena no Brasil e nos Estados Unidos*. Editora UNB, 2020.

FERNANDES, Estevão Rafael. Quando o armário é na aldeia: colonialidade e normalização das sexualidades indígenas no Brasil. *SIMPÓSIO LIGUAGENS E IDENTIDADES DA/NA AMAZÔNIA SULOCIDENTAL*, 1, 2016, Acre. Anais [...]. Acre: UFAC, 2016. P.1-10.

FERNANDES, Maria Neyrian de Fátima, et al. Um breve histórico da Saúde Indígena no

Brasil. UFPE, 2010, p. 1951-1960. Disponível em: [file:///C:/Users/Ciente/Downloads/6387-11355-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Ciente/Downloads/6387-11355-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

FILHO, Kleber Prado, MARTINS, Simone. A subjetividade Como Objeto da(s) Psicologia(s). *Psicologia & Sociedade*, 19 (3), p.14-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300003> Acesso em: 02 fev. 2024.

FLICK, Ulrich. *Desenho da Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, Michel. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1972.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade 1: A vontade de saber*. 7ª ed – Rio de Janeiro/São Paulo, Editora Paz e Terra, 2018.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 21ª edição – Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005.

GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Luiza Garnelo e Ana Lúcia Pontes (org.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI, p. 18-58. Editora FIOCRUZ, 2012.

GONTIJO, Fabiano de S. e SCHAAN, Denise P. Sexualidade e Teoria Queer: apontamentos para a arqueologia e para a antropologias Brasileiras, *Revista de Arqueologia*, vol. 30, n.2, p.51-70, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.24885/sab.v20i2.544> Acesso em: 10 abr. 2024.

GONZALEZ, Lélia. A categoria político-cultural de amefricanidade. *Tempo Brasileiro*. Rio de Janeiro, n.º 92/93. (jan.jun.), p. 69-82.1988.

GOUVÊA, Luciana Ferrari e SOUZA, Leonardo Lemos de. Saúde e população LGBTQIA+: desafios e perspectivas da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. *Periódicos*, Salvador, n.16, v.3, p.23-42, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/peri.v3i16.33474> Acesso

em: 01 abr. 2024.

GRAZZIOTIN, Luciane Sgarbi; KLAUS, Viviane e PEREIRA, Ana Paula Marques. Pesquisa documental histórica e pesquisa bibliográfica: focos de estudo e percursos metodológicos. *Pró-posições*, Campinas, SP, v.33, p1-21, 2022. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8670505>. Acesso em 02 mar. 2024.

GREEN, James N. Forjando alianças e reconhecendo complexidades: as ideias e experiências pioneiras do Grupo Somos de São Paulo. In: James Green, Renan Quinalha, Marco Caetano. *História do Movimento LGBT no Brasil*. 1ª ed. São Paulo. Alameda, 2018, p. 63-78.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: SAGE Publications, 1989.

GUIMARÃES, R. de C. P., CAVADINHA, E. T., MENDONÇA, A. V. M., & SOUZA, M. F. (2017). Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 11(1), Pág. 121–139. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2327> Acesso em: 13 dez. 2022.

LOVO, Ariane Rayis. Caminhando Junto: produção de cura, corpos e “caminhos” a partir das rezadeiras Pankararu. Trabalho apresentado na 31ª Reunião Brasileira de Antropologia, Brasília/DF, 2018. Disponível em: file:///C:/Users/Cliente/Downloads/Paper%20RBA%20GT45%20LOVO_ArianeRayis.pdf Acesso em 19 nov. 2022.

MACRAE, Edward. Identidades homossexuais e movimentos sociais urbanos na Brasil da “Arbetura”. In: James Green, Renan Quinalha, Marco Caetano. *História do Movimento LGBT no Brasil*. 1ª ed. São Paulo. Alameda, 2018, p. 39-62.

MATIAS DOS SANTOS, Vivian. Notas Desobedientes: decolonialidade e a contribuição para a crítica feminista à ciência. *Psicologia e Sociedade* (impresso), v.30, p. 1/e200112-11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30200112> Acesso em: 10 jun. 2022.

MEDRADO, Benedito e SPINK, Mary Jane. Produção de Sentidos no Cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Mary Jane Spink. (Org.). Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 2a.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000, p. 41-61.

MEDRADO, Benedito. Das representações aos repertórios: Uma abordagem construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 10(1), p. 86-103.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Entrevistas e outros textos: compartilhando estratégias de análise qualitativa. In: Charles Elias Lang; Jefferson de Souza Bernardes; Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro; Susane Vasconcelos Zanotti. (Org.). Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas. 1ed. Maceió: EDUFAL, 2015, v. 1, p. 85-118.

MELO, Izabella Rodrigues, et al. O Direito à Saúde da População LGBT: Desafios Contemporâneos no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Psicologia e Saúde*, v.12, n.3, p. 63-67, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1047> Acesso em: 03 abr. 2023.

MELO, Ricardo Pimentel, et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, 19 (3): p. 26-32, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300005> Acesso em: 05 jan. 2024.

MEMMI, Albert. Retrato do colonizado precedido de retrato do colonizador. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2021.

MENEGON, Vera Mincoff. A Pesquisa como Prática Discursiva: superando os horrores metodológicos. In: Mary Jane Spink. (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. 2a.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000, p. 63-122.

MENEGON, Vera Mincoff. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: Mary Jane Spink. (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. 2a.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000, v. , p. 215-241.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.º.1, jan-mar. 2014, p.77-92. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 05 fev. 2024.

MOTT, Luiz. O imprescindível GGB, Grupo Gay da Bahia. In: In: James Green, Renan Quinalha, Marco Caetano. História do Movimento LGBT no Brasil. 1ª ed. São Paulo. Alameda, 2018, p. 211-225.

NEPE – Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre etnicidade da Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em: <https://www.ufpe.br/nepe/povos-indigenas/pankararu>. Acesso em 18 maio 2023.

NÚÑEZ, Geni. Perspectivas guarani sobre binarismos da colonização: caminhos para além das monoculturas. *Tempo e Argumento*, Florianópolis, v.15, n.40, e0101, dez. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5965/2175180315402023e0101> Acesso em: 12 mar. 2024.

NÚÑEZ, Geni. *Psicologia e Povos Indígenas: narrativas decoloniais em uma perspectiva intercultural*. São Paulo: Zouk, 2020.

NÚÑEZ, Geni. Descolonização do Pensamento Psicológico. CRP-SC-Plural-agosto. Disponível em: https://crpsc.org.br/public/images/boletins/crp-sc_plural-agosto%20Geni.pdf
Acesso em: 10 dez. 2023.

PANKARARU, Ivani Gomes. Valorizar o Saber Indígena. In: Ana Lúcia de Moura Pontes et al. (org.). *Vozes Indígenas na Saúde: trajetórias, memórias e protagonismo*. 1.ed. Belo Horizonte, MG: Piseagrama, p.187-203, 2022.

PANKARARU, Carmem. Somos Filhos da Terra. In: Ana Lúcia de Moura Pontes et al. (org.). *Vozes Indígenas na Saúde: trajetórias, memórias e protagonismo*. 1.ed. Belo Horizonte, MG: Piseagrama, p.139-165, 2022.

PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa

historiográfica. Cadernos de Pesquisa, n. 114, p. 179-195, novembro/2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/FGx3yzvz7XrHRvqQBWLzDNv/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 20 jan. 2024.

PONTES, Ana Lúcia de Moura; REGO, Sergio e GARNELO, Luiza. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10); 3199-3210, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.18292014> Acesso em: 10 nov. 2023.

QUINALHA, Renan. Uma ditadura hetero-militar: notas sobre a prática sexual do regime autoritário brasileiro. In: James Green, Renan Quinalha, Marco Caetano. *História do Movimento LGBT no Brasil*. 1ª ed. São Paulo. Alameda, 2018, p. 15-38.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos e GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. Ano I, Número I, p. 1-15, 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7255626/mod_resource/content/1/S%C3%81-SILVA%2C%20J.%20et%20al.%20%E2%80%9CPesquisa%20documental%20pistas%20te%C3%B3ricas%20e%20metodol%C3%B3gicas%E2%80%9D.%20Revista%20Brasileira%20de%20Hist%C3%B3ria%20%20Ci%C3%A2ncias%20Sociais%20Ano%201%20%281%29%201-15%2C%202009..pdf Acesso em: 20 mar. 2024.

SANTANA, Alef Diogo da Silva, et. al. Dificuldades no acesso aos serviços de saúde por lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros, *Rev enferm UFPE on line*. 2020; 13: e243211. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243211> Acesso em: 10 fev. 2024.

SANTANA, Juliana. *Gênero, sexualidade e colonialismo: Desafios para a decolonização*. Salvador: EDUFBA, 2017.

SANTOS, Boaventura de Souza. *O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul*. 1ª. ed; 2. Reimp. Belo Horizonte: Autêntica. 2021.

SILVA, Andréa Tenório Correia da; ROSA, Carlos Alberto Pessoa e GAGLIOTTI, Daniel Augusto Mori. LGBTQIA+fobia institucional na área da saúde. In: Saulo Vito Ciasca,

Andrea Hercowitz e Ademar Lopes Júnior (org.). Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar, 1.ed – Santana de Parnaíba [SP]: Manole, p. 328-347, 2021.

SILVA, Jéssica de Paula Bueno da; BOMFIM, Rainer e FRANCO, Alexandre Gustavo Melo. Decolonialidade e a Perspectiva LGBTI: a exclusão das sexualidades e gênero pelas construções hegemônicas. Revista da AGU, Brasília, v.20, p. 201-222, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25109/2525-328X.v.20.n.01.2021.2460> Acesso em: 13 mar. 2024.

SILVA, Paulo de Tássio Borges da. Notas sobre a Homossexualidade num “Regime de Índio”. Aceno, vol.3, N.5, p. 59-72, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/3877-Texto%20do%20Artigo-12585-1-10-20160912.pdf> Acesso em: 07 jul. 2023.

SILVA, Paulo de Tássio Borges da. Notas de uma trajetória de Pesquisa em sexualidades indígenas. In: Paulo de Tássio Borges da Silva. (org.) Sexualidades Indígenas. 1ª. ed. Salvador, BA: Devires, 2022.

SILVA, Paulo de Tássio Borges da. Há lugar para a homossexualidade num “Regime de Índio”? In: Anais do IV Congresso de Estudos sobre a Diversidade Sexual e de Gênero da ABEH. Salvador: UFBA, 2012.

SILVA, Márcio Douglas de Carvalho e. Entre o Desejo e o Pecado: Sodomia e Sexualidade no Grão-Pará (Séculos XVII e XVIII). Revista histórias, histórias, volume 6, número 12, p. 60-79, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/hh.v6i12.19269> Acesso em: 02 mai. 2024.

SPINK, Mary Jane e FREZZA, Rose Mary. Práticas Discursivas e Produção de Sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. Mary Jane Spink (org.). Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 2a.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2000, p. 17-39.

SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, v. 15, n. 2, p. 18–42, jul. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000200003> Acesso em: 03 set. 2023.

SPINK, Peter Kevin. Análise de Documentos de Domínio Público. In: Mary Jane Spink. (Org.). Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 2a.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000, v. , p. 123-151.

SPINK, Peter Kevin. O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 20, número especial, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/6Sc7z55mBgkxxHPjrDvJHXJ/?format=pdf&lang=pt>, acesso em: 26 dez. 2021.

TAVARES, Maria Cristina. "Diversidade sexual e de gênero em comunidades indígenas: Um olhar sobre o colonialismo e suas repercussões." *Revista Brasileira de Estudos Indígenas*, v. 10, n. 2, p. 200-215, 2019.

TERRA SEM PECADO. Direção: Marcelo Costa Krahô. Realização: Krahô filmes. 20min. TRAJETÓRIAS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE INDÍGENA. UNB, 2016. Disponível em: https://observaindigena.unb.br/wp-content/uploads/2016/06/HITORICO_DAS_CINCO_CNSI.pdf 18 set. 2023.

TRANSPASSADO. Direção: Otávio Kaxixó. Roteiro de campo: Otávio Kaxixó e Emanuel Kaawara. Brasil, 25min, 2003.

TREVISAN, João Silvério. Devassos no Paraíso: a homossexualidade no Brasil, da Colônia à atualidade. 4ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2018.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Metafísicas canibais: elementos para uma antropologia pós-estrutural. São Paulo, Cosac Naify, 2015.