



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE

LÍVIA ALBUQUERQUE DE MORAIS

PLANEJAMENTO FAMILIAR E POVOS INDÍGENAS: EXPERIÊNCIAS DE
LAQUEADURA ENTRE MULHERES PATAXÓ DE ALDEIA VELHA

Porto Seguro
2021

LÍVIA ALBUQUERQUE DE MORAIS

**PLANEJAMENTO FAMILIAR E POVOS INDÍGENAS: EXPERIÊNCIAS DE
LAQUEADURA ENTRE MULHERES PATAXÓ DE ALDEIA VELHA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação Estado e Sociedade do Centro de Formação em Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Sul da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Estado e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Pablo Antunha Barbosa

Porto Seguro
2021

Dados internacionais de catalogação na publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul da Bahia – Sistema de Bibliotecas

M828p Morais, Livia Albuquerque de, 1989 -
Planejamento familiar e povos indígenas: experiências de laqueadura entre
mulheres indígenas Pataxó de Aldeia Velha. / Livia Albuquerque de Moraes. – Porto
Seguro, 2022.

101 p.

Orientador: Pablo Antunha Barbosa

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia. Centro de
Formação em Ciências Humanas e Sociais. Programa de Pós-Graduação em Estado
e Sociedade. Campus Sosígenes Costa.

1. Planejamento Familiar (Indígenas). 2. Laqueadura (Procedimento Cirúrgico). 3.
Indígenas (Mulheres). 4. Indígenas (Etnia Pataxó). I. Barbosa, Pablo Antunha. II.
Título.

CDD: 304.66698

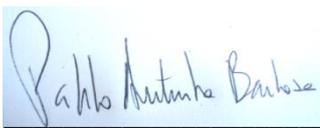
LÍVIA ALBUQUERQUE DE MORAIS

**PLANEJAMENTO FAMILIAR E POVOS INDÍGENAS: EXPERIÊNCIAS DE
LAQUEADURA ENTRE MULHERES PATAXÓ DE ALDEIA VELHA**

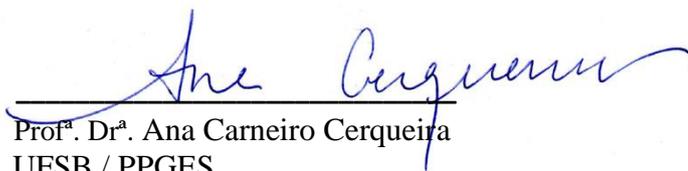
Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação Estado e Sociedade do Centro de Formação em Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Sul da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Estado e Sociedade

Aprovada em: Porto Seguro, 13 de agosto de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Pablo Antunha Barbosa - Orientador
UFSB / PPGES



Prof.ª Dr.ª Ana Carneiro Cerqueira
UFSB / PPGES



Jurema Machado de Andrade Souza
UFRB

AGRADECIMENTOS

A Gratidão é a memória do Coração (Antístenes)

Escrevo esse agradecimento com pitadas de revolta, já que não é possível se desvencilhar desse sentimento vivendo essa conjuntura crítica de saúde, somada a uma política desumana, corrupta e negligente. Escrever uma dissertação em uma pandemia, com isolamento social e o constante luto, foi muito doloroso!

Entretanto, minha pequena “aldeia” (com a licença do termo aos povos indígenas) tornou esse percurso mais fácil e amoroso! Sendo assim, agradeço os que vieram antes de mim e a quem já foi, em especial ao meu tio Ricardo: - Os ventos do Ceará chegam à Bahia em unísono ôôôlíviaaa! Obrigada tio pela sua existência, que fez tanta diferença na vida da minha família! Agradeço aos que estão comigo: minha mãe, por ser essa potência de mulher, alicerce e amor! Meu irmão Daniel, que traz para minha vida poesia e leveza. A minha irmã Luana que mesmo longe é parte de mim. Essa dissertação é fruto de um esforço coletivo dessa minha pequena “aldeia”.

Agradeço aos meus amigos de longa data Dartanhã e Mariana, as preciosidades que o mundo me deu! A Isis, Gustavo e Dani, serei sempre grata pela preocupação e cuidado! Essa dissertação é para vocês também!

Agradeço ao meu companheiro Pedro, pelo auxílio luxuoso e paciência.

Agradeço as amigas que a UFSB me trouxe: Cinthya obrigada por simplificar tudo; e Maria, obrigada por ser puro aconchego, carinho e práxis!

Agradeço ao meu orientador Pablo, por topar enfrentar essa empreitada comigo, obrigada pela paciência e generosidade!

Agradeço a professora Ana, apesar de minha admiração nunca ter sido muda, quero reafirmar: tenho você como inspiração.

Agradeço a professora Jurema, por ter aceitado participar da minha banca e ser a norteadora do meu desejo em pesquisar sobre as mulheres indígenas.

Agradeço aos profissionais de saúde, mesmo sobrecarregados se dispuseram a me ajudar em encontrar respostas sobre a saúde indígenas.

E finalmente, agradeço as Mulheres de Aldeia Velha! Meu coração se enche de alegria com vocês. Espero ansiosa tudo isso acabar e poder abraçá-las!

RESUMO

O trabalho tem como ponto de partida o caso de esterilização coletiva na Reserva Indígena Caramuru-Paraguaçu, Bahia. A partir desse caso, o trabalho se configura afim de compreender conceitos como direitos reprodutivos e planejamento familiar específicos aos povos indígenas, a pesquisa se debruça sobre a história da saúde indígena no Brasil, e os desdobramentos da Lei de Planejamento Familiar e sua regulamentação feita no ano de 1996. A pesquisa tem abordagem etnográfica, realizada na Terra Indígena Aldeia Velha, localizada no Arraial D'Ajuda, Distrito de Porto Seguro. Tem como objetivos entender as dificuldades que as Mulheres de Aldeia Velha encontram para fazer a cirurgia de laqueadura; compreender todo o percurso burocrático para as indígenas conseguirem a laqueadura tubária por meio da SESAI. Para tanto, busquei elencar esse percurso primeiro sobre a ótica das mulheres indígenas e segundo pela ótica dos profissionais da saúde. As conclusões da pesquisa perpassam, por questões relativas a pouca informação sobre o assunto de planejamento familiar indígena, assim como evidencia que as práticas de clientelismo, laqueaduras por troca de votos continuam sendo práticas comuns na região.

Palavras-chave: Planejamento Familiar (Indígena), Laqueadura (procedimento cirúrgico) Indígenas (Mulheres), Indígenas (Etnia Pataxó).

ABSTRACT

The work has as its starting point the case of collective sterilization in the Caramuru-Paraguaçu Indigenous Reserve, Bahia. From this configuration, in order to understand concepts such as family planning and specific to indigenous peoples, the research focuses on the history of indigenous health in the case, the consequences of the Family Planning Law and its modification made in 1996. The research has an ethnographic approach, held in the Aldeia Velha Indigenous Land, located in Arraial D'Ajuda, Porto Seguro District. Its objectives are to understand the difficulties that the Women of Aldeia Velha encounter to undergo tubal ligation surgery; understand the entire bureaucratic path for indigenous people to obtain tubal ligation through SESAI. To do so, I sought to list this journey from the perspective of indigenous women, first and second from the perspective of health professionals. The information on family planning from the research pervades, for issues related to indigenous planning, as well as the evidence that common clientelism practices continue to be practices in the common organization.

Keywords: Family Planning (Indigenous), Tubal ligation (surgical procedure), Indigenous (Women), Indigenous people (Pataxo ethnicity).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Matéria do Jornal O Globo	14
Figura 2 - Matéria Jornal O Globo	26
Figura 3 - Mapa da Aldeia Velha	30
Figura 4 - Encontro Nacional Mulher e Constituinte	41
Figura 5 - Encontro Nacional Mulher e Constituinte, 1985 (CNDM, 2020)	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Agentes Indígenas de Saúde

AMARN – Associação das Mulheres Indígenas do Alto Rio Negro

AMICE – Articulação de Mulheres Indígenas do Ceará

AMISM – Associação de Mulheres Indígenas Sateré Mawé

APOINME – Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste

ATL – Acampamento Terra Livre

BEMFAM - Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil

CASAI – Casa de Saúde Indígena

CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

CEE – Conselho Estadual de Educação

CFM – Conselho Federal de Medicina

CGDDI – Coordenação Geral de Defesa dos Direitos Indígenas

CIMI – Conselho Indigenista Missionário

CNDM – Conselho Nacional de Direitos das Mulheres

CNPI – Conselho Nacional de Política Indigenista

COMIP – Conselho de Mulheres Indígenas Potiguara

COSAI – Coordenação de Saúde do Índio

CPAIMC - Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

CPMI – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

CREMEB – Conselho Regional de Medicina da Bahia

DASI – Departamento de Atenção à Saúde Indígena

DGESI – Departamento de Gestão da Saúde Indígena

DGESI – Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena

DIU – Dispositivo Intrauterino

DMIAB/COIAB – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira

DMIRN/FOIRN – Departamento de Mulheres da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro

DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígena

EVS – Equipes Volantes de Saúde

FNSI – Fórum Nacional de Saúde Indígena

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

I CNPSI – I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio

IBDF – Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Florestal

II CNSPI - II Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio

IPFF – Federação Internacional de Planejamento Familiar

MEC - Ministério da Educação

MPF – Ministério Público Federal

MS – Ministério da Saúde

OGIK – Organização das Guerreiras Indígenas Kambiwa

OMIXUK – Organização das Mulheres Indígenas Xucuru Kariri

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PFL – Partido da Frente Liberal

PGR-SALVADOR – Procuradoria Geral da República em Salvador

PL – Partido Liberal

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PNMP – Parque Nacional de Monte Pascoal

SASI – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SPI – Serviço de Proteção ao Índio

SPILTN – Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCU – Tribunal de Contas da União

TI – Território Indígena

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UMIAB – União das Mulheres Indígenas da Amazônia Brasileira

UNI – União das Nações Indígenas

LEGENDA DE IDENTIFICAÇÃO DE FONTES EMPÍRICAS

c.c. - Trecho de conversa informal registrada em caderno de campo durante o trabalho de campo.

t.e. - Transcrição literal de entrevista

t.p. - Reconstrução a posteriori de uma conversa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 ROLAND LAVIGNE	13
1.2 ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES INDÍGENAS HOJE	17
1.3 PESQUISA DE CAMPO: A PANDEMIA DE COVID-19 E METODOLOGIA	20
1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	24
2 ALDEIA VELHA	25
2.1 ALDEIA VELHA: "NÃO CHAMOU ÍNDIO DE ALDEIA, CHAMOU ÍNDIO DA CIDADE"	30
3 PLANEJAMENTO FAMILIAR E OS POVOS INDÍGENAS	35
3.1 PERCURSO HISTÓRICO-LEGAL DA SAÚDE INDÍGENA	35
3.2 A LEI BRASILEIRA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR E AS MULHERES INDÍGENAS	42
3.2.1 Existe planejamento familiar em Comunidades Indígenas?	46
3.3 MOVIMENTO DE MULHERES INDÍGENAS	51
3.4 MOVIMENTO DAS MULHERES INDÍGENAS NO NORDESTE	55
4 O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PRÁTICA	60
4.1 O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PERSPECTIVA DAS MULHERES INDÍGENAS DA ALDEIA VELHA	60
4.2 O PLANEJAMENTO FAMILIAR INDÍGENA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	69
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	81
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁREA	95
ANEXO B – NOTA TÉCNICA FUNASA 028/2005	97
ANEXO C – PUBLICAÇÃO OLINDA MUNIZ TUPINAMBÁ (2005)	100

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa se deu como um desmembramento do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)¹, no qual, em um dos capítulos, pesquisei sobre as laqueaduras em massa que ocorreram no Brasil e em alguns países da América Latina na década de 1990. Entendo por laqueadura em massa, um projeto político no qual as cirurgias são feitas deliberadamente para controlar a natalidade de determinados grupos (na maioria das vezes subalternizados por marcadores sociais de raça, etnia, classe e gênero) com objetivos específicos, seja de controle populacional e/ou genocida. No mencionado trabalho, pontuo três desses casos: 1) o caso de laqueaduras em massa que aconteceu em 1990 na região sudeste do Brasil, no qual foram esterilizadas mulheres negras e pobres sem seu conhecimento e autorização, o caso que aconteceu no Peru em 1995, e um caso assustador em que os Estados Unidos financiou a esterilização em massa forçada de mulheres, pobres, analfabetas e indígenas com idade de 15 a 49 anos no governo do então presidente Fujimori. Foram esterilizadas nada menos do que 314.605 mulheres (O GLOBO, 2012). Por fim, pontuo também 3) o caso das laqueaduras que ocorreram na Reserva Indígena Caramuru-Paraguaçu, no qual o médico e deputado Roland Lavigne foi acusado de esterilizar uma aldeia inteira por troca de votos durante uma campanha eleitoral em 1994.

Todos os casos que menciono no TCC aconteceram no mesmo período histórico, isto é, nos anos 90. O caso da Reserva Indígena me chamou muita atenção, tanto que redigi um capítulo inteiro sobre ele no TCC. Quanto mais aprofundava na pesquisa, mais perplexidade sentia. Custava acreditar que em uma cidade perto de onde eu morava, Itabuna (BA), acontecia alguma coisa similar como o que ocorreu no Peru. Nesse sentido, é imprescindível abordar as diferenças conceituais de controle de natalidade e planejamento familiar, dada a importância desses pilares na distinção de eventos citados nesta dissertação, assim como a trajetória histórica indicada. Longe de serem ideologias compatíveis, em alguns momentos é difícil concluir a fronteira entre cada um.

Controle de natalidade compreende uma intervenção autoritária do Estado no controle populacional, tendo em vista questões econômicas, ou seja, instrumento de controle social. PACHECO (1981, p.21) caracteriza o controle de natalidade como uma manobra do imperialismo, a fim do controle em massa de populações de países em desenvolvimento. Esse

¹ MORAIS, L. A. de. **Reserva Caramuru-Paraguaçu: Da Esterilização Coletiva a Falsa Autonomia dos Corpos das Mulheres Indígenas**. TCC (Graduação Ciências Sociais) – Departamento de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus. 2018.

contexto é confirmado no Relatório Kissinger, elaborado pelo ex-secretário norte-americano Henry Kissinger, em 1974 visando atuar nos países ditos como “Terceiro Mundo” com o objetivo de controle populacional. O relatório foi enviado para 107 embaixadas americanas, inclusive no Brasil. O documento apontava sobre as políticas para se impedir o crescimento populacional onde os EUA têm interesses políticos e estratégicos especiais. Os instrumentos de utilização seriam entre eles anticoncepcionais orais, DIU’s e esterilização de homens e mulheres (SILVA, 1999, p.7). Em contraposição, o planejamento familiar se consolida na escolha livre do casal, e não se limita aos processos de regulação de fecundidade ou métodos contraceptivos, mas de um processo de observação pessoal do casal, que envolve todas as estruturas da vida como Estado, sociedade e a paternidade responsável (CASTANHO, 2014). Desse modo, a responsabilidade do Estado neste processo é a regulamentação do projeto de vida de cada casal, sem o viés antinatalista de cunho econômico, o qual, segundo, LEITE (2002, p.384) o planejamento familiar procura garantir a plenitude da vida, e não sua restrição.

O caso de esterilização coletiva que aconteceu na Reserva Caramuru-Paraguaçu ocorreu durante a campanha eleitoral de 1994. Quatro anos após os fatos, o médico e então candidato a deputado federal pelo Estado da Bahia, Roland Lavigne, foi acusado, por lideranças indígenas masculinas das aldeias Baheté e Caramuru, localizadas na reserva, de ter esterilizado 54 mulheres indígenas em troca de voto (SOUZA, 2007). Na ocasião, eles declararam à imprensa que a atitude do médico teve cunho genocida e racista que, se aproveitando de um contexto de vida difícil no qual se encontravam as mulheres da aldeia Baheté, o médico e candidato a deputado utilizou o argumento de uma melhora de vida a partir da laqueadura (CIMI, 1998). A denúncia se iniciou com um diagnóstico feito por Gerson Souza Melo Pataxó². À época, ele presidia o Conselho de Saúde Pataxó, que possui a responsabilidade de se posicionar sobre as ações e os serviços da atenção à saúde indígena frente às comunidades. Além de avaliar essas ações, os conselheiros eleitos integram e encaminham propostas para os conselhos distritais (BRASIL,2012). Ele afirma que só teve ideia da gravidade do fato após o diagnóstico das condições de saúde nas aldeias que passo a detalhar abaixo.

Tal gravidade, se dá pelo seguinte motivo: 100% das mulheres em idade reprodutiva da aldeia Baheté (com uma população de 10 famílias à época) foram esterilizadas (CIMI 1998, p. 2). As lideranças indígenas acreditavam que o médico realizou tais procedimentos a mando de fazendeiros da região. Segundo os líderes, devido aos conflitos de terras na região, existentes

² Durante a escrita deste texto, recebi com pesar a notícia do falecimento de Gerson Pataxó em decorrência daCovid-19. Uma grande liderança, que atuou diretamente na luta da saúde indígena da Reserva Caramuru-Paraguaçu.

há mais de três décadas, as esterilizações coletivas tinham como finalidade extinguir o povo Pataxó Hahahã, formado pelas etnias Baenã, Pataxó Hãhãhã, Kamacã, Tupinambá e Kariri-Sapuyá (SOUZA,2010). São essas etnias que formam as aldeias e população da Reserva Caramuru-Paraguaçu.

O caso teve uma grande repercussão na mídia local e nacional, inclusive foi denunciado à Organização das Nações Unidas (ONU), (RICARDO, 2000, p.732). Após sua veiculação na imprensa, os indígenas construíram uma notícia-crime encaminhada à Procuradoria Geral da República em Salvador (PGR-Salvador), em 1998. Nesse documento, eles expõem, entre outras informações, que as indígenas foram induzidas por pessoas ligadas à campanha do então candidato Roland Lavigne, e que as cirurgias foram realizadas sem nenhum exame médico prévio, bem como, pautava-se o documento, na acusação de genocídio desta etnia³ (CIMI, 1998, p. 2). É importante ressaltar que evidenciar essa acusação no início da dissertação é de grande relevância nessa pesquisa, uma vez que, explica em grande parte, o medo dos profissionais da saúde de fazerem laqueadura, e serem denunciados enquanto crime de genocídio. Aspecto que irei me debruçar ao longo desse texto, no âmbito da lei de Planejamento Familiar que permiti laqueaduras, desde quando respeitados os procedimentos legais.

1.1 ROLAND LAVIGNE

Roland Lavigne descende de uma família com influência na política sul baiana. Seu pai, conhecido como Zé Olavo, foi prefeito do município de Una entre 1974 e 1977. Sua mãe, Getúlia, foi vereadora da mesma cidade por dois mandatos, além de vice-prefeita e presidente da Câmara de Vereadores. Nascido em Una no ano de 1962, Rolando Lavigne formou-se em medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Teve sua carreira política iniciada no ano de 1987, quando foi eleito vereador no Município de Arataca pelo PMDB, tendo renunciado ao cargo, no mesmo ano, a fim de pleitear o cargo de vice-prefeito de Una, para o qual foi finalmente eleito. Nas eleições de 1990, candidatou-se a deputado estadual pelo PMDB, sendo eleito para a legislatura 1991-1995, razão pela qual renunciou ao mandato municipal no início de 1991. Meses após sua eleição, passou a compor a base de apoio do governador recém-eleito

³ Lei nº 2.889 de 01 de outubro de 1956, define e pune o crime de genocídio. Art. 1º Quem, com a intenção de destruir, no todo ou em parte, grupo nacional, étnico, racial ou religioso, como tal: a) matar membros do grupo; b) causar lesão grave à integridade física ou mental de membros do grupo; c) submeter intencionalmente o grupo a condições de existência capazes de ocasionar-lhe a destruição física total ou parcial; d) adotar medidas destinadas a impedir os nascimentos no seio do grupo; e) efetuar a transferência forçada de crianças do grupo para outro grupo;

Antônio Carlos Magalhães (conhecido como ACM), do Partido da Frente Liberal (PFL) (BAHIA, 2015). Nesse percurso, foi presidente da Comissão Especial para Elaboração das Leis Complementares à Constituição Estadual da Bahia no ano de 1992 e presidiu também a Comissão de Saúde e Saneamento (1993-1994). Foi membro titular das Comissões de Divisão Territorial (1991-1992), Saúde e Saneamento (1991-1992), Desenvolvimento Econômico e Turismo (1992) e Defesa ao Consumidor (1992; 1994), além de vice-líder do PL (1993), (BAHIA, 2015).

É importante ressaltar que o objetivo de elencar aqui o percurso político de Roland Lavigne, tem o propósito de ilustrar a coerção política exercida pelo médico, a fim de se entender os eventos que se seguem. Como já mencionei, a denúncia das esterilizações se deu na campanha eleitoral de 1994, sob a acusação de que o candidato a deputado federal pelo PL estaria usando hospitais e clínicas da família, nos Municípios de Una, Ilhéus e Camacã, para fins eleitoreiros. A denúncia embasava-se também sobre a realização de laqueaduras tanto em mulheres adultas quanto adolescentes nesses hospitais (BAHIA, 2015). Após as denúncias, o jornal o Globo fez uma matéria sobre como as campanhas de laqueadura entre mulheres indígenas, eram uma prática rotineira em época de campanha eleitoral, práticas conhecidas como “mutirões de laqueadura”, sem o conhecimento do marido, autorização da FUNAI e sem exames pré-operatórios (O Globo, 30.08.98, p.12). A seguir, vê-se a fotografia da matéria exibida pelo Jornal.

12-O PAÍS

O GLOBO

Domingo, 30 de agosto de 1998

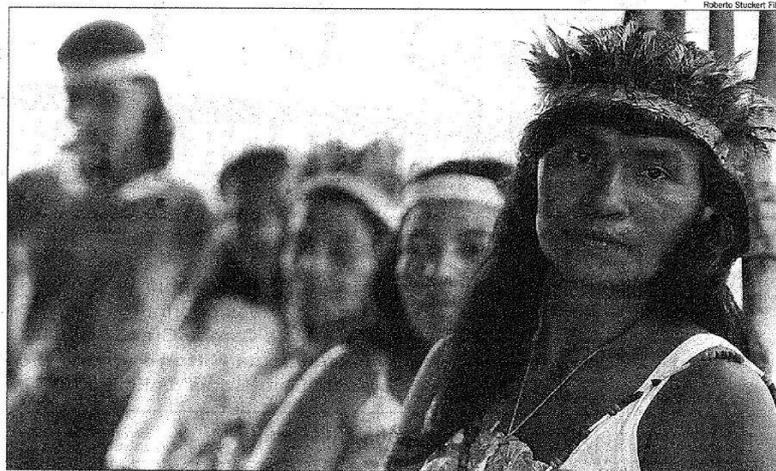
Esterilização de índias pode exterminar aldeia

Líderes pataxós acusam deputado de oferecer laqueadura de graça, sem autorização da Funai, na campanha de 94

Isabel de Paula

• ITAJU DO COLÔNIA (BA). Os 62 índios pataxós há-hi-hiê da aldeia Baheté — parentes de Galdirio Jesus dos Santos, queimado vivo em Brasília no ano passado — podem ser os últimos a contar a história de seu povo. Uma geração de pataxós foi esterilizada. Todas as mulheres em idade fértil da aldeia sofreram ligadura de trompas durante a campanha eleitoral de 94, sem autorização da Funai. A esterilização de índios no Sul da Bahia foi denunciada por líderes indígenas à ONU e à Funai, que já pediu ao Ministério Público a abertura de inquérito civil e criminal para apurar responsabilidades.

Na aldeia Baheté, não há sequer uma índia grávida nem têm nascido mais crianças. Esprechos entre a cidade de Itaju do Colônia, a 119 quilômetros de Ilhéus, e propriedades de grandes fazendeiros que se apoderaram de parte da reserva, os pataxós estão vendo sua nação minguar. A aldeia tem apenas 62 habitantes, sendo que as dez mulheres em idade reprodutiva não podem mais ter filhos. Como as cirurgias viraram uma prática rotineira em época de campanha eleitoral, os líderes indígenas temem que as jovens também entrem na onda de esterilização, levando a



MULHERES DA ALDEIA Baheté que não podem mais ter filhos, após laqueadura supostamente oferecida por candidato a deputado; pobreza e arrependimento

Roberto Stockert Filho

outro filho. Mais tarde veio o segundo bebê. O pai de Josilene, Jorge Francisco Filho, acha que as trompas da filha não foram ligadas de verdade. Na aldeia Caramaru, terra do índio Galdirio, outras dez índias também se submeteram à laqueadura tubária.

Se a Justiça confirmar a responsabilidade do deputado pela esterilização de mulheres, Lavigne poderá ser processado pelo crime de lesão corporal. Isto porque em 94 ainda não tinha sido aprovada a Lei de Planejamento Familiar, que permite a cirurgia em mulheres com mais de 25 anos, com dois filhos ou com capacidade civil plena. Até o ano passado, a laqueadura só era permitida por lei no caso de risco de vida da mulher.

Demarcação de terras estaria por trás de extermínio

As operações em índias complicam ainda mais a situação do deputado porque a comunidade indígena está sob a proteção da Funai, que deveria ter sido consultada, o que não ocorreu. O Código Eleitoral também considera crime, punível com até quatro anos de reclusão, a oferta de serviços para obtenção de votos.

— Se ficar caracterizada a conduta de esterilização de índias, o Ministério Público vai propor

Figura 1 - Matéria do Jornal O Globo 30 de ago.1998

Um mês depois, o mesmo jornal faz nova matéria e evidencia, desta vez, a denúncia das próprias mulheres indígenas que afirmavam terem sido coagidas pela FUNAI a não falarem sobre as esterilizações. Essa denúncia termina por agravar as violências sofridas por essas mulheres, já que não se limitava aos fazendeiros e políticos, uma vez que, os funcionários da FUNAI, também foram complacentes com o fato⁴. A denúncia ocorreu em Itabuna-BA durante o I Encontro de Mulheres Indígenas do Leste, organizado pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI). Sobre esse fato, e sobre a complacência de diversos atores locais, na ata da 174ª Reunião da 6ª Câmara⁵ de Coordenação e Revisão, datada do dia 06 de Maio de 1999, encontrei o seguinte registro:

Às 16:30, a Câmara recebeu delegação com 25 lideranças da Comunidade Indígena Pataxó HãHãHãe de diferentes aldeias, acompanhados pelo advogado do CIMI, Dr. Saulo Feitosa. Trouxeram à Câmara as seguintes questões: (...) Esterilização das índias nas aldeias de Bahaeté e Caramuru. O Cacique Gérson Pataxó noticiou que a FUNAI enviou à área equipe formada por um advogado, assessor do Presidente da FUNAI, um médico e um antropólogo. Afirmou que vem recebendo ameaças por parte do Deputado Roland Lavigne e da FUNAI. Relatou, ainda, que foi feita queixa contra ele na Polícia Federal pelo Dr. Reginaldo Quito de Souza, advogado do Deputado Roland Lavigne. (BRASIL, 1999, p,02-03).

Na reportagem do Jornal O Globo relata o caso da mulher indígena Josilene Jesus Filha, que fez a laqueadura mesmo sem exames pré-operatórios. Ela ficou com sequelas e mesmo assim engravidou duas vezes após o procedimento. As indígenas afirmaram que foram ameaçadas de perder as cestas básicas e a assistência médica que elas recebiam caso prosseguissem com as denúncias (O Globo, 30.09.98, p.10).

Mesmo coagidas, o caso seguiu para o Ministério Público. Em abril de 1999, foram ouvidas 12 indígenas e em julho do mesmo ano o Conselho de Ética do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB), puniu o médico Roland Lavigne com 30 dias de suspensão do registro profissional (AGÊNCIA ESTADO, 29/04/2002). Sobre a leveza da punição do médico, foi qualificada pelo secretário-geral do CREMEB como uma pena dura do ponto de vista moral, apesar de temporária (O GLOBO, 30.04.2002). Por outro lado, o mesmo veículo de informação aponta a surpresa do missionário do CIMI, Antônio Eduardo Cerqueira,

⁴ Em 1998 o então presidente a FUNAI Sullivan Silvestre, deu uma entrevista ao jornal O Globo, pontuando a ilegalidade das esterilizações feitas Roland Lavigne. Nessa entrevista ele afirma que os indígenas estão sob a tutela da FUNAI, e que seria preciso a autorização do órgão para a cirurgia. A autorização não seria necessária se fosse uma cirurgia de emergência (O GLOBO, 10.09.98).

⁵ A câmara temática populações indígenas e comunidades tradicionais trata especificamente dos temas relacionados aos grupos que têm em comum um modo de vida tradicional distinto da sociedade nacional majoritária, como, indígenas, quilombolas, comunidades extrativistas, comunidades ribeirinhas e ciganos (BRASIL, 2020).

que relatou: “Já nem esperávamos por uma punição, depois de tanto tempo. O próprio deputado dizia que as denúncias resultariam em nada, mas antes tarde do que nunca.” (*Ibidem*). Nessa mesma entrevista, o missionário apontou a morte de uma indígena, de nome Marilene, que morreu em decorrência da cirurgia de esterilização, quando na verdade deveria ter feito outro tipo de cirurgia⁶. Na sequência, apresento registro fotográfico da matéria citada.



Figura 2 - Matéria Jornal O Globo de 30 de novembro de 1998

É importante destacar o contexto legal das esterilizações antes da Constituição Federal de 1988, onde, às cirurgias de laqueadura (que consistem em um método contraceptivo irreversível realizado através da laqueadura tubária (LAGINHA, 2020) não eram uma prática proibida, porém, no que se refere à jurisprudência, eram qualificadas enquanto crime de lesão corporal: “perda ou inutilização do membro, sentido ou função”, com tipificação no artigo 129, parágrafo

⁶Apesar das denúncias e punições relacionado aos casos de esterilização em massa feito por troca de votos, e da repercussão do caso na época, Roland Lavigne mantém sua fama enquanto médico e influência na política do Sul da Bahia na atualidade. Isso se confirma, quando em 25 de janeiro deste ano, o deputado foi agraciado com o título de cidadão ilheense pela a Câmara de Vereadores de Ilhéus (Câmara Municipal de Ilhéus, 2021).

2º, do Código Penal Brasileiro de 1940 (BRASIL, 1940). Sobre o procedimento de laqueadura em si, de acordo com a literatura médica, o procedimento cirúrgico conhecido por laqueadura é um método de esterilização feminina, de duração curta (40 minutos), onde é realizado um corte e ou ligamento cirúrgicos das tubas uterinas, estas que fazem o caminho do ovário até o útero, impossibilitando a gravidez (SOUZA, 2013)

A esterilização voluntária só foi efetivamente proibida em 1984, pela Resolução nº 1.154 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Essa resolução definiu que podiam ser feitas apenas em casos específicos, mediante indicação médica e atestado assinado por dois médicos (Conselho Federal de Medicina, 1984). Em 1988, o Código de Ética Médica proibiu a realização da cirurgia em todas as hipóteses (BERQUÓ e CAVENAGHI, 2003, p. 441-453). No entanto, como observa-se a partir do caso de Roland Lavigne, e nos casos de esterilização em massa que ocorreram no Brasil nos anos 1990, esta proibição legal não inibiu a prática do procedimento, principalmente no setor privado.

1.2 ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES INDÍGENAS HOJE

Ao elaborar o último capítulo do meu TCC, dedicado ao planejamento familiar e aos povos indígenas, percebi que várias perguntas ainda ficavam sem respostas, tanto no que se refere à laqueadura de trompas nas mulheres indígenas quanto à prática de esterilização por troca de votos, os mutirões de laqueadura. Entretanto, antes de seguir, é importante fazer uma ressalva e pontuar que apesar deste trabalho se debruçar sobre laqueaduras em mulheres indígenas da Aldeia Velha, o contexto que expus sobre a Reserva Caramuru-Paraguaçu nada se assemelha com as realidades de hoje, que obtive durante minhas pesquisas. Utilizo o caso da Reserva apenas como um ponto de partida, um marco sobre a questão, que nos ajuda a refletir sobre persistências e transformações ao longo dessas duas últimas décadas. Claro que existem muitas similaridades. Porém, o “evento crítico”, como pontua SOUZA (2007, p.47), que ocorreu na Reserva Caramuru-Paraguaçu, é muito diferente do que podemos observar hoje.

Passados vinte anos desde o caso Roland Lavigne, faz-se necessário aprofundar a investigação sobre o tema da esterilização junto a estas mulheres. Dessa forma, coloco como problema de pesquisa o seguinte questionamento: Como ocorre, atualmente e na prática, a esterilização das mulheres indígenas Pataxó, especialmente as residentes de Aldeia Velha?

Tentarei, ao longo desta dissertação, mostrar como a questão das laqueaduras em mulheres indígenas se transformou ao longo desses 20 anos. Entretanto, é importante destacar que na busca por material bibliográfico sobre Planejamento Familiar e povos indígenas, percebi

que são raras as publicações sobre as quais eu poderia me debruçar, principalmente no que se refere a um dos eixos principais dessa pesquisa, isto é, sobre como se dá o percurso burocrático para realização das cirurgias de laqueadura. Apesar da escassez de estudos, a dissertação da antropóloga Jurema Machado de Andrade Souza, defendida pela Universidade Federal da Bahia, em 2007, intitulada *Trajetórias Femininas Indígenas: Gênero, Memória, Identidade e Reprodução*, funcionou como uma bússola para essa pesquisa. Foi com a dissertação de SOUZA (2007) que pude entender sobre como é complexa a relação entre as questões de gênero e etnia, além de perceber como certos “eventos críticos” (SOUZA, 2007) transformam permanentemente a estrutura política e social de uma comunidade.

Evidencio aqui, que o planejamento familiar é um tema muito amplo, cheio de ramificações, matizes, que envolve vários elementos e que muda de eixo de acordo com as trajetórias sociais, históricas, econômicas, culturais, de cada comunidade a ser estudada. No que tange aos povos indígenas, no marco da discussão sobre o planejamento familiar, é importante destacar a complexidade da temática, cujas variáveis que circundam a problemática podem mudar a todo instante, de acordo com a diversidade indígena no Brasil e conforme as históricas relações de poder entre o Estado brasileiro e os povos indígenas. SILVA (2014, p.14), por exemplo, relaciona a saúde reprodutiva à fecundidade, sendo a primeira associada à “contracepção, gestações, partos, abortos e entre outros eventos, bem como aos cuidados correspondentes a esses, caracterizando assim as práticas reprodutivas próprias de determinada cultura ou povo” (SILVA, 2014, p.14). Por outro lado, para o mesmo autor, a questão da fecundidade está diretamente ligada a “questões macroestruturais, culturais e pessoais” (SILVA, 2014, p.14). Dessa forma é necessário destacar que as particularidades de cada comunidade com suas questões sociais e culturais devem ser priorizadas para se pensar sobre a saúde reprodutiva e planejamento familiar.

Foi conferido o conceito de saúde reprodutiva na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo, realizada no ano de 1994:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo (ONU, 1995).

Partindo desse princípio, alguns autores refletem sobre a saúde indígena de forma abrangente. Para AZEVEDO (2009, p.464) não é possível entender o contexto da saúde indígena sem levar em conta as questões socioculturais e ambientais, já que a saúde reprodutiva

das mulheres indígenas está diretamente ligada a essas conjunturas. Completando essa compreensão PAGLIARO; MENDONÇA; BARUZZI (2009, p.2) evidenciam que a saúde reprodutiva dos povos é construída pelos diversos tipos de contracepção, nem sempre limitada a métodos da medicina convencional. Podendo ainda serem utilizados métodos pautados nos conhecimentos tradicionais, transmitidos por gerações.

Compreendendo essas diversas composições, SILVA (2014, p.20) destaca que "diante de tantas mudanças socioculturais, econômicas e ambientais que perpassam as sociedades indígenas do Brasil, outros fatores, como os educacionais, e da dificuldade de acesso, contribuem para ampliar a complexidade da saúde reprodutiva entre populações indígenas." (SILVA, 2014, p.20). Assim, COIMBRA JÚNIOR E GARNELO (2004, p.153) destacam as mudanças nos contextos reprodutivos dos povos indígenas, nos quais essas mudanças são baseadas em fatores externos. Esse cenário é confirmado através de entrevista feita por SOUZA (2007, p. 95) com uma indígena Pataxó Hahahãe, na qual ela evidencia o fator principal para não querer ter filhos: "Hoje, a gente não pode porque não tem a terra toda e nem um palmo de agricultura para sobrevivência do nosso povo, dos nossos filhos" (SOUZA, 2007, p. 95). Esses fatores também se relacionam com a mudança de vida dessas mulheres, já que grande parte delas, não se limita aos trabalhos domésticos. Nesse contexto e tantos outros aqui expostos, vemos o quanto essas mulheres são sobrecarregadas: trabalho, casa, marido e filhos. Nesse sentido se faz necessária uma discussão sobre a questão de gênero. Tentarei diluí-la no corpo do texto.

Sobre gênero SAFIOTTI (1992, p.183) esclarece que a construção dos gêneros se dá através da dinâmica das relações sociais, ou seja, nós construímos de acordo com a relação com o outro. E essa formação se dá de maneira muito profunda que vai além do corpo, como as emoções e o intelecto. É nesse sentido que se constrói padrões de masculinidade e feminilidade de acordo com a cultura que o indivíduo está inserido. SCOTT (1995, p.72) corrobora SAFIOTTI (1992, p.183) construindo o argumento de que o gênero opera "simultaneamente" para reproduzir as estruturas socioeconômicas e as estruturas de dominação masculina de uma ordem social particular" (SAFIOTTI, 1995, p. 79).

Quando se pensa em comunidades indígenas esses padrões também são construídos de maneira hierárquica no qual o espaço da mulher está atrelado ao espaço privado/doméstico e o espaço masculino está ligado ao espaço público. Essas questões apontadas pelas autoras, foram evidenciadas na pesquisa em Aldeia Velha, ao perceber que grande parte das mulheres entrevistadas são lideranças, estudam e a maioria trabalha fora da aldeia. Por exemplo, em uma conversa com Marta Pataxó em 17/06/2019, ela contou que depois do terceiro filho, tudo ficou

muito difícil. Era difícil cuidar das crianças pequenas e trabalhar. Nesse sentido, fazer a laqueadura proporcionou-lhe a liberdade de poder trabalhar e ganhar seu próprio dinheiro. Essa questão financeira permeia a vida de outras Mulheres Pataxós e está intrinsecamente ligada à escolha do número de filhos. É o caso ainda, de Cristina Pataxó entrevistada em 08/03/2020, que em sua narrativa menciona não desejar ter mais filhos, porque o dinheiro não daria para sustentar uma família maior. É importante entender que o trabalho e a maternidade não estão dissociados nesse contexto, já que é uma preocupação diária que os filhos tenham uma vida melhor, e isso está diretamente ligado ao próprio trabalho delas.

Ainda no que se relaciona às comunidades indígenas, é possível observar um contexto de vulnerabilidade na esfera da saúde sexual e reprodutiva com inadequadas políticas de planejamento familiar, somando-se a falta de informação, o machismo vivenciado por essas mulheres e o fantasma do poder tutelar. Por isso, para não me perder nesse mundo amplo do planejamento familiar, decidi fazer um recorte na pesquisa e me atentarei a apenas alguns elementos, como a questão da relação entre laqueadura e troca de votos, o percurso burocrático para conseguir “se ligar”, e as dificuldades que as mulheres indígenas enfrentam antes e depois da cirurgia. Para conseguir trazer alguns elementos de reflexão sobre esses pontos, me centrei na ótica dos profissionais de saúde e das mulheres indígenas.

1.3 PESQUISA DE CAMPO: A PANDEMIA DE COVID-19 E METODOLOGIA

Nesse sentido, realizei uma pesquisa etnográfica, baseando-me também na consulta crítica de documentos e normativas legais. Essa dupla entrada visa refletir sobre a questão da laqueadura tanto pela ótica das próprias mulheres indígenas quanto de pessoas ligadas aos órgãos de saúde e da saúde indígena. Sobre o fazer etnográfico durante a Pandemia de Covid-19 é importante ressaltar o aumento dos esforços que antes não estavam planejados. Em meados de janeiro de 2020, era noticiado ao mundo o surgimento de um novo vírus em Wuhan, capital da província de Hubei, na China. No final de janeiro, constatou-se que a nova doença era provocada pelo novo coronavírus (SARS-COV-2) e teve, como nome oficial *Corona vírus disease* ou popularmente, Covid-19. Devido ao aumento da curva de casos de contágio e vítimas fatais, várias medidas de restrições de convívio social foram tomadas pelos governantes em todo o mundo (SEGATA, 2020). A exemplo de *lockdown*⁷, distanciamento e isolamento social,

⁷Termo inglês bastante adotado neste período, que significa restringir a circulação da população em lugares públicos, permitindo apenas, e de forma limitada, para questões essenciais, como ir a farmácias, supermercados ou hospitais (DASA, 2021).

cujos decretos municipais e governamentais buscaram instalar controle sobre as reuniões humanas de diferentes naturezas. A partir de março de 2020, nosso País, e em especial a Bahia, adotou estes Decretos. E a FUNAI lançou a Portaria nº41913, impedindo a entrada de qualquer pessoa que não oferecesse serviço essencial às comunidades indígenas.

Esta situação sanitária, em pleno período de coleta de dados, fez-se necessário reinventar formas e caminhos de ir a campo, sem, contudo, perder a qualidade proposta para o trabalho. Acredito que seja esse também o papel do pesquisador, se adaptar ao que seu momento histórico impõe, o que ressignifica nossa atuação e alcança novas formas do fazer etnográfico. Assim, prosseguiu-se com a investigação, com a realização de algumas entrevistas feitas por meios virtuais, utilizando plataformas como a *ZOOM*⁸, e aplicativos como o *Whatsapp*. Logo, a pesquisa tem como objetivo principal, entender os motivos que orientam a vontade de mulheres indígenas de fazerem a laqueadura, além de, outros específicos, como investigar quais são as dificuldades e obstáculos, práticos e simbólicos, que permeiam a busca pela cirurgia. Também procuro me aprofundar na relação de políticos com os chamados “mutirões de laqueadura” por troca de voto, uma prática bem comum na região. Por último, procuro compreender ainda, como todas essas questões supracitadas influenciam no planejamento familiar de cada mulher que entrevistei.

É importante ressaltar, que o planejamento familiar está longe de ser simplesmente a não concepção, ele é um direito de qualquer cidadão, envolvendo a família e a comunidade como um todo, já que para além de métodos contraceptivos (como camisinha, DIU⁹, anticoncepcional), o planejamento familiar está relacionado ao bem-estar das crianças e do casal, com a melhor escolha dos métodos de contracepção a fim de melhor estruturar o crescimento familiar. Foi diante dessa imensidão que corresponde ao Planejamento Familiar, que decidi focar apenas na questão das laqueaduras, que é uma, de tantas dimensões do Planejamento Familiar. Nessa direção, procuro mostrar que o planejamento familiar não é uma experiência homogênea e que para abordá-lo, em toda sua complexidade, temos que tentar adentrar por questões delicadas, que abrangem relações de poder, tutela, machismo, tabu, violência, sonhos, etc., no entanto, nesse campo amplo, o que se destaca também é a força dessas mulheres em busca de maior liberdade e autonomia num mundo marcado por machismo, tutela e moralismo. Ou seja, para delinear essas questões do planejamento familiar, do ponto de

⁸ O *Zoom Meetings* é uma plataforma de videoconferências robusta que possui diversas funcionalidades, como compartilhamento de tela, gravação de webinars, acesso via telefone e upload de reuniões na nuvem (PASCHOALETTI, 2020).

⁹ DIU significa: Dispositivo Intra Uterino.

vista metodológico, explorarei as trajetórias de algumas Mulheres Pataxó que vivem na Terra Indígena Aldeia Velha, localizada no distrito de Arraial d’Ajuda, Município de Porto Seguro, Região conhecida como Extremo Sul da Bahia.

Inicialmente, meu projeto visava coletar dados em quatro Aldeias Pataxó de Porto Seguro. No entanto, no decorrer da pesquisa e durante o processo de amadurecimento do projeto, pude perceber que pesquisa etnográfica, de tal modo, se mostrava bastante desafiadora devido ao tempo necessário para aprofundamento das questões nestas quatro localidades somado às limitações financeiras. Neste sentido, mudei o escopo da proposta inicial e procurei visitar algumas aldeias, visando explicar meu projeto de pesquisa e observar a aceitação do tema em cada comunidade.

Por se tratar de uma temática delicada, por seu caráter íntimo e privado, que envolve sexualidade e família, desde o início, sempre tive muito receio do tema não ser abraçado pelas mulheres. Mas isso era uma ideia minha, pois assim que cheguei à primeira comunidade indígena, Aldeia Velha, percebi que esse receio era muito mais meu do que das mulheres da aldeia. Desde o primeiro momento, elas quiseram conversar sobre a temática. Sempre tinham muito o que revelar. De fato, os recortes e redefinições, que fiz ao longo do mestrado, em grande parte foram possíveis graças às percepções dessas mulheres sobre a temática, que envolve, suas próprias famílias, suas próprias sexualidades. Cabe pontuar sobre a necessidade de se preservar a identidade dessas mulheres indígenas, nesse sentido, os nomes são fictícios. Por outro lado, mencionar que as mulheres não têm receio de conversar sobre o tema, não significa dizer que se trata de uma temática que não envolva tabus e diversas formas de violência (simbólica, de gênero, étnicas, de estado, etc.) sobre as quais eu tentei me debruçar ao longo da pesquisa. De qualquer forma, as mulheres abraçaram e acolheram o tema com tranquilidade surpreendente. Pude perceber, já na primeira ida à Aldeia, que as mulheres tinham necessidade de contar suas histórias e principalmente dividir as dificuldades das vivências em relação à criação dos filhos e a relação com marido, a família e a comunidade. Diante desse entusiasmo das mulheres, uma nova realidade se revelou e a cada vez que eu falava com uma, essa me indicava mais três que gostariam de conversar comigo. Por ter sido tão bem acolhida, acabei optando por realizar a pesquisa, sobretudo na Aldeia Velha. No entanto, essa conjuntura mudou com a pandemia, quando em 17/03/20 ocorreu o primeiro caso de Covid-19 na Aldeia Velha. Logo após esse registro, a Aldeia Velha fechou para o ingresso de não residentes. Foi nesse período que tive que dar uma pausa na pesquisa de campo presencial e reinventar novas formas de seguir realizando a investigação. Já que, inicialmente as mulheres estavam dispostas a falar, narrar suas histórias, quando o isolamento social se impôs, elas estranharam inicialmente a conversa

por meios virtuais, mostrando-se tímidas e receosas, uma vez que, consideram estes meios como não costumeiros, para falar de temáticas tão íntimas. Insisti algumas vezes no encontro com as mulheres, entretanto não obtive respostas imediatas por meio do *whatsapp*.

Com a abertura da comunidade, fui algumas vezes até a Aldeia, mas não encontrei ninguém disponível. Cristina Pataxó, uma das entrevistadas, tinha-me alertado sobre essa sobrecarga das mulheres na aldeia, principalmente pelos filhos não estarem na escola. Com a restrição de circulação e tantas dificuldades impostas pela pandemia, as escolas fecharam as portas e a responsabilidade por acompanhar os filhos e orientá-los, alimentá-los, assim como as tarefas domésticas, ficou sob responsabilidade das mulheres. A jornada feminina, a partir de então, tornou-se tripla. Cristina falou um pouco como está sendo para ela:

Olha, te falar que tá muito difícil. Os meninos tão com tarefa pra casa, só a minha mais velha, aquela que você disse que é a minha cara tá com aula online. Mas tão tudo “atribulado” dentro de casa. É uma briga, tem que mandar fazer as coisas...Eu não consigo fazer as coisas direito, é muita coisa. Ainda bem que a minha mais velha tá aqui, ela que me ajuda com minha mãe e com os meninos. Ô meu deus, isso passa logo! (CRISTINA PATAXÓ, 23/05/2021, via *Whatsapp*).

Os casos de covid-19 em Porto Seguro se mantiveram crescentes e Aldeia Velha fechou algumas vezes pelo aumento do número de casos. Fechar a aldeia foi um dos mecanismos encontrados pelas as lideranças para coibir a entrada de pessoas que não vivem na comunidade e como consequência diminuir o fluxo de transmissão do vírus. A partir de então, a coleta dos dados foi realizada por meio de conversas informais. É importante pontuar minha preocupação em pedir para gravar as conversas, já que o assunto era da esfera íntima, tinha muito receio em pedir, principalmente quando se tratava do primeiro contato. Pontuo que esse receio em gravar as conversas só aconteceu com as mulheres indígenas. Com os profissionais de saúde não tive nenhuma preocupação sobre isso, principalmente pelo o acesso a informação estar ligada a transparência, um dos pilares da administração pública.

As entrevistas por mim realizadas, seguiram roteiros de perguntas semiestruturados, e se constituem como a principal origem das informações que fundamentam essa pesquisa, ao lado das fontes documentais, e em menor grau, a literatura existente. Para compreensão da realidade pesquisada, entrevistei 03 mulheres indígenas e 04 profissionais da área de saúde, pertencentes às instituições Municipais de Saúde. A importância de entrevistar tais atores institucionais se dá, graças ao conhecimento que possuem sobre o processo de laqueadura e os trâmites necessários no âmbito institucional local e também, devido a relação direta que possuem diante das ações ligadas a Saúde Indígena de forma contínua. Considerei ainda, o uso dos roteiros semiestruturados como importante instrumento da coleta de dados por possibilitar um nível

mais amplo de profundidade das percepções dos entrevistados. Algumas perguntas se constituíram como norteadoras, entretanto, uma vez que uma pergunta era lançada, oportunizava aos interlocutores narrar suas percepções, visões e interpretações sobre as vivências ligadas a temática de forma a mais abrangente possível, sem a rigidez de permanecer preso a pergunta lançada.

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A dissertação está organizada em quatro capítulos, além das considerações finais. O Capítulo I, que é este que agora se escreve, introduz a pesquisa, traz a indagação que gera todo o Estudo, além dos seus objetivos, bem com, apresento ao leitor o fio condutor da pesquisa. O Capítulo II se debruça sobre a história do Povo Pataxó, seu histórico de lutas e alguns eventos importantes que definiram novas configurações de relações sociais e familiares como o Fogo de 51. A história dos Pataxó se desmembra para a própria narrativa histórica de Aldeia Velha. No intuito de trazer maior clareza ao leitor sobre o local de pesquisa, evidencio o histórico da retomada da Aldeia Velha assim como suas características específicas enquanto comunidade indígena. Para tanto usei trabalhos do historiador baiano Francisco Cancela (2012) e do antropólogo Hugo Pedreira (2013).

No capítulo III, abordo a temática do planejamento familiar e os povos indígenas. Com o intuito de me aprofundar no tema, faço uma passagem sobre a história da saúde indígena, com objetivo de compreender como se chegou ao atual órgão de saúde indigenista. No mesmo capítulo, procuro trazer um pouco da história do planejamento familiar no contexto do Estado brasileiro e mostrar a força do movimento de mulheres atuando na luta pela a garantia dos direitos reprodutivos. Ainda no mesmo capítulo evidencio a complexidade do planejamento familiar em comunidades indígenas. Para isso, trago para a discussão a Nota Técnica 028/2005 lançada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), onde evidencia que os programas de planejamento familiar em comunidades indígenas devem ser pautados em melhorias na qualidade de vida, respeitando as especificidades étnica e cultural de cada povo. Essa nota é um dos únicos documentos que encontrei até agora que regulamenta o planejamento familiar em contexto indígena. Entre outras coisas, ela permite pontuar a importância do movimento de mulheres indígenas, que representou um alicerce principal na construção dessa Nota Técnica.

No IV e último capítulo, construo uma discussão entre as falas das mulheres de Aldeia Velha na busca pela cirurgia de laqueadura, e as falas dos profissionais de saúde sobre o percurso burocrático que as Mulheres Pataxó enfrentam a fim de pleitear a laqueadura tubária.

Nesse sentido, organizo as falas separadamente para trazer, na sequência, uma discussão ampliada sobre as narrativas de cada grupo. Na sequência, expus as considerações finais do Estudo e reflexões sobre a importância de um planejamento familiar que respeite os povos indígenas em todas as suas especificidades, portanto, sintetizo os resultados e discussões realizadas ao longo dos capítulos anteriores e busco completar respostas ao problema de pesquisa colocado, a partir das análises realizadas.

2 ALDEIA VELHA

Em um lugar encantado chamado Juacema surgiu um grande guerreiro “Txôpai” (o criador). Em um dia ensolarado, Txôpai provocou um grande temporal na Juacema, onde se formou um imenso buraco. Cada pingo de água que caía no buraco se misturava ao barro dando formas a guerreiros belos e fortes. Os índios saíram do buraco e começaram a povoar e habitar aquela terra sagrada. Era o povo Pataxó. Txôpai, o Deus guerreiro que desceu à terra, ensinou seu povo a sobreviver caçando, pescando, plantando e colhendo. Ensinou a época para cada atividade de acordo com as diferentes fases da lua. Na época da lua cheia, todos sabiam que no litoral era tempo de fartura de peixe e outros frutos do mar. O povo Pataxó aprenderam a viver em harmonia e comunhão com a natureza. (Narrativa do mito de criação Pataxó, na versão de Cristiane Oliveira Pataxó a partir dos relatos do(a)s Pataxó, Jonga, Jovita e Baiara. (PEREIRA, 2013, p. 28).

Para se entender melhor a Comunidade de Aldeia Velha é necessário se debruçar sobre a história dos Pataxó na Bahia. O grupo étnico que se intitula Pataxó tem uma particularidade, de suas inúmeras comunidades, todas vieram basicamente de uma mesma aldeia: Barra Velha, conhecida justamente por esse motivo pelos Pataxó como a “Aldeia mãe”. CANCELA (2020, p.38) evidencia que a presença dos Pataxó no entorno do Monte Pascoal, acidente geográfico localizado em pleno centro do território de Barra velha, não está registrada apenas na memória dos anciões indígenas, mas também nos documentos históricos produzidos por colonos, religiosos e autoridades políticas nos períodos colonial e imperial. Esse material mostra que a região já era tradicionalmente ocupada pelos Pataxó e outros grupos indígenas também pertencentes ao tronco linguístico Macro-Jê¹⁰.

Após severas denúncias dos moradores da Vila do Prado, sobre indígenas selvagens pelas redondezas, em 1861 o presidente provincial, Antônio da Costa Pinto, declarou na Assembleia baiana a necessidade da criação de um aldeamento para os povos indígenas daquela região,

¹⁰ De acordo com URBAN (2002, p. 90), o tronco linguístico macro-jê envolve línguas cuja separação teria se dado há cerca de cinco ou seis mil anos. “Kamakã, Maxacali, Botocudo, Pataxó, Puri, Kariri, Ofaié, Jeikó, Rikbaktsá, Guató e, possivelmente, Bororo e Fulniô” seriam seus representantes. O autor também destaca que a concentração histórica destas línguas na parte leste do Brasil indica sua possível zona de origem.

aldeamento que seria dominada sobretudo pela presença de uma maioria de indivíduos Pataxó (CANCELA, 2012). É importante destacar que a criação desse aldeamento não foi um evento particular que ocorreu apenas aqui no Sul da Bahia. Após a promulgação do decreto n. 426 de junho de 1845, mas conhecido na historiografia do Indigenismo brasileiro como “Regulamento acerca das missões de catequese e civilização”, inúmeros desses aldeamentos indígenas foram erguidos de norte a sul do Império brasileiro.

Vale ressaltar também, que a promulgação do decreto de 1845 é muito próximo, do ponto de vista cronológico, de duas outras leis do Império que tiveram, e ainda têm, consequências importantes. São elas a Lei de Terras e a Lei Eusébio de Queiroz, ambas de 1850, que visavam regulamentar a questão fundiária e a repressão do tráfico de africanos (CUNHA, 1992). Em outras palavras, essas leis buscavam enfrentar a questão da propriedade privada e da mão de obra. De alguma forma, o decreto de 1845 deve ser compreendido nesse contexto: Reservar os indígenas em aldeamentos possibilitava, em um só movimento, abrir terras devolutas à particulares e juntar indivíduos em um só espaço para o trabalho nas fazendas particulares ou para o trabalho nas obras de Estado, construção de caminhos, por exemplo.

É nesse contexto que temos que pensar o projeto de criação do novo aldeamento, pensado por Antônio da Costa Pinto, presidente da província da Bahia, no que hoje é o território de Barra Velha. Seu principal objetivo era liberar as terras que ficassem fora dos limites do aldeamento para o plantio de mandioca, cacau, extração de madeira, criação de gado e ainda agregar os vários grupos indígenas que se espalhavam pela comarca de Porto Seguro, no qual em sua maioria estavam os Pataxó, que formavam o principal grupo que ocupava o entorno do Monte Pascoal (CANCELA, 2012). Para assegurar a “civilização” dos indígenas, o governo imperial enviava missionários capuchinhos para a missão de catequizar “os selvagens”. De fato, depois das reformas pombalinas da segunda metade do século XVIII, entre elas a expulsão dos jesuítas do Brasil, uma das inovações do decreto de 1845 foi o de dar novamente à Igreja um espaço de destaque no trabalho com os indígenas.

Se aproveitando da criação do novo aldeamento, os proprietários de terra da região intensificaram o movimento de expulsão dos indígenas de outras vilas: de Alcobaça, Viçosa, Belmonte, Porto Alegre e Trancoso, exigindo às autoridades que os povos indígenas que viviam ali fossem transferidos e remanejados para o aldeamento recém-criado. Entre as etnias forçadas a sair das vilas, estavam os Tupiniquim, Menian, Maxacali e Botocudo (CANCELA, 2012). É possível imaginar a difícil conjuntura de se viver com etnias que pouco se assemelhavam tanto no modo de vida como na cultura.

A criação de Barra Velha é resultado de deliberações da sociedade regional e corresponde a satisfação de necessidades dos colonizadores, como se verem livres de ameaça física, abrir possibilidades produtivas - o que acarreta, necessariamente para época, o desmatamento da Mata Atlântica – ou planejar a conservação para o futuro político da colônia (ASSIS, 2004, p.20).

O novo aldeamento, localizado perto da barra do rio Corumbau, recebeu o nome de Bom Jardim. Segundo CANCELA (2012, p.37) esse nome teria sido dado pelos padres capuchinhos pelo encantamento com os jardins de jasmim no entorno do aldeamento. Depois de algum tempo ocorreu a mudança da barra do rio Corumbau, que se deslocou seis quilômetros ao sul, e o aldeamento ficou conhecido como Barra Velha, em referência ao antigo lugar onde ficava a antiga barra do rio Corumbau próximo a aldeia. (CANCELA, 2012)

Após esse período, a localidade foi submetida a longo isolamento. PEDREIRA (2013, p.11) assinala que seria como se a Cidade de Porto Seguro simplesmente ignorasse a existência de indígenas naquelas localidades. No ano de 1934, Getúlio Vargas inicia seu regime e declara Estado Novo, juntamente com a promulgação da Constituição de 1934. Nessa Constituição é criado o Código Florestal que continha as primeiras leis ambientais brasileiras, inclusive a que criava os Parques Nacionais. Essa constituição também garantia aos índios a demarcação de suas terras, dando competência ao Estado para legislar sobre as questões referentes aos indígenas (SANTOS, 2017). Nesse contexto, Getúlio Vargas criou, em 1938, uma comissão denominada de “Comissão do Descobrimento” que tinha como objetivo definir o ponto exato do “descobrimento” do Brasil. Foi através dessa comissão que os indígenas de Barra Velha voltam à cena quando, no ano de 1939, o Almirante Gago Coutinho faz sua primeira expedição de identificação ao que seria o Parque Nacional do Monte Pascoal (PNMP) e faz uma curta passagem por Barra Velha (CARVALHO, 2008). Em 1943, o PNMP é criado por meio de um decreto que, entre outras coisas, previa a desapropriação de terras e benfeitorias de terceiros:

O Diário Oficial do Estado da Bahia de 19 de abril de 1943 publica o Decreto-Lei No. 12.729 que cria o Parque Nacional do Monte Pascoal com prerrogativa de monumento nacional, com os objetivos precípuos de rememorar o fato histórico do descobrimento do Brasil; preservar a flora e fauna típicas da região, segundo normas científicas; e conservar as belezas naturais e promover a organização de serviços e atrativos que possam desenvolver o turismo. De acordo com o seu Art. 3, ficava reservada para a constituição do PNMP uma área delimitada em relação ao Monte Pascoal, ou seja, ao Leste, a linha costeira do Oceano Atlântico; ao Norte, a margem direita do rio Caraíva, desde a sua foz até a embocadura do seu afluente Guaxuma e, quando alcançado este ponto, a margem direita do rio Guaxuma até sua nascente; a Oeste, uma linha reta ligando a nascente do rio Guaxuma à nascente do rio Corumbau; e ao Sul a margem esquerda do rio Corumbau, da nascente do mesmo rio até sua foz no Oceano Atlântico. O Art. 4º. autorizava o governo do Estado a desapropriar, quando necessário, as terras e benfeitorias pertencentes a terceiros, incluídas na área demarcada, de acordo com o Art. 3º. (DOU de 19 de abril de 1943). (CARVALHO, 2008 p.209).

No relatório enviado para regulamentar a criação do parque não havia nenhuma referência da existência de indígenas na área (CANCELA, 2012). Foi nesse contexto que os Pataxó sentiram a urgência de reivindicar o direito às suas terras ao Serviço de Proteção aos Índios (SPI), órgão indigenista oficial da época. Em 1949, o capitão Honório, líder Pataxó de Barra Velha, formaliza sua reclamação ao órgão. Como várias outras lideranças indígenas espalhadas pelo Brasil, o capitão Honório viaja até o Rio de Janeiro no intuito de encontrar o Marechal Rondon e solicitar a regularização da aldeia Barra Velha. Sobre essas viagens, vale a pena consultar o TCC de Juari Braz, defendido na LINTER (IFBA/Porto Seguro), sob o título “Trajetória de Luta de Alfredo Braz”¹¹. O capitão Honório teria recebido várias negativas de ajuda do SPI, a única alternativa que o órgão possibilitou foi que todas as famílias que viviam em Barra Velha fossem para o Posto Indígena Caramuru, criado em 1926 mais ao norte (SANTOS, 2017). Este posto, é justamente aquele mencionado na introdução, onde ocorreram as laqueaduras em massa feitas pelo médico Roland Lavigne.

No Rio de Janeiro, o capitão Honório teria conhecido dois homens que se identificavam como "tenente" e "engenheiro" e que garantiam ao capitão que encontrariam a solução para a questão territorial dos Pataxó. Foi com a chegada dos dois homens em Barra Velha que se daria o triste acontecimento que é narrado até hoje pelo povo Pataxó, o “Fogo de 51”. PEDREIRA (2013, p.12) constrói essa narrativa evidenciando as manchetes dos jornais locais e de Salvador: a "Revolta dos Caboclos de Porto Seguro”. O caso ocorreu com a chegada dos homens que se diziam ser do SPI, incentivaram um grupo de indígenas de Barra Velha a saquear e sequestrar o dono de um comércio que residia na região de Corumbau. Após o feito as polícias de Prado e Porto Seguro foram chamadas ao local e a ação policial foi de extrema violência, como apontam os relatos coletados por SILVA (2017).

Chegando dentro da aldeia já tinha corrido muitos índios, e tinha o velho Levino que era um rezador forte que tinha aqui dentro da aldeia, nenhum fuzil conseguiu dar tiro nele, os policiais foram atirando nele e ele correndo. Então desse dia em diante você via índio morto, criança morta ali na porta da igreja dependurada num samburá. E desse dia em diante que foi o sofrimento da gente, eu fui carregado nas costas do João Braz, que é o pai de Cosme e do Salvino [Kanatyo], isso foi sofrimento meus irmãos, isso começou no dia 11 de maio e terminou no dia 22. Chovendo e nós não sabíamos como se aparar, é por isso que eu falo para vocês um conta uma história que não bate igual é porque cada um sofreu de um jeito. Um corria para dentro das matas, outros corriam para beira da praia, outros corriam para o sul e outros para o norte. O João Nascimento foi um dos caras que mais sofreu aqui dentro. Minha madrinha foi estropada por 14 policiais junto de seu marido. (Relato de José Sales, 71 anos, aldeia Barra Velha 10 de junho de 2016. SILVA, 2017, p. 38)

¹¹ BOMFIM, J.B. Trajetória de Luta de Alfredo Braz. TCC (Graduação em História, áreas, Ciências Humanas) – Licenciatura Intercultural Indígena, Instituto Federal da Bahia. Porto Seguro. 2018.

De acordo com PEDREIRA (2013, p.12) os policiais atacaram simultaneamente a aldeia, queimaram as casas, mataram o "tenente" e o "engenheiro", como ficaram conhecidos os dois homens do Rio de Janeiro, torturaram os moradores da aldeia e os expuseram a humilhações de vários tipos, até que o comando da polícia ordenasse a interrupção das perseguições. Estes os eventos, ocorridos em 1951, se tornaram um evento traumático para todo o povo Pataxó, que passou a referi-lo como o "Fogo de 51". De certa forma é um evento que marca um antes e um depois da linha do tempo que os próprios Pataxó constroem de sua história. E ainda hoje é dolorosa a lembrança dos que viveram, como é o caso de Dona Jaçanã, que era criança na época e que atualmente vive em Aldeia Velha:

Aí aquele tanto de índio, escondido. Aí quando chegou na ladeira já sobe um índio com um talhaço na cabeça, era... Bastião, Bastião de Maria Ruiva, com aquele talhaço na cabeça, ô Jesus, pai do céu, aquele sangueiro, e aí, nós, correndo na estrada, e aí chegemo na casa de seu Tiburso, esse povo, esses índio, esconderam pelas capoeira, a gente que ia levar comida pra os índio, lá nas capoeira, lá pelas moita, e nisso, quando pensou que não, é assim base de umas nove horas passou a polícia com um bocado de índio tudo amarrado, batendo nos índio, só vendo, mas aborrecemo e tamo tomando, retomando a terra, pra deixarem de ser ruim, que foi os branco que judiaram dos índio! (Maria d'Ajuda, a pajé Jaçanã da Aldeia Velha. Depoimento recolhido em fevereiro de 2011. PEDREIRA, 2013, p.12).

O “Fogo de 51” marca o início da dispersão dos Pataxó amedrontados pelo Extremo Sul da Bahia. CANCELA (2012, p.44) caracteriza essa dispersão como diáspora forçada, no qual perseguidos, os indígenas se refugiaram em fazendas da região. Além da dispersão forçada, após 1951, temos também o início de um período de adormecimento do povo Pataxó, um período durante o qual, por conta da violência e do preconceito, muitas famílias deixam de se apresentar como indígenas e passam a ser reconhecidos como caboclos, remanescentes ou indígenas misturados, portanto menos autênticos. Não é o momento aqui, mas gostaria de destacar que essa nova classificação teve impactos práticos muito concretos em relação aos direitos fundiários que eram garantidos aos indígenas.

É importante ressaltar que o retorno à Barra Velha não tardou. Pouco depois do ataque, algumas famílias decidiram, de forma corajosa, retornar a Barra Velha, às suas casas e roças. O pioneiro nesse retorno teria sido Epifânio, que percorria a região tentando convencer os outros a retornarem a Barra Velha, que aos poucos foi se reconstruindo (CANCELA, 2020). Ainda segundo este autor, teria o problema de demarcação da terra e no início da década de sessenta, o grupo passaria a enfrentar a pressão do então Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Florestal (IBDF), instituição responsável pela gestão do recém-instalado PNMP.

Foi somente a partir da década de 1970, com a intervenção da FUNAI, que a população indígena de Barra Velha começou a vislumbrar a reconquista do direito sobre parte do território. Em 20 de julho de 1988, o governo reconheceu os 8.627 hectares no entorno de Barra Velha como área “de posse imemorial indígena”, propondo que fosse regulamentada com o nome de “Colônia Indígena Barra Velha”. Em dezembro de 1991, a Presidência da República, por meio do decreto 396, homologou a demarcação da Terra Indígena Pataxó de Barra Velha, que por toda essa história que tentei resumir aqui é conhecida pelos indígenas como Aldeia Mãe, espécie de sede do território tradicional do Monte Pascoal, território ainda em luta de reconquista.

2.1 ALDEIA VELHA: "NÃO CHAMOU ÍNDIO DE ALDEIA, CHAMOU ÍNDIO DA CIDADE"

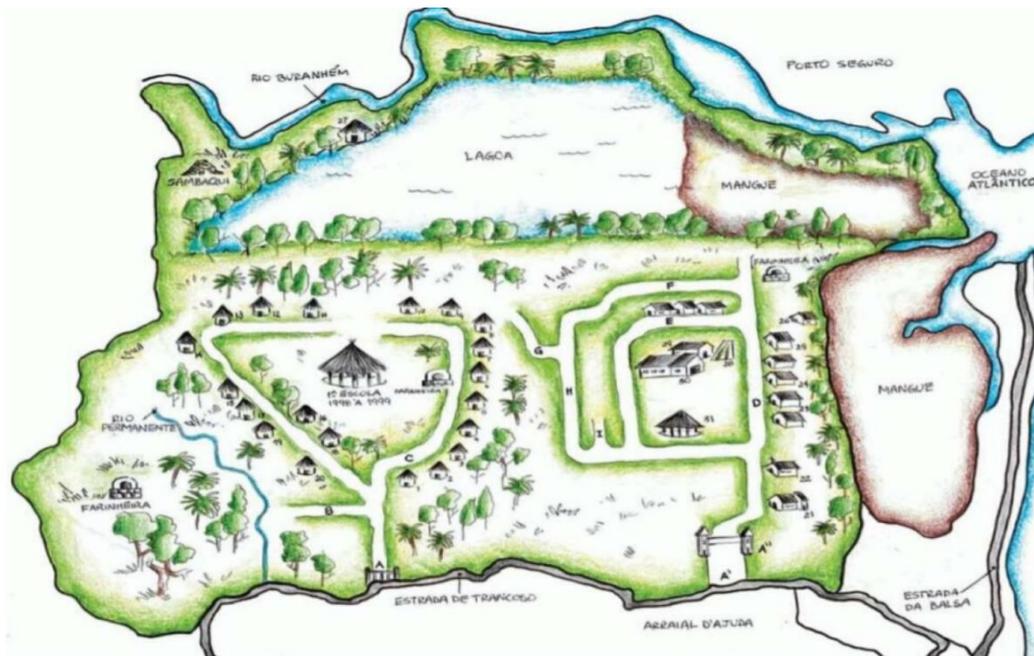


Figura 3 - Mapa da Aldeia Velha (Guedes, 2015)

A década de 1970 foi palco para um movimento de reconcentração dos Pataxó vindos de Barra Velha e de outras localidades. O principal e mais expressivo núcleo habitacional é a Aldeia de Coroa Vermelha. Com o grande número de turistas para o lugar onde o Brasil foi “descoberto”, os Pataxó começaram a exploração do mercado de artesanato, que se tornaria fundamental para a sua economia. Ainda sobre Coroa Vermelha PEDREIRA (2013, p.32) conclui,

Ela se consolidaria, nos anos seguintes, como um dos principais centros de gravidade da mobilização política dos Pataxó. Assim, a centralidade política de Coroa Vermelha, certamente, deve muito à centralidade simbólica da “aldeia mãe” Barra Velha. Mobilidade territorial, vitalidade dos laços sociais ensejados pelas mobilizações em torno da ocupação e garantia do território concorrem, desse modo, para o definitivo estabelecimento de uma nova aldeia (PEDREIRA, 2013, p.32).

A década de 1990 foi um divisor de águas no processo de retomada territorial para o povo Pataxó. Foi nesse período que as ações de retomada tiveram grande importância para o início de reconhecimento de parte dos territórios antes expropriados. E foi nesse processo que a Aldeia Velha, foi reinserida no Território Pataxó, através da mobilização de famílias indígenas que viviam no Arraial d'Ajuda e vizinhanças, lideradas pelo cacique Ipê e com o apoio do Conselho de Caciques Pataxó, que era composto, na época, por lideranças dos Pataxó e Pataxó Hãhãhãe (SAMPAIO, 2000).

Para começar essa história é interessante apresentar os protagonistas da retomada de Aldeia Velha, a exemplo de Ipê, que foi o primeiro Cacique da Aldeia Velha, antes mesmo dela existir, já que ele foi o articulador dos "índios desaldeados". Ipê nasceu em 1956, na região do Monte Pascoal. Sua família vivia com uma pequena produção agrícola que compartilhava com os outros vizinhos indígenas. Deixou a casa dos pais e morou por quinze anos em Itabela, cidade próxima a Porto Seguro, onde casou e teve seus filhos. Após esse período decide partir para Coroa Vermelha, convencido pelo seu primo Itambé, que já era uma das lideranças do local e foi um dos fundadores dessa aldeia. Foi nesse contexto que Ipê teve seu primeiro contato com a questão indígena, no sentido de sua luta. Foi então que Ipê, que atuava em Coroa Vermelha, começa a promover reuniões em torno de uma "Associação dos Pataxó Sem Terra", e através da sua proximidade com os indígenas que viviam desaldeados em Arraial d'Ajuda, Ipê tenta reunir algumas famílias com a intenção de informá-las sobre os seus direitos e organizá-las para “fazer uma aldeia” (PEDREIRA, 2013). É nesse contexto que outra protagonista desse movimento aparece, Dona Dió. O local onde se encontra demarcada Aldeia Velha hoje era ocupado por cerca de 20 famílias indígenas nas décadas de 1960 e 1970, o local era uma importante área de coleta de mariscos. Entre essas famílias estava a família de dona Dió, que ocupou a área por mais tempo de maneira permanente (PEDREIRA, 2013).

Dona Dió, originária de Vale Verde, foi a última indígena residente antes da retomada na antiga Fazenda Santo Amaro, (o território que hoje é chamado de Aldeia Velha era uma fazenda com o nome de Santo Amaro, que muito antes havia sido um assentamento jesuíta intitulado pelo mesmo nome) teve seus dez filhos na antiga fazenda e sofreu com diversos tipos de pressão e ameaças de expulsão do território que ocupava a anos como “interdição de acesso a recursos

ecológicos importantes, tais como a área de mangue e destruição da produção - mediante práticas como a de soltar o gado sobre as roças dos índios” (PEDREIRA, 2013, pg.14). Com as investidas de sabotagem da produção agrícola, ameaças do fazendeiro chamado por Eduardo, a família de dona Dió afastou-se com medo das ameaças, ficando no local apenas ela e o filho mais novo (CONCEIÇÃO, 2003). A resistência de dona Dió, foi um ponto chave para evidência que o local é uma área indígena, pois foi a relação dela com a terra que se tornou a base para a construção da Associação Pataxó sem-terra, no qual tinha o intuito de reunir forças para retomada da área (SOTTO-MAIOR e PAULA, 2008). Eram grandes as investidas dos fazendeiros sobre as terras indígenas, por isso, os Pataxó se reuniam regularmente com o objetivo de retomar seus territórios. Foi a partir desses encontros que no ano de 1992, foi realizada a “Marcha das Retomadas”. Foi com o processo organizativo das “marchas” que se deu origem a “Associação dos Pataxó sem Terra” (CARVALHO,2013). Nesse contexto, Ipê já estava fazendo sua “pesquisa” sobre a terra da Fazenda Santo Amaro, que viria a ser Aldeia Velha.

Ele vinha localizando famílias indígenas na região e no Arraial d'Ajuda desde 1990. Para isso, Ipê teria usado de suas relações próximas com os índios estabelecidos no arraial, mas também precisou realizar uma "pesquisa"(...) (PEDREIRA, 2013, p.29).

Foi nessa conjuntura que a parceria de dona Dió e Ipê foi decisiva para comprovação que a terra da Fazenda Santo Amaro era uma terra tradicionalmente indígena. Ipê afirma que primeiro fez a pesquisa sobre as famílias indígenas e depois sobre a terra (PEDREIRA, 2013). As pesquisas das famílias indígenas feitas por Ipê estavam, como afirma o autor já citado, na contracorrente do movimento, já que Ipê buscava indígenas que trabalhavam nas fazendas e na cidade. Desde o início Aldeia Velha tem uma característica muito própria já que Ipê "não chamou índio de aldeia, chamou índio da cidade".

Eu fui formar uma aldeia, que tava esquecida, uma terra que tava esquecida, e os índios que tava esquecido. E já por esse motivo mesmo que eu não quis ocupar índio de aldeia nenhuma pra trazer pra Aldeia Velha. Por quê? Porque foi o seguinte, eu por mim me toquei, se eu fosse tirar índio de Coroa Vermelha, índio de Barra Velha, índio de Mata Medonha, índio de Imbiriba, quer dizer, eu ia sentir assim, que eu tava tirando os índios das outras aldeias pra formar uma aldeia pra mim, e o meu interesse não era esse (PATAXÓ, IPÊ, ENTREVISTA CONCEDIDA A PEDREIRA, 2013, p.32).

A pesquisa da terra que Ipê se referiu se relaciona com a presença de vestígios arqueológicos na área de Aldeia Velha. Por demanda dos Pataxó, uma equipe da UFBA localizou na Terra Indígena (TI) seis sítios arqueológicos pré-coloniais e pós-coloniais caracterizados como de ocupação indígena (SOTTO-MAIOR e PAULA, 2008),

A presença de vestígios arqueológicos na Aldeia Velha é referida pelos índios desde a sua primeira investida sobre a área, antes denominada Fazenda Santo Amaro. Esta denominação remonta ao antigo aldeamento Santo Amaro, ali estabelecido no século XVI e, posteriormente, extinto. Muito próximo ao aldeamento do Espírito Santo dos Índios, ou Aldeia Patatiba, que sobreviveria àquele século e, mais tarde, seria elevado à vila com o nome de Vila Verde, hoje chamada Vale Verde. O antigo Santo Amaro ainda é uma referência importante na memória oral dos habitantes de Vale Verde, referidos como os "caboclos de Vale Verde" (PEDREIRA, 2013, p.8)

A descoberta dos sítios arqueológicos culminou na primeira tentativa de ocupação da então Fazenda Santo Amaro no ano de 1993. Ipê organizou 12 famílias, a fim de ocupar as terras que eram deles por direito. Duas semanas após a ocupação, o fazendeiro entrou com uma ação judicial para a retirada imediata dos indígenas do local. Os Pataxó, acatando a decisão judicial, não ofereceram nenhuma resistência, no entanto foram vítimas de extrema violência pelas forças policiais, descrito por ANDRADE (2016, p.15-16):

Os policiais, por outro lado, usaram de violência para com os indígenas, não respeitando nem os mais velhos, as mulheres e crianças que estavam no local. Segundo depoimento daqueles que vivenciaram essa primeira tentativa de retomada, chegaram atirando para cima, derrubaram as casas improvisadas, as comidas que estavam cozinhando, destruindo tudo o que havia no lugar. Dessa forma, os indígenas foram expulsos da terra, saíram, mas prometeram retornar, pois sabiam que seus antepassados haviam vivido ali (ANDRADE, 2016, p.15-16).

Nesse contexto, com a não concretização da ocupação da Fazenda Santo Amaro, a experiência do processo resultou na criação do “Conselho de Caciques”, em 1995. Que tinha o objetivo de organizar e ampliar o movimento de recuperação do território indígena. Vale a pena lembrar que apesar de não consolidada, a ocupação da Fazenda de Santo Amaro em 1993, essa foi a primeira ação de retomada feita pelos Pataxó no extremo sul baiano (PEDREIRA, 2013). Em abril de 1997, lideranças Pataxó e Pataxó Hãhãhã foram a Brasília reivindicar a decisão judicial e garantir que os indígenas pudessem ocupar as cinco fazendas que tentaram ocupar no ano de 1993, dentre elas a Fazenda Santo Amaro, e dessa vez sem violência da polícia (PEDREIRA, 2013). Entre essas lideranças estava Galdino, assassinado por jovens da elite brasileira. Em outubro do mesmo ano, a decisão da justiça foi favorável aos indígenas.

Resguardado pela decisão judicial, Ipê organiza uma próxima ocupação, dessa vez consolidada em uma reunião do Conselho de Caciques Pataxó em março de 1998, que deliberou pela a ocupação da Fazenda Santo Amaro. O juiz local concedeu a ação favorável ao fazendeiro, porém a Justiça Federal acolheu ação do Ministério Público Federal, formalizando a incompetência da Justiça comum em se tratando de interesse fundiário indígena. Já no mês seguinte, foi criado o Grupo Técnico para identificação e delimitação da TI Aldeia Velha (PEDREIRA, 2013). O relatório feito pela antropóloga Leila Silvia Burger Sotto-Maior, foi

publicado no Diário Oficial da União, no dia 17 de junho de 2008, concedida à demarcação da terra, em favor dos índios uma área delimitada da aldeia é de 2.001 hectares, sendo grande parte desse território área de preservação (ANDRADE, 2016).

É importante pontuar a especificidade da Aldeia Velha, o local em que está inserida, próximo a um bairro periférico, com um grande movimento interno, no qual uma das minhas entrevistadas já havia pontuado o grande fluxo de entrada e saída de pessoas. Nesse contexto, ela contou genericamente que alguns indígenas alugam suas casas na aldeia para não indígenas e vão morar em outros lugares. Esse contexto, pode gerar algum prejuízo em um projeto político e cultural da aldeia, e como resultado a fim de coibir esse prejuízo, em 2009 foi elaborado um Regime Interno da comunidade. O documento regulamenta sobre casamentos com não indígenas, construção de templos religiosos cristãos, engajamento comunitário no movimento de fortalecimento cultural e cessão de terrenos dentro da aldeia, entre outras questões administrativas (PEDREIRA, 2013).

Um exemplo da aplicação do regimento interno, aconteceu em 2011 quando uma Igreja da Assembleia de Deus estava sendo construída, Moradores indígenas de Aldeia Velha, descontentes com a construção, destruíram as bases do templo ainda no início, com a justificativa que eram contra a construção de igrejas na aldeia. Após deliberação com líderes e a administração da aldeia, a construção da igreja foi aprovada, porém ficou determinado que “o templo evangélico deveria ser construído “em modelo indígena e não deveria conter nome da instituição em sua fachada” (PEDREIRA,2013, p.28).

Além das questões internas é possível imaginar os desafios que atingem uma aldeia tão próxima da cidade com um fluxo de turismo tão intenso como Arraial D’Ajuda. As questões que atravessam a aldeia são várias, entre elas o preconceito, a desigualdade social e o aumento considerável na violência, alardeado principalmente pelo tráfico de drogas. Lembro que em 2020, quando estava iniciando a pesquisa de campo, uma das minhas entrevistadas informou que depois das 22 horas a aldeia iria fechar os portões já que o tráfico estava cooptando jovens da aldeia. Outro ponto importante foi como se deu esse fechamento da comunidade. Ela me conta que os líderes indígenas fazem fogueiras na entrada da aldeia e revezam turnos a fim de coibir a entrada de estranhos.

Sobre o turismo na Aldeia Velha, ele é umas das principais fontes de rendas da comunidade direta e indiretamente. A Associação de Ecoturismo Pataxó de Aldeia Velha traz turistas para conhecer a aldeia, pois percebem o potencial da TI como um atrativo turístico, utilizando as trilhas na área da aldeia, onde o visitante conhece os córregos que passam pela comunidade, a farinha e algumas referências com alto valor simbólico e cultural para os

Pataxó. Outra forma de interação com o turismo, se dá por meio da comercialização do artesanato na praia, principalmente nos períodos da alta – estação (verão), e no emprego junto a rede hoteleira da região, onde grande parte dos indígenas trabalham em hotéis e pousadas do Arraial D’Ajuda.

A Aldeia Velha que pude acessar era maior do que imaginava. Com a pesquisa pude conhecer grande parte dela. Não tinha o conhecimento de quão grande ela é e como a parte que eles mantêm de preservação é bonita e selvagem. A aldeia se organiza por meio da Associação de Ecoturismo e é notório o incentivo dos líderes sobre a importância da retomada da Cultura Pataxó compreendendo também o espaço geográfico no qual está inserido. Falo isso pela Escola Pataxó de Aldeia Velha que funciona desde 1999. Ela é uma escola que ensina inglês, patxohã e português. No que tange a questão de saúde, a comunidade tem semanalmente atendimentos no posto de saúde, desde médicos a dentista. O posto é pequeno para a proporção da comunidade e pude observar longas filas nos dias dos atendimentos, mas os agentes de saúde indígenas melhoram muito esse contexto com as visitas regulares a idosos e acamados na aldeia.

3 PLANEJAMENTO FAMILIAR E OS POVOS INDÍGENAS

Neste capítulo, para entender melhor o marco que enquadra a temática do planejamento familiar, farei uma breve exposição sobre o histórico do que é chamado na literatura de saúde indígena, a fim de delimitar e compreender os órgãos responsáveis e sua atuação em determinado momento do processo de obtenção de autorização, para que as indígenas possam realizar a laqueadura. Apresentarei a legislação que regulamenta todo o percurso do planejamento familiar em comunidades indígenas. Para isso, além de basear-me na literatura de estudos em saúde indígena, busco aprofundar de que forma a luta do movimento de mulheres indígenas foi ponto central na criação de políticas para o planejamento familiar, além de uma ruptura com o imaginário que mulheres indígenas são apenas mães.

3.1 PERCURSO HISTÓRICO-LEGAL DA SAÚDE INDÍGENA

A questão da saúde indígena no Brasil passou por várias etapas. Em 1910 foi criado o Serviço Proteção ao Índio e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPILT), que era um pequeno órgão indigenista vinculado ao Ministério da Agricultura, que tinha, entre várias outras incumbências, o papel de ocupar o interior do país, e garantir que os chamados “índios hostis” não atrapalhassem o “desenvolvimento”, já que com a expansão crescia o número de fazendas,

ferrovias, etc. Nesse contexto, o órgão tinha a responsabilidade de integrar os indígenas gradativamente à sociedade, transformando o indígena em um trabalhador nacional: essa era o norte da política indigenista republicana (OLIVEIRA, 1985).

Nos anos 50, foi criado dentro do SPI outro órgão com o objetivo de cuidar da saúde de indígenas em áreas de difícil acesso. O Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), que era vinculado ao Ministério da Saúde e tinha como objetivo tratar de doenças transmissíveis e da vacinação (CIMI, 2013). Com base em denúncias no início da década de 1960, o SPI foi investigado por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), sobre acusações de genocídio, corrupção e ineficiência. O SPI foi extinto após essas investigações.

O índio, razão de ser do SPI, tornou-se vítima de verdadeiros celerados, que lhes impuseram um regime de escravidão e lhes negaram um mínimo de condições de vida compatível com a dignidade humana. É espantoso que exista na estrutura administrativa do País repartição que haja descido a tão baixos padrões de decência. E que haja funcionários públicos cuja bestialidade tenha atingido requintes de perversidade. Venderam-se crianças indefesas para servir aos instintos de indivíduos desumanos. Torturas contra crianças e adultos, em monstruosos e lentos suplícios, a título de ministrar justiça (RELATÓRIO FIGUEIREDO, v. 1, p. 2, 1967).

Após a dissolução do SPI, em 1967 foi criada FUNAI, órgão indigenista que funciona até os dias de hoje. No processo que competia à FUNAI de promover a prestação da assistência médico-sanitária aos indígenas, foram criadas as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas, atuavam em cada Delegacia Regional da FUNAI, as equipes eram responsáveis pela assistência médica às comunidades indígenas, juntamente com a instalação de postos de saúde em algumas comunidades e a vacinação dos indígenas nesses lugares. Os serviços médicos nas aldeias eram esporádicos, sendo estes cuidados realizados exclusivamente por auxiliares ou atendentes de enfermagem. As EVS existiram até a década de 1970 (CIMI, 2013). Nesse sentido, é possível observar a precariedade do serviço de saúde oferecido aos indígenas. COSTA (1987, p.394) salienta a ineficiência dos EVS. Relacionado a isso, às visitas esporádicas e ao despreparo dos agentes de saúde, assim como à desorganização dos serviços. Outro argumento que corrobora com o da autora já citada, é o de CONFALONIERI (1989, p.442). Ele destaca, no trecho abaixo, o mesmo problema já apontado

[...] um modelo de pouca eficácia, que esbarrou em várias dificuldades, dentre as quais a falta de planejamento e integralidade das ações; política de remuneração não contempladora de tempo integral; carência crônica de infraestrutura e recursos; falta de articulação com outros níveis de atenção; ausência de um sistema de informações em saúde e o preparo inadequado de quadros para atuação em comunidades indígenas distintas (CONFALONIERI, 1989, p.442).

Tendo identificado que as EVS eram ineficazes, os indígenas do Brasil, que nessa mesma época começavam a se articular politicamente em nível nacional, começaram a se organizar e buscar novas opções para obterem um atendimento de saúde mais efetivo, iniciando, assim, a criação e capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que também prezavam pela medicina tradicional indígena. O impacto dessa medida foi tanto, que, em comunidades de difícil acesso, os AIS eram a única alternativa diante de muitos problemas de saúde (FERNANDES, 2010).

No ano de 1986, ocorreram duas conferências importantes para se discutir a continuidade de ações de melhoria da área de saúde e mais especificamente da área da saúde indígena. A primeira foi a VIII Conferência Nacional de Saúde. Nela, determinaram-se as diretrizes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A segunda, por sua vez, foi a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (ICNPSI), realizada nos dias 27 a 29 de novembro de 1986. Ela teve um papel fundamental no apoio à causa indígena e na discussão sobre propostas e diretrizes relativas à saúde indígena. O objetivo era criar uma política efetiva e de qualidade para os povos indígenas (BRASIL, 1986).

Vale ressaltar a importância da participação dos povos indígenas nessa última Conferência. A participação indígena foi ativa em todos os pontos discutidos, inclusive com a formulação de propostas de planejamento das ações de saúde, assim como a implantação, execução e avaliação destas ações (BRASIL, 1986). A criação de um sistema de saúde específico e universal participativo foi uma demanda dos movimentos indígenas. Tudo isso sob gestão de uma agência governamental ligada ao Ministério da Saúde, que seria responsável pela execução das ações relacionadas à atenção primária à saúde e pela organização de recursos humanos baseada em concursos públicos e plano de cargos e salário (FERNANDES, 2010).

A ICNPSI foi orientada pelo conceito de saúde construído pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que compreende a saúde como um todo, um completo bem-estar, seja ele físico, mental e social, desvinculando a ideia de saúde da ideia apenas de doença. No relatório final da Conferência foi cunhado o conceito de saúde indígena e foi realçado a importância de se levar em conta as formas de cuidar especificidades de cada etnia:

(...) a saúde das nações indígenas é determinada num espaço e tempo histórico e na particularidade do seu contato com a sociedade nacional, pela forma de ocupação do seu território e adjacências; que a autonomia, a posse territorial e o uso exclusivo pelas nações indígenas dos recursos naturais do solo e subsolo, de acordo com as necessidades e especificidades etnoculturais de cada nação, bem como a integridade dos seus ecossistemas específicos, sejam assegurados e garantidos; que a cidadania plena, assegurando todos os direitos constitucionais, seja reconhecida como determinante do estado de saúde; que o acesso das nações indígenas às ações e serviços de saúde, bem como sua participação na organização, gestão e controle dos

mesmos, respeitadas as especificidades etnoculturais e de localização geográfica, é dever do Estado (BRASIL, 1986, p. 2).

Segundo BRASIL (1986, p.2), a ICNPSI consolidou seis pontos importantes no que se refere à saúde indígena e seus desdobramentos. São eles: Gerenciamento; Execução; Organização dos Serviços; Acesso e Qualidade dos Serviços; Políticas de Recursos Humanos; Sistema de Informação. No que diz respeito ao Gerenciamento, recomendou-se que a responsabilidade da atenção de saúde fosse vinculada a um único órgão, integrando assim o sistema de saúde específico para os indígenas com o sistema nacional de saúde. Na Execução, recomendou-se que a saúde, em nível primário, fosse responsabilidade do órgão de saúde indígena, já os outros níveis de atendimento seriam abrangidos pelo SUS.

A Organização dos Serviços tinha como ponto principal a participação das comunidades indígenas em todo o processo organizacional, levando em conta os processos interculturais e étnicos, diferenciando os serviços ofertados. Tudo isso em nível de organização regional e a partir daí articulando as especificidades do serviço de saúde do indígena com o serviço de saúde nacional, mais abrangente. O Acesso e a Qualidade dos Serviços baseavam-se em parcerias com entidades de pesquisa e ensino da área indígena, prezando sempre por um atendimento compatível com a realidade técnica e tecnológica presente na região e visando sempre garantir um serviço de qualidade para as comunidades abrangidas.

As Políticas de Recursos Humanos tinham como base a criação de concursos admissionais, profissionalização e reciclagem dos funcionários em suas áreas de atuação, assim como plano de carreira para o profissional envolvido. Além de incentivo aos profissionais indígenas da área de saúde ingressados nas Universidades Federais, como os já praticados através de programas de convênios de cooperação internacional. Já em relação ao Sistema de Informação, tratava-se da criação de mecanismos para coletar e processar dados da saúde referentes à realidade de cada comunidade a fim de conseguir repassar esses dados para as autoridades sanitárias e lideranças indígenas. É importante destacar mais uma vez, a relevância desta conferência, já que ela foi construída com a participação dos indígenas, e pode ser vista como a premissa para a criação do sistema de saúde específico para os povos indígenas. Foi a conferência que iniciou a discussão sobre a questão da saúde indígena ser diferenciada e específica.

A promulgação da constituição de 1988 foi outro marco fundamental. Ela trouxe a política de saúde pública brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, no documento de criação do SUS, não havia nada concernente a uma política de saúde indígena específica. GARNELO (2012, p.168) evidencia isso ao afirmar que, o SUS, na origem de sua criação, não

incluía os povos indígenas nas demandas das diretrizes do sistema, já que no período o cuidado da saúde indígena ainda estava sob os cuidados do órgão indigenista, a FUNAI.

No ano de 1991, por pressão do movimento indígena, foi criada a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), desvinculada da FUNAI, mas vinculada, no entanto, ao Ministério da Saúde, por meio da FUNASA. A COSAI tinha a responsabilidade de criar uma nova estratégia de saúde para os indígenas. No mesmo ano foi criado o Distrito Sanitário Yanomami: Um projeto inovador que era o prelúdio de um modelo de cuidado da saúde de forma distrital. Conforme indica o CIMI, esse modelo foi elaborado como solução ao descaso pelo qual passava o povo Yanomami,

[...] clamor desencadeado pela situação de genocídio e calamidade sanitária que vivia o Povo Yanomami em consequência da invasão devastadora de garimpeiros em seu território, apoiados pelos políticos do estado de Roraima. Este distrito foi pioneiro na aplicação dos critérios demográficos, geográficos e culturais na definição do modelo de gestão, contando com financiamento próprio e recursos humanos capacitados para atuação em contexto intercultural (CIMI, 2013, p. 9-10).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) foram estabelecidos como base da organização dos serviços de saúde e a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da FUNASA (VARGA, 2001). Assim, foi nessa conjuntura que os (DSEIs) foram ampliados para todo território brasileiro. A estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações (FUNASA, 2002).

Em 1993 foi realizada a II CNSPI e o I Fórum Nacional de Saúde Indígena (FNSI), dando continuidade à discussão sobre saúde indígena levantada durante a I CNSPI. Nesse sentido, a proposta era a estrutura de atenção diferenciada, vinculada aos DSEIS, a fim de um comprometimento com o acesso universal e integral aos povos indígenas à saúde. (FUNASA,2002). Com base na deliberação da II CNSPI foi encaminhado um documento para o então Deputado Federal Sérgio Arouca que evidenciava a “implantação de um modelo de saúde adequado às necessidades dos povos indígenas e solicitava a elaboração de um projeto de lei para a criação do Subsistema Diferenciado de Saúde Indígena” (FUNASA,2009).

Na conjuntura exposta, a saúde indígena sofria com as diversas mudanças de órgãos responsáveis. Pode-se imaginar o déficit estrutural e de atendimento que isso provocou aos indígenas. Martins traz a questão à luz:

A natureza e a alternância das responsabilidades e competências institucionais delegadas por Lei, na década de 90, à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), MS e FUNAI resultaram em uma estrutura complexa e confusa de serviços de saúde, marcada por diversos conflitos de interesse e contradições (MARTINS, 2013, p.46).

No ano de 1999, em resposta a uma audiência pública realizada em 1997, que tinha como objetivo compreender a "razão da omissão do Governo Federal em implementar uma política adequada de assistência à saúde indígena" (CIMI, 2013, p.11), foi aprovada, no Congresso Nacional, a “Lei Arouca” (Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999). A lei tinha como objetivo estabelecer as responsabilidades dos órgãos encarregados pela saúde indígena;

O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Funasa” (CIMI, 2013, p.11). Assim a Lei Arouca pressionou o Governo Federal para que "instituísse o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), tendo por base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (*Ibidem*).

MARTINS (2013, p.13) conclui sobre a importância da Lei n 9.836, considerada por ele como inovadora em relação a prestação dos serviços de saúde aos indígenas. Já que o subsistema está ligado com a especificidade de cada povo, ou seja, os DSEIs são capacitados para atender as demandas específicas de cada etnia no território no qual está inserido. Nessa direção, em 2002, a FUNASA lança o programa de Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que também é considerado outro marco na questão de integralidade de saúde dos povos indígenas

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (FUNASA, 2002, p. 13).

Sendo assim é possível compreender a importância da integralidade no contexto da saúde indígena, já que garantir o acesso aos serviços de saúde e possibilitar que os povos indígenas participem da fomentação de políticas públicas é um dos meios de consolidar os direitos desses povos. É importante destacar a luta do movimento indígena nesse percurso, somada à importância de uma saúde que se encaixe nas várias construções de saúde para as diversas etnias que fazem parte do Estado brasileiro. No entanto, em 2007, começaram a surgir acusações sobre o órgão responsável pela saúde indígena, a FUNASA. Essas acusações se relacionavam "a má gestão, autoritarismo, uso político e corrupção nas coordenações regionais e instâncias centrais" (CIMI, 2013, p.12). Então, durante a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em

Rio Quente-GO, em 2006, foi lançada a proposta de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Porém, foi somente em outubro de 2010 que o Decreto nº. 7.336/2010 oficializou sua criação (CIMI, 2013).

A SESAI, órgão integrante da estrutura do Ministério da Saúde (MS), passou a ser responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e promover o processo de gestão do SasiSUS em todo o território nacional. Sua missão é implementar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito do SasiSUS, articulado com o SUS, descentralizado, com a participação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que são Sub-unidades da Sesai (TCU, 2019).

Além disso, o papel da Secretaria é coordenar e avaliar as ações, além de promover as articulações e integração dos setores de atenção à saúde indígena (BENEVIDES, 2014). Nota-se que a criação da SESAI foi um avanço no que se refere à saúde indígena. Para um melhor entendimento da estrutura atual da saúde indígena, reproduzo abaixo uma figura ilustrativa com o organograma da SESAI:

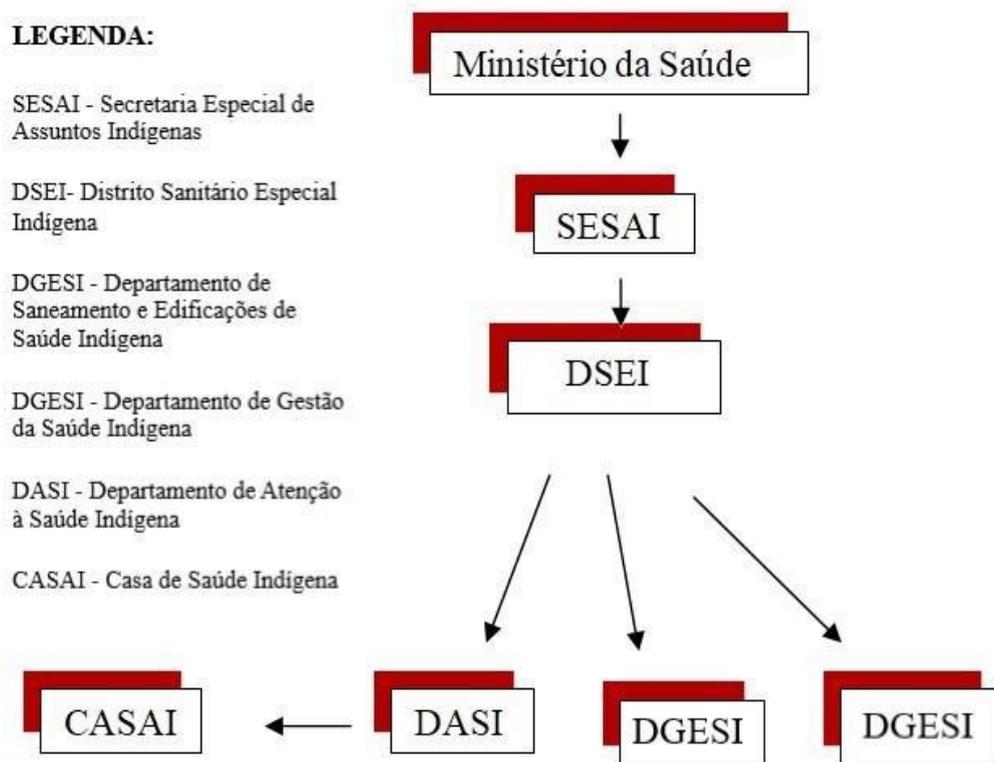


Figura 4- Organograma da SESAI (BRASIL, 2013)

O envolvimento do movimento indígena no processo de criação de políticas de saúde específicas para os povos indígenas, é marcada por um processo de ampla participação de

representantes da população indígena. A atuação teve grande importância na questão de autonomia e pela a políticas de saúde que respeitassem as especificidades de cada etnia.

3.2 A LEI BRASILEIRA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR E AS MULHERES INDIGENAS

Sobre o planejamento familiar no Brasil, é importante se debruçar acerca do seu percurso histórico para entender como a discussão sobre essa questão teve desdobramento da regulamentação da Lei de Planejamento Familiar de 1996. Em 1985, com a ideia da construção da nova Constituição Brasileira, os movimentos de mulheres, entendendo a importância da participação delas na construção do texto constitucional, organizaram o “Encontro Nacional Mulher e Constituinte”. O objetivo do encontro era “[...] discutir e deliberar sobre as propostas a serem encaminhadas à Assembleia Constituinte” (SILVA, 2012, p.152). Logo abaixo, demonstro um registro fotográfico deste encontro.



Figura 5 - Encontro Nacional Mulher e Constituinte, 1985 (CNDM, 2020)

Após os debates feitos ao longo do encontro, elaborou-se uma carta aos Constituintes, que pontuava a importância de se incluir na nova Carta Magna os princípios de igualdade entre os sexos, a representação feminina na política e a garantia dos direitos fundamentais, como saúde e educação. As questões que permeavam o planejamento familiar, e as atuações em torno dele, foram pontuadas nos itens que se seguem:

[...] 6. A maternidade e a paternidade constituem valores sociais fundamentais, devendo o Estado assegurar os mecanismos do seu desempenho [...] 3. Proibição de toda e qualquer experimentação com mulheres e homens, de substâncias, drogas,

meios anticoncepcionais, que atentem contra a saúde e não sejam de pleno conhecimento dos usuários nem fiscalizados pelo poder público e a população. 4. Fiscalização da produção, venda, distribuição e comercialização de meios químicos e hormonais de contraceção, proibindo a comercialização de drogas em fase de experimentação, por empresas nacionais ou multinacionais. [...] 5. Será vedado ao Estado e a entidades nacionais e estrangeiras toda e qualquer ação impositiva que interfira no exercício da sexualidade. Da mesma forma, será vedado ao Estado e a entidades nacionais e estrangeiras, públicas ou privadas, promover o controle da natalidade. 6. Será garantido à mulher o direito de conhecer e decidir sobre o seu próprio corpo. [...] 9. Garantia de livre opção pela maternidade, compreendendo-se tanto a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, como o direito de evitar ou interromper a gravidez sem prejuízo para a saúde da mulher. 10. É dever do Estado oferecer condições de acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais, usando metodologia educativa para esclarecer os resultados, indicações, contra-indicações, vantagens e desvantagens, alargando a possibilidade de escolha adequada à individualidade de cada mulher e ao momento específico de sua história de vida. [...].(CNDM/ARQUIVO NACIONAL, 2020).

Assim, o resultado desse encontro conjugado com a pressão dos movimentos de mulheres fincou o ponto estruturante para que o Planejamento Familiar fosse colocado na Constituição Brasileira em 1988, apresentada no parágrafo 7º do artigo 226:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

Porém, somente em 1996, foi promulgada a Lei n. 9263 que regulamenta o planejamento familiar. Essa regulamentação partiu após inúmeras denúncias feitas principalmente pelo movimento negro, após pesquisa sobre Saúde Reprodutiva da População Negra, realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) no Município de São Paulo em 1992 (BERQUÓ, 1993). Os dados da pesquisa mostraram que mais de 70% das mulheres negras em idade reprodutiva estavam laqueadas. Essas denúncias acusavam que, na década de 1990, estariam sendo realizadas laqueaduras em um grande número de mulheres, em sua maioria mulheres negras e pobres, trazendo à luz a velha política eugenista e ainda o uso da cirurgia como moeda de troca por votos. Após as denúncias foi instaurada uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), que tinha como objetivos e metas “identificar as causas e condicionantes da esterilização em massa de mulheres no Brasil” (BRASIL, 1993, p.27).

Um aspecto que caracterizou essa Comissão Parlamentar foi a introdução do argumento eugênico no debate acerca da esterilização. Não se tratava exclusivamente de apresentar um número alto de mulheres esterilizadas e que essas esterilizações eram feitas prioritariamente por entidades privadas de planejamento familiar, mas de constatar que essa “esterilização massiva” ocorria preferencialmente entre mulheres negras, o que agravava ainda mais a denúncia (ALVES, 2014, p.196).

No relatório final da CPMI, a conclusão foi clara no que se refere à existência da esterilização em massa de mulheres, e também aponta para a condicionante “raça”, já que a maioria das mulheres esterilizadas eram negras:

Está confirmada a esterilização em massa de mulheres no Brasil [...] O contexto em que as esterilizações são realizadas é bastante perverso: ausência de outras alternativas contraceptivas disponíveis e reversíveis [...] A maior incidência de esterilização em mulheres da raça negra, foi denunciada pelo movimento negro, como um aspecto do racismo praticado no Brasil” (BRASIL, 1993, p.117).

Para além da crítica à política eugenista explícita, o relatório ainda apontava que, desde a década de 1960, o Brasil sofre com o controle de natalidade por entidades estrangeiras, como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Ela foi uma entidade privada estadunidense, subsidiada pela Fundação Rockefeller. Ela tinha sua sede no Rio de Janeiro e foi a primeira instituição a realizar o controle de natalidade no país, atuando em quase todo o território nacional. Filiada à Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), a BEMFAM, como afirma SOBRINHO (1993), era uma entidade sem fins lucrativos que tinha objetivos claramente controladoristas.

De acordo com Costa (1986), a BEMFAM operou em todo o país de forma "desordenada", executando serviços de anticoncepção oferecendo planejamento familiar de má qualidade, no que se refere a oferecer métodos contraceptivos sem reversão, como ligaduras de trompas e sem que as mulheres fossem informadas sobre a irreversibilidade do processo, seus riscos e implicações para seu corpo e saúde (COSTA, 1986).

[...] executaram, na prática, políticas de controle demográfico concebidas por governos estrangeiros e organismos internacionais, com repercussões negativas sobre a soberania nacional, mas é forçoso reconhecer que contaram com a omissão do governo brasileiro, que jamais investigou seu modus operandi (BRASIL, 1993, p.116).

O trabalho desenvolvido pela BEMFAM se dava por meio de convênios com os municípios e entidades comunitárias espalhadas pelo país, e atuava como organização não governamental, consolidando uma forte rede de divulgação com práticas de larga escala do controle de natalidade. Com base na BEMFAM, em 1975, foi criado o Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC). Seu principal objetivo era treinar médicos que já estavam nas instituições de saúde, profissionais que atuavam nas escolas médicas e nos departamentos de ginecologia e obstetrícia de todo país, para a prática do planejamento familiar pautado essencialmente pela laqueadura tubária. Foi a partir dessa estratégia que a laqueadura foi difundida como “ideologia de contracepção de alta eficácia” (Brasil, Relatório nº.02, de 1993, p.33).

Além de averiguar as denúncias, a CPMI também propôs a regulamentação da lei de Planejamento Familiar. Neste sentido, o mesmo relatório da CPMI apresentou um projeto de lei, n.3.633 de 1993, que estabelecia as penalidades e a regulamentação da lei de planejamento Familiar (Brasil, Relatório nº.02, de 1993, p.122). Posteriormente, o projeto de lei n. 3633 transformou-se na Lei 9263, conhecida como Lei do Planejamento Familiar. O então presidente Fernando Henrique Cardoso vetou pontos cruciais da lei, como o artigo 10, que tratava especificamente das condições mínimas para que seja realizada a esterilização do homem ou da mulher, bem como regulamentava os procedimentos a serem tomados pelo poder público e as responsabilidades do Estado. Porém, os vetos foram derrubados pelo congresso nacional, sendo aprovada a lei na íntegra (BRASIL, 1996). Sendo assim, no que concerne a esterilização, a Lei de Planejamento Familiar define os seguintes critérios para realização de esterilização voluntária:

“ Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada a acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.(BRASIL, 1996).

A partir do exposto percebemos o quanto a organização de mulheres foi fundamental para o reconhecimento de pequenos avanços no que tange a autonomia dos seus corpos. A Lei de Planejamento Familiar foi uma ruptura no que antes se vislumbrava o controle de natalidade, a posteriori consolidou o direito de decidir. A partir desse contexto, se consolidou o arco da discussão acerca do direito ao planejamento familiar e os direitos reprodutivos das mulheres indígenas.

3.2.1 Existe planejamento familiar em Comunidades Indígenas?

O planejamento familiar nas comunidades indígenas, é um tema relativamente novo, no qual ainda surgem diversos questionamentos. Por ser um tema amplo, ramificado e complexo, tento contribuir em uma parcela dessas ramificações, pontuando questões com as mulheres indígenas de Aldeia Velha, considerando a legislação nacional. Nessa direção, entendo que a relevância da pesquisa, se situa na lacuna que existe diante da rara literatura que aborda o tema. Dificultando análise entre as falas das mulheres indígenas e as falas dos profissionais de saúde pautado em referencias teóricos que contemplem o percurso por elas vivido, e meios de se conseguir a cirurgia de laqueadura.

As limitadas informações, posso dizer “desinformações”, sugerem que programas de planejamento familiar em comunidades indígenas são qualificados enquanto genocídio. É preciso reafirmar que esses programas feitos de forma correta e esclarecida, respeitando a cultura e etnia, tragam qualidade de vida para as pessoas das comunidades. Outro ponto importante que deve ser evidenciado é a vontade de cada indivíduo, no caso da pesquisa, as mulheres indígenas em realizarem o planejamento familiar. Essa questão está exposta nas falas das indígenas entrevistadas.

Sobre as escolhas das indígenas não terem filhos, a Fundação Nacional da Saúde (FUNASA) lançou em 2002 o documento Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Ele denunciava questões relativas ao descaso aos indígenas e ao seguimento das dificuldades encontradas na questão motivadora de optar por não ter filhos,

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social. Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica (FUNASA, 2002, p.10).

Essa questão pode ser observada em uma entrevista feita com um profissional de saúde em uma matéria da Folha de São Paulo em 2007. A matéria explica que o programa de planejamento familiar é feito com discrição no Mato Grosso do Sul,

A Funasa (Fundação Nacional de Saúde) desenvolve um programa de planejamento familiar nas aldeias indígenas de Mato Grosso do Sul, atingidas pela miséria e pela desnutrição. O programa inclui distribuição de pílulas anticoncepcionais e cirurgias de laqueaduras (esterilização feminina pelo corte ou ligamento das trompas de falópio) e é tocado com discrição há dois anos. A Funasa o considera polêmico por levantar -erroneamente, segundo o médico Zelick Trajber- a questão de genocídio (destruição de um grupo étnico). "Não tenho notícia de que se faça [no país] um trabalho [de planejamento familiar indígena] do tamanho que temos aqui", disse Zelick. O médico da Funasa coordena a assistência médica nas aldeias do sul do Estado, onde vivem mais de 30 mil guaranis e cauiás. Eles são o alvo principal do programa de planejamento familiar e da assistência médica. Neste ano, sete crianças guaranis e cauiás de até dois anos morreram por desnutrição. Em 2006, a desnutrição apareceu entre as causas da morte de 14 indiozinhos de até quatro anos. Em 2005, foram 27 casos (FOLHA D S. PAULO, 2007).

O médico responsável pelo programa na matéria da Folha, Zelick Trajber, explica o processo para o planejamento familiar acontecer, no qual é necessário informar as indígenas sobre o método da laqueadura. As indígenas são encaminhadas para o psicólogo e elas têm a escolha sobre o método. Sobre o planejamento familiar o médico reforça:

Isso [o planejamento familiar] tem toda uma polêmica. Se for entrar nessas discussões com antropólogos, a coisa fica feia. Tenta-se divulgar que não se pode fazer isso porque seria genocídio. É uma questão de direito. A mulher tem o direito de optar. (JORNAL FOLHA D S. PAULO, 2007).

Segundo SILVA (2014, p.22) "há uma ideologia que circula no órgão responsável pela saúde indígena, e entre os (as) profissionais, de proibição do fornecimento dos métodos contraceptivos nessas comunidades, negligenciando e negando os direitos reprodutivos das índias." (SILVA, 2014, p. 27). O autor ainda discorre sobre o motivo por trás disso que ele chama de ideologia. Ela se apoiaria em uma informação que circula extra oficialmente de que "está na lei" a proibição de qualquer atividade relacionada ao planejamento familiar entre indígenas. Porém, para SILVA (2014, 2014, p. 27), não existem tais documentos. Percebe-se, portanto, uma vez mais a falta de informação de alguns agentes de saúde sobre o tema. No caso do Sul da Bahia, essa desinformação aparece de maneira excessiva, já que o episódio de laqueaduras de Roland Lavigne, potencializou essa polêmica no contexto de planejamento familiar e os povos indígenas.

Ilustro essa questão com uma fala de Cristina, indígena da Aldeia Velha. Cristina é mãe de três filhos e fez laqueadura por meio de um candidato a vereador em 2011. Na época, ela tinha 26 anos e sabia que não ia conseguir as autorizações necessárias para a realização da

cirurgia. Essas autorizações se referem à autorização do cacique e do órgão de saúde indígena, que assim como a questão citada do genocídio a das autorizações parecem ser mitos que na prática funcionam como realidade, substanciados pela a falta de informação. Nesse contexto, Cristina disse que amigas estavam tentando fazer a laqueadura a mais de um ano através do órgão responsável, a SESAI. Disse ainda, que nesse processo de espera, muitas colegas terminaram engravidando. Cristina só foi conseguir o procedimento através dos famosos “mutirões de laqueadura” que acontecem durante as campanhas eleitorais.

Ela afirma que esses “mutirões” são recorrentes e que todo ano de eleição eles ocorrem. “Pode ter certeza que esse ano [2020] vai ter, todo ano tem. ” (CRISTINA, c.c,08/03 2019). Sobre esses mutirões de laqueadura a literatura (CAETANO, 2014; FERRAZ DE SÁ, 1974) elucida que a troca de votos por serviços de saúde tem um longo histórico, principalmente na região Nordeste. Segundo a autora,

(...) a compra dos votos flutuantes coexiste na área com o voto certo da clientela, que busca benefícios (por falta de órgãos públicos de previdência social) nas ‘ajudas’ do proprietário. Estas se intensificam próximo às eleições, através do fornecimento de remédios, consultas ao médico local, fornecimento de roupas, alimentação, transporte para o votar e dinheiro (FERRAZ DE SÁ, 1974,p. 89).

Nesse contexto se insere o clientelismo, definido de maneira abrangente por CARVALHO (1997) como relações entre atores políticos na troca de voto ou apoio político por beneficiações em serviços públicos como empregos, moradia, serviços de saúde ou benefícios fiscais. No que reverbera a laqueadura de trompas, POTTER e CAETANO (2104, p.326) elucidam que o pouco conhecimento sobre contracepção, dificuldade ao acesso de outros métodos contraceptivos e o alto custo da cirurgia de laqueadura se tornam mecanismos facilitadores para a prática clientelista de troca de votos por ligadura de trompas.

É preciso esclarecer dois outros pontos importantes sobre o planejamento familiar e os povos indígenas: o primeiro se refere ao fato de que só foi existir um documento que regulamentasse o planejamento familiar para os povos em 2005; O segundo ponto é que, antes desse documento, o que valia era a Lei do Planejamento Familiar referida na Constituição Federal já citada.

Em 2003, ocorreu o Fórum Nacional para Elaboração da Política Nacional de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas do Brasil, no qual o tema do planejamento familiar foi um dos principais pilares. No ano seguinte, no Comitê Consultivo da Política Nacional de Saúde Indígena, o mesmo tema foi ponto de pauta da reunião. Vale ressaltar que o movimento de mulheres indígenas já vinha pontuando uma regulamentação do

planejamento familiar para seus respectivos povos, justamente por conta da falta de informação sobre o tema e da necessidade de uma melhor formação dos agentes de saúde. Além de resguardar profissionais da saúde que programassem o planejamento familiar nas comunidades indígenas.

Um exemplo sobre essa posição das mulheres indígenas se consolida na palavra da OLINDA MUNIZ TUPINAMBÁ (2005), indígena tupinambá da Reserva Caramuru-Paraguaçu, que alimenta o *website* *Índios Online*. No dia 13 de dezembro de 2005, Olinda transferiu sua insatisfação em um texto rico e didático sobre diversos assuntos que atravessam a vida de grande parte das mulheres indígenas. Dentre tantas questões colocadas por ela no texto, recorto o tema do planejamento familiar. OLINDA MUNIZ TUPINAMBÁ (2005) destaca a necessidade de uma mudança na posição do então órgão de saúde indígena:

A FUNASA é administrada segundo a política governamental que entende historicamente a nós índios como incapazes de gerir nossas próprias vidas. Em consequência desta visão política em relação a nós índios, não nos é dado o direito de escolher que métodos de controle de natalidade nos são mais apropriados. A questão é que já absorvemos muita coisa da cultura civilizada, e os seus métodos de controle de natalidade, se bem empregados, podem ajudar a nós mulheres indígenas a nos libertar da trajetória pessoal de gerar mais filhos do que desejamos. Não somos incapazes, não nos pode ser retirado o direito de escolher o que fazer com nossos próprios corpos. Se uma mulher civilizada tem o direito de fazer suas escolhas para evitar filhos que comprometam sua liberdade individual, nós índias também queremos ter assegurado esse direito. Se a questão está em nosso crescimento populacional, devemos ser educadas para não nos esterilizar de uma forma inconseqüente. O que não deve acontecer é sermos empurradas para parir um monte de filhos, sem que tenhamos ao menos recursos para cria-los (MUNIZ,2005).

Em outro trecho, a autora indígena evidencia a questão da demarcação da terra como ponto relevante para a questão de ter filhos, reafirmando que questões macroestruturais afetam diretamente na vontade de ter filhos ou não. Nesse mesmo trecho, torna-se evidente a não distribuição de métodos contraceptivos em comunidades indígenas, orientado pela insegurança de ser compreendido enquanto prática genocida. Disponibilizo o texto na íntegra nos anexos dessa dissertação.

No mesmo ano em que OLINDA MUNIZ TUPINAMBÁ (2005) escreveu seu texto, na Procuradoria da República no Rio Grande do Sul, em 28 de janeiro de 2005 foi realizada uma reunião para discutir a necessidade de elaboração de um documento que orientasse os DSEI'S sobre o acesso das comunidades indígenas ao planejamento familiar. A partir desse evento, dia 20 de maio em Brasília, a FUNASA organizou uma reunião para elaboração de um documento orientador de planejamento familiar em comunidades indígenas, estavam presentes o antropólogo Edgard Dias Magalhães e a médica sanitária Roberta Soares Nascimento. O

resultado do encontro foi a Nota Técnica n. 28/2005, que a FUNASA encaminhou para o Ministério da Saúde e Governo Federal, com o objetivo de orientar os órgãos responsáveis sobre a implementação da assistência em planejamento familiar para os povos indígenas. Sendo assim, elenco trechos da Nota Técnica 028/2005 para melhor entendimento:

(...) A assistência em planejamento familiar deve incluir acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, cientificamente aceitos, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, de acordo com a Lei do Planejamento Familiar, Lei n.º 9.263/1996. (...) A demanda por programas de planejamento familiar tem sido pautada pelas comunidades indígenas, tendo sido objeto de uma das resoluções do Fórum Nacional para Elaboração da Política Nacional de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas do Brasil, realizado em Brasília no período de 24 a 27 de novembro de 2003. O item 38 da sistematização de propostas relativas ao tema saúde, constante do Relatório Final do evento recomenda:

“Implantar programas de orientação para o planejamento familiar, respeitando as peculiaridades e interesses de cada povo”.

(...) Do ponto de vista da saúde pública e da antropologia, programas de planejamento familiar podem ser importantes para determinar a melhoria da qualidade de vida de homens e mulheres, com positivo impacto à saúde da mulher cito por exemplo, a ampliação dos intervalos interpartais; a prevenção da gravidez indesejada, principalmente na adolescência; a prevenção da utilização de métodos abortivos ou até infanticídio, muitos destes métodos admitidos culturalmente. (...) A realização de planejamento familiar em comunidades indígenas pressupõe a realização de esclarecimento à família, possibilitando à pessoa, à família e à comunidade optar ou não pelo uso de determinada técnica. Em se tratando de métodos reversíveis com o devido uso racional prescrição e acompanhamento médico não se põe em risco a possibilidade de reprodução, dado a tratar-se de grupos étnicos de baixo número populacionais, muitas vezes suscetíveis a baixa demográfica abrupta e às especificidades de suas regras de parentesco (FUNASA, 2005).

Em outro trecho da Nota Técnica, é possível observar o cuidado em diferenciar o conceito de etnocídio, tipificado na Lei 2.889 de 1956, do conceito de planejamento familiar (FUNASA,2005)¹². Vale ressaltar que esse documento surge de uma demanda das mulheres indígenas, pois quando o assunto se relaciona ao planejamento familiar de indígenas, os órgãos que têm a competência de atuar em relação ao assunto, agem de forma discreta, silenciosa e velada. Existe um receio de acusação de genocídio.

Outras questões importantes de pontuar são as especificações demonstradas no documento, compreendendo a autonomia de escolha entre fazer ou não fazer o planejamento familiar nos moldes do Estado, assim como a escolha pelo contraceptivo, escolha que deve partir dos casais e da comunidade que se aplica o planejamento familiar. Nesse sentido, SEGATO (2014, p.85) ilustra o papel do Estado em relação aos indígenas, que seria não de

¹² A nota na íntegra segue nos anexos dessa dissertação.

legislar por eles, mas sim de garantir a liberdade e autonomia de cada comunidade. Assim, sobre a Nota Técnica, evidencia-se certo grau de insegurança ao uso da mesma, talvez pela pouca disseminação, muitos profissionais de saúde se resguardem da promoção do planejamento familiar em comunidades indígenas, com receio de ser qualificado enquanto prática genocida.

3.3 MOVIMENTO DE MULHERES INDÍGENAS

Nós, povos indígenas do Brasil, percorremos um longo caminho de reconstrução dos nossos territórios e das nossas comunidades. Com essa história firmemente agarrada por nossas mãos coletivas, temos a certeza de que rompemos com o triste passado e nos lançamos, com confiança, em direção ao futuro. (...) A nossa luta indígena é uma homenagem aos inúmeros heróis que tomaram guerreando ao longo de cinco séculos. A nossa luta é para nossos filhos e netos, povos livres numa terra livre. (CONFERÊNCIA DOS POVOS E ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DO BRASIL – DOCUMENTO FINAL, 2000).

Para contextualizar o movimento das mulheres indígenas, é importante se debruçar sobre o panorama geral do movimento indígena no Brasil, já que o movimento dessas mulheres emerge do movimento nacional como um dos seus vários desdobramentos. Embora o movimento indígena, enquanto movimento social, só se consolide a partir da década de 70, antes mesmo disso já existiam várias formas de resistência indígenas.

Enquanto movimento social, MELUCCI (2001, p. 29) o classifica como “um fenômeno coletivo” construído através de certa unidade, porém no seu núcleo “significados, formas de ação, modos de organização muito diferenciados e que, frequentemente, investe uma parte importante das suas energias para manter unidas as diferenças”. A autora ainda evidencia que a peculiaridade do movimento indígena, apesar da grande diversidade cultural, parte de desafios comuns às diferentes etnias, que é a demarcação territorial, fim das opressões e racismo étnico.

De acordo com GOHN (2003, p.13), a definição dos movimentos sociais está atrelada a “ações sociais coletivas de caráter sócio-político e cultural que viabilizam distintas formas da população se organizar e expressar suas demandas”. Esta caracterização dialoga diretamente com o movimento indígena, já que apoiado na sua diversidade, suas organizações não têm vínculos com partidos políticos, além de não funcionarem através de única organização. Elas são diversas, e se movimentam paralelamente. O conceito de movimento indígena para os próprios indígenas, de acordo com BANIWA (2006, p. 58), “é o conjunto de estratégias e ações que as comunidades e as organizações indígenas desenvolvem em defesa de seus direitos e interesses coletivos.”

A partir da década de 1970, o Movimento Indígena no Brasil começa a tomar forma de uma maneira mais organizada. Isso se deu com o surgimento de novos atores na questão da política indigenista brasileira, entre eles quero destacar dois: Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e as Assembleias Indígenas, que tiveram uma grande importância no diálogo entre os indígenas (OLIVEIRA, 2010). Foi a partir dessas Assembleias que o movimento indígena começou a ser desenhado de maneira mais organizada e integrada.

Entre 1974 e 1980, quinze dessas assembleias tiveram lugar em diferentes partes do país, realizando um trabalho de mobilização das bases, através das lideranças indígenas de várias etnias em diversos cantos do mesmo (CARDOSO, 1988, p.20).

A partir dessas Assembleias, o movimento cria um novo alicerce na comunicação com o Estado. De acordo com BANIWA (2012, p.202), os indígenas mudaram também sua forma de se relacionar com o Estado. Se antes os povos mantinham uma atitude de resistência “física, cultural e política”, agora mudaram sua abordagem para uma resistência “ético-moral”. Foi com base nessa inflexão que o movimento indígena conquistou uma mudança de visão do Estado. Essa mudança, tinha a intenção de enterrar a questão tutelar. DANIEL MUNDURUKU (2012, p. 17), expôs o caráter pedagógico do movimento indígena no Brasil, já que os indígenas passaram a se apropriar da formalidade dos brancos, com o objetivo de serem mais facilmente atendidos em suas demandas. Nesse contexto, o Movimento Indígena com objetivo de unificação da luta indígena, criou uma organização de caráter nacional, a União das Nações Indígenas (UNI),

Guiados pelos embates em torno das necessidades vigentes das comunidades, as lideranças indígenas protagonizaram um importante momento da história motivados pela possibilidade concreta de organizar um movimento capaz de fazer o enfrentamento, valorizando os interesses indígenas de forma autônoma e sintonizada com seus anseios (DEPARIS, 2007, p. 81).

A UNI teve uma grande importância na conquista de direitos na Constituição de 1988. OLIVEIRA (2010, p.97) pontua que sua curta existência foi motivada por três pontos: O primeiro se relacionava à pouca articulação com a base; O segundo era a grande dificuldade em uma organização mais ampla na criação de ações, e terceiro, o não reconhecimento da UNI enquanto uma entidade organizativa e representativa pelo Estado. O autor ainda pontua, em terceiro lugar, que a UNI sofria investida de deslegitimação por parte da FUNAI, que sempre se guardava enquanto único órgão oficial de política indigenista.

Foi nesse panorama da UNI que se iniciou o processo de organização das mulheres. Elas começaram a perceber que as lideranças masculinas não estavam dispostas a escutar suas

demandas, assim como existia um bloqueio em deixar que essas mulheres tomassem a liderança e espaços de protagonismo (SANTOS, 2018). Orientados por questões hierárquicas de gênero, os homens indígenas expunham o lugar em que as mulheres indígenas deveriam ficar “[...] lembro que um líder indígena nos mandou ir para a cozinha ou ficar fora das Assembleias segurando os filhos no colo, inclusive o dele!” (POTIGUARA, 2002 p. 225). Essa fala, de Eliane Potiguara, uma das lideranças femininas indígenas com atuação desde os anos 1980, exemplifica de forma clara para o leitor o espaço que era destinado às mulheres.

A fim de compreender o Movimento de Mulheres Indígenas, é essencial entender que, segundo MATOS (2012, p. 148), nas sociedades indígenas, muitas das decisões que reverberam na comunidade são tratadas nos espaços domésticos, afrouxando desta forma a oposição entre espaço público e privado tão nítida em nossas próprias sociedades. A autora pontua sobre o protagonismo das mulheres no espaço privado, que afeta diretamente o espaço público. Segundo AZELENE KAINGÁNG (2013, p. 411) “as mulheres têm formas próprias de se impor, de se fazer ouvir, de fazer valer a sua ‘autoridade’ e de comandar revoluções silenciosas no interior das suas aldeias, sem que isso fique explícito”. A militante e socióloga indígena exemplifica a questão descrita acima, complementando sobre a forma em que as mulheres indígenas percebem-se enquanto dominadas, utilizando meios para ter sua vontade atendida, “[...] embora ninguém mais soubesse, muitas das decisões e das soluções que ele adotava eram ideias dela” (KAINGÁNG, 2013, p. 411).

As mulheres nunca tiveram à margem das questões pontuadas nas assembleias, apesar de não estarem nos espaços públicos de visibilidade. Elas desempenhavam e desempenham outros papéis importantes, amadurecendo suas perspectivas através de conversas paralelas com outras mulheres “experiências intergrupais e pluriétnicas, permitindo ampliar suas perspectivas sociais e políticas de participação tanto na aldeia como no campo do Indigenismo” como aponta MATOS (2012, p.148).

As primeiras associações de mulheres foram criadas ainda no final dos anos 1980, como a Associação das Mulheres Indígenas do Alto Rio Negro (AMARN) e a Associação das Mulheres Indígenas de Taracará, Rio Uaupés e Tiquié. A princípio, as mulheres se organizavam com objetivo de fortalecer as ações do movimento indígena, no qual a coordenação era das lideranças masculinas. SACCHI (2003,p.6) aponta que, com o passar do tempo, as mulheres indígenas foram pontuando as demandas que as atingiam diretamente, como a criação dos filhos, a saúde reprodutiva, maior capacitação e o combate a violência contra as mulheres.

A partir dessas Associações de Mulheres, começaram a ser organizados encontros de mulheres indígenas. Esses encontros tinham, como principal objetivo, a troca de experiências a

partir de pautas como: Maior participação nas decisões comunitárias, papel das mulheres na questão territorial, trabalho, artesanato e geração de renda (FONSCECA, 2016).

O primeiro “Encontro de Mulheres Índias do Amazonas e Roraima” aconteceu no dia 17 de novembro de 1989, tendo sido organizado pela Associação de Mulheres Indígenas do Alto Rio Negro, com participação de mulheres de etnias do Alto Rio Negro, do Médio Solimões, do Baixo Solimões e Roraima. Nos anos 1990, além de uma reorientação da política indigenista do Estado brasileiro e do surgimento de várias organizações indígenas, as mulheres começaram a se destacar dentro das próprias organizações, a exemplo da Associação de Mulheres Indígenas Sateré Mawé (AMISM), do Departamento de Mulheres da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (DMIRN/ FOIRN) e da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (DMIAB/COIAB) (ARIES e GOMES, 2018).

O primeiro encontro nacional das mulheres indígenas ocorreu entre 20 a 25 de setembro de 1995, por meio de suas organizações regionais. No encontro nacional foi aprovada uma carta para o Congresso Nacional. FONSECA (2016, p.127) resumiu as demandas da seguinte forma:

As demandas tinham como prioridade demarcação de terra; atendimento de saúde que respeite a especificidade cultural; educação bilíngue; pedido para que a Justiça puna as pessoas que assassinam as suas lideranças e realizam violências contra as mulheres indígenas e, ainda, que todas as violações de direitos indígenas fossem tratadas em âmbito federal, já que, no entendimento desse grupo, a impunidade decorre do tratamento de crimes contra indígenas na justiça comum (FONSECA, 2016, p. 127)

Nos anos 1990 ocorreram vários encontros de mulheres pelo Brasil afora, encontros que trataram de variados tópicos relacionados como a saúde, educação, território. Porém, o II Encontro Nacional de Mulheres Indígenas só foi ocorrer em 1999, nos dias 14 a 16 de dezembro. A diferença do I encontro, a importância desse decorreu de sua maior institucionalidade, tendo em vista a presença e participação do Conselho Nacional de Direitos das Mulheres (CNDM), da FUNAI e de 50 (cinquenta) representantes de associações e organizações indígenas (FONSECA, 2016, p. 127). Em 2001, através da Coordenação de Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), foi feita uma Assembleia Ordinária em Santarém (PA), a qual encaminhou a criação de uma instância de cunho nacional para tratar de pautas das mulheres indígenas. Esse seria o primeiro vislumbre de um espaço institucional específico para as demandas das mulheres indígenas (VERDUM, 2008).

No ano seguinte, em 2002, foi realizado o I Encontro de Mulheres Indígenas da Amazônia Brasileira, que teve como culminância a criação do primeiro Departamento de Mulheres Indígenas do Brasil, um departamento integrante do organograma da COIAB. Esse departamento tinha o objetivo de “defender os direitos das mulheres indígenas dentro do

movimento indígena e organizá-lo em forma de demanda para políticas públicas específicas para mulheres.” (ARIES e GOMES 2018, p.5). Com as lideranças representativas da COIAB, em 2006, em Brasília, nos dias 1 e 2 de abril, foi estruturado o encontro de mulheres indígenas de forma nacional. Neste, as mulheres discutiram principalmente sobre as formas de se organizarem enquanto movimento de cunho político.

3.4 MOVIMENTO DAS MULHERES INDÍGENAS NO NORDESTE

As autoras ARIES e GOMES (2018, p. 4) pontuam a criação da Comissão e Articulação dos Povos Indígenas do Leste/Nordeste em 1990, como uma consequência do período de redemocratização do Brasil. Em 1995, os povos indígenas do Nordeste se reúnem na IV Assembleia Geral em Belo Horizonte- MG, ano em que é fundada a Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME). Ainda segundo as autoras, o objetivo da criação da APOINME estava relacionado a uma melhor articulação entre os povos com o objetivo de reivindicar direitos, terra e políticas públicas diferenciadas na questão da saúde, educação e desenvolvimento.

Foi a partir dos anos 2000 que os encontros de mulheres indígenas do Nordeste tiveram início. Desses encontros, importante ressaltar o I Encontro Regional das Guerreiras Mulheres Indígenas do Nordeste e do Leste que ocorreu na cidade de Salvador em 22 de novembro de 2006. Após o evento, foi construído um documento com cinco pontos de reivindicação: o primeiro foi sobre a morte da guerreira Maninha Xucuru-Kaririem 11 de outubro de 2006, por negligência hospitalar, em Santa Rita – Palmeira dos Índios – AL. O segundo reivindica a lentidão no reconhecimento das terras, morosidade que tem causado grande disputa territorial e assassinatos das lideranças dos povos indígenas. Adenilson e Jorge Tuka, Chicão Xucuru e Chico Quele, assassinados nesse contexto de disputa foram lembrados no documento e solicitou-se que os responsáveis fossem punidos pelos crimes (CIMI,2006). No terceiro ponto, as mulheres pressionam a justiça brasileira pela perseguição de lideranças, criminalizadas por estarem lutando pelos seus direitos: Joel Brás Pataxó – BA, José de Santana – PE, Marcos Xucuru –PE, Dourado Tapeba – CE, Aurivam e Adailson Truká – PE, Paulo Tupiniquim e sua comunidade em Espírito Santos. Todos esses líderes foram acusados de roubo, furto e formação de quadrilha por cobrar seus territórios invadidos, indo contra o interesse de políticos e empresários na disputa territorial. No quarto ponto, as mulheres indígenas reivindicam, ao então Presidente Lula, programas que melhorem a saúde e educação dos povos, assim como recursos que apoiem as organizações indígenas. O último ponto, as Mulheres Indígenas do Nordeste e Leste

reivindicam a garantia na participação na Conferência Nacional de Mulheres em 2007 (CIMI, 2006).

Em 2007, em Ribeirão das Neves- MG, por meio da APOINME, é realizada a primeira Assembleia Leste/Nordeste de mulheres indígenas. No encontro, foi apresentado o diagnóstico dos Estados de Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Ceará, Bahia, Paraíba, Minas Gerais e Espírito Santo. Nesse documento constam informações sobre saúde, educação, movimento indígena e questão territorial. Nessa assembleia, foi definido o dia 11 de outubro como o Dia Regional da Mulher indígena. Ceíça Pitaguary foi escolhida para representar as mulheres da APOINME no Departamento de Mulheres Indígenas (ARIES e GOMES 2018).

Esses encontros tinham objetivos muito sólidos: Reunir as mulheres indígenas, garantir maior espaço a elas dentro do movimento indígena assim como articular as organizações das mulheres indígenas pelo Brasil, tais como, a Articulação de Povos Indígenas da Região Sul, Conselho de Mulheres Indígenas Potiguara (COMIP), Articulação de Mulheres Indígenas do Ceará (AMICE), Organização das mulheres indígenas Xukuru Kariri (OMIXUK) e Organização das Guerreiras Indígenas Kambiwa (OGIK), entre outras (ARIES e GOMES 2018).

A consolidação do processo organizativo se deu com a criação de um espaço de gênero dentro da APOINME, uma vitória das mulheres indígenas. Durante a inauguração do espaço foram homenageadas as mulheres indígenas que lutaram arduamente pelo movimento de mulheres, transformando-as em símbolo de resistência e luta.

No cenário indígena brasileiro, para falar sobre o trabalho das guerreiras Indígenas e sua organização é preciso primeiramente fazer menção a quatro grandes lideranças mulheres: Maninha Xukuru Kariri, Quitéria Binga, Zenilda Xukuru e Cacica Hilda Pankararu. Elas são o exemplo de que o movimento de mulheres indígenas não é novo, pois sempre existiram mulheres que conduziram seus povos sem ter a preocupação de que existisse um movimento específico [...] O que se tem hoje é fruto da caminhada e da luta dessas bravas guerreiras (CEIÇA PITAGUARY EM ENTREVISTA CONCEDIDA A ARIES e GOMES 2018, p. 9).

Em 2008, na cidade de Itamaraju, Bahia, nos dias 9, 10 e 11 de julho, as mulheres Pataxó e Tupinambá da Serra do Padeiro, com o apoio da APOINME, se reuniram no II Encontro de Mulheres Pataxó do Extremo sul da Bahia. Com o objetivo de analisar a conjuntura regional da situação das aldeias (CIMI, 2008). Nesse encontro, elas produziram um documento para o Ministério Público Federal, enviado com cópia para à 6º Câmara; CGDDI¹³, FUNAI¹⁴, CNPI¹⁵,

¹³Coordenação Geral de Defesa dos Direitos Indígenas

¹⁴Fundação Nacional do Índio

¹⁵Conselho Nacional de Política Indigenista

CEE¹⁶, MEC¹⁷, e Secretaria de Direitos Humanos. Neste documento, elas manifestam sobre a lentidão na demarcação dos territórios, a violência sofrida pelos líderes das comunidades, a destruição da mata em decorrência da expansão da monocultura, o assoreamento e poluição dos rios e as doenças de pele, principalmente nas crianças. Elas concluem o documento com um recado às autoridades:

Por tudo isso, nós mulheres afirmamos que estamos fortalecendo a nossa luta e faremos manifestações para chamar a atenção das autoridades e dos governos. A partir disso, vimos solicitar às autoridades competentes que cumpram e façam cumprir os nossos direitos. (CIMI, 2008, p.1).

No ano seguinte aconteceu o I Encontro das Mulheres Indígenas Pataxó, que reuniu mulheres de 23 aldeias no Centro Cultural Indígena, em Santa Cruz Cabralia, no qual as pautas eram direito ao planejamento familiar, educação, saúde e posse da terra. É importante pontuar no que se relaciona a mulheres indígenas Pataxó, esse encontro foi um dos primeiros que menciona o planejamento familiar de forma explícita. Nesse contexto, é possível observar como as pautas que eram gerais, vão se tornando cada vez mais específicas e claras para as mulheres. No primeiro dia do encontro foram discutidas as pautas sobre violência doméstica, liberdade de expressão, número de filhos por família e geração de renda (ISA, 2009).

Outro ponto importante do encontro foi um debate sobre a Lei Maria da Penha (11.340/2006). As mulheres discorreram que a lei não contempla as mulheres indígenas, já que as diferenças culturais dificultam a aplicação da lei no contexto indígena (ISA, 2009). No final do encontro foi redigido um documento com sugestões sobre políticas públicas e questões internas. O documento foi encaminhado para as três esferas dos órgãos governamentais.

Os encontros das mulheres tiveram como resultado o fortalecimento da articulação entre as mulheres de diferentes comunidades. Ilustro esse contexto com a I Marcha das mulheres Indígenas em Brasília que aconteceu em 2019, no qual pude acompanhar de maneira virtual através das mídias sociais, sobretudo das próprias indígenas. A marcha teve como tema: “Território: nosso corpo, nosso espírito”. Telma Taurepang, atual coordenadora da União das Mulheres Indígenas da Amazônia Brasileira (UMIAB), foi a primeira coordenadora mulher no Conselho Indígena de Roraima. Telma conta que essa luta vem de longe:

No ATL (Acampamento Terra Livre) de 2016, aconteceu a primeira plenária de mulheres indígenas. Aquele momento foi um marco histórico para nós mulheres. Esse reconhecimento da luta das mulheres, do nosso protagonismo dentro da Mobilização Nacional Indígena, dentro do país. Em 2017, surge a segunda plenária, em que foi homenageada nossa liderança Rosane Kaingang. Na sequência, em 2018, ocorreram

¹⁶Conselho Estadual de Educação

¹⁷Ministério da Educação

três plenárias das mulheres indígenas. Então, isso impulsionou o coletivo, a voz das mulheres indígenas pra que realmente acontecesse a 1ª Marcha das Mulheres Indígenas. Mas antes disso, lá em 2014, em Campo Grande, surgiu a discussão para que houvesse essa marcha. Esse grupo deu referência à voz das mulheres indígenas em um projeto dentro da ONU. Começaram lá as discussões e o planejamento para essa marcha que vai acontecer. Então essa é uma luta muito grande, em um contexto que vem há muito tempo sendo de muita resistência e que muitas das vezes nos deixam um pouco de lado, quando temos algumas organizações que não reconhecem ou que não nos veem dessa forma positiva dentro do próprio movimento indígena.”(CIMI, 2019, p. 1).

A marcha contou com cerca de 2.500 mulheres indígenas, de 130 povos de todos os estados, que marcharam do local do acampamento até a Câmara dos Deputados no Congresso Nacional. As pautas estavam fundadas nas lutas territoriais, a violência e o machismo nas aldeias. O documento final produzido pelas mulheres sinaliza sobre esse contexto:

O movimento produzido por nossa dança de luta, considera a necessidade do retorno à complementaridade entre o feminino e o masculino, sem, no entanto, conferir uma essência para o homem e para a mulher. O machismo é mais uma epidemia trazida pelos europeus. Assim, o que é considerado violência pelas mulheres não indígenas pode não ser considerado violência por nós. Isso não significa que fecharemos nossos olhos para as violências que reconhecemos que acontecem em nossas aldeias, mas sim que precisamos levar em consideração e o intuito é exatamente contrapor, problematizar e trazer reflexões críticas a respeito de práticas cotidianas e formas de organização política contemporâneas entre nós. (CIMI, 2019, p.2).

O documento avança relacionando sobre como o território tem influências no corpo indígena:

Lutar pelos direitos de nossos territórios é lutar pelo nosso direito à vida. A vida e o território são a mesma coisa, pois a terra nos dá nosso alimento, nossa medicina tradicional, nossa saúde e nossa dignidade. Perder o território é perder nossa mãe. Quem tem território, tem mãe, tem colo. E quem tem colo tem cura. (CIMI, 2019, p.2).

O documento segue elencando diversos pontos importantes na luta indígena, como o racismo estrutural sofrido pelos povos, a gestão antidemocrática do atual governo, a saúde indígena coordenada pela SESAI e a necessidade de ser exercida por profissionais qualificados que compreendam as especificidades dos povos. Além desses temas, foi colocado a exclusão por completo do Marco Temporal (CIMI, 2019), tese que propõe que os territórios indígenas só podem ser demarcados se os povos indígenas comprovarem a ocupação até a data exata da promulgação da Constituição Federal, isto é, em 5 de outubro de 1988. Esta tese é completamente incoerente, pois ela ignora o fato de muitas comunidades terem sido expulsas de seus territórios antes de 1988, e neste sentido a resistência a esta tese continua na pauta do movimento indígena nacional.

No ano de 2020, impossibilitadas em construir um espaço presencial devido à pandemia de Covid-19, no mês de agosto do mesmo ano, as mulheres articularam uma assembleia online:

Em 2020, com o agravamento das violências aos povos indígenas durante a pandemia da Covid-19 nós decidimos demarcar as telas e realizar a maior mobilização das mulheres indígenas nas redes. Nos dias 7 e 8 de agosto, acontece a nossa grande assembleia online com o tema: O sagrado da existência e a cura da terra” (APIB, 2020, p.1).

A assembleia teve como ponto inicial a discussão sobre estratégias para o fortalecimento das candidaturas indígenas, seguido por uma mesa que abordava os traumas acarretados pelo racismo sofrido por essas mulheres. Durante a mesa final, o tema que teve destaque foi o grande número de indígenas mortos por Covid-19, sendo pautada a negligência do atual governo brasileiro no cuidado com os povos indígenas (APIB, 2020). Ao final da assembleia, foi lida uma carta final redigida pelas mulheres indígenas durante o evento online. Entre tantos assuntos de relevância, destaco parte da carta na fala da JOZÉLIA DANIZA KAINGANG :

Muito se fala em encontrar um princípio ativo para cura da Covid-19, mas é preciso também que ativemos nossos princípios de humanidade para cura do racismo. Insistiremos na cura desse trauma por meio das mulheres indígenas. Com racismo não tem cura. Lutar pelos direitos dos nossos territórios é lutar pelo nosso direito à vida. A vida e o território são a mesma coisa, pois a nossa terra nos dá o alimento, nossa medicina tradicional, nossa saúde e a nossa dignidade. [...] Mais do que nossas narrativas, queremos que reconheçam nossas narradoras. Reafirmamos e fortalecemos com essa Assembléia, as nossas estratégias para as candidaturas das mulheres indígenas. Nós mulheres, indígenas, seguiremos tecendo nossas redes em parcerias com outros movimentos de mulheres: camponesas, negras, urbanas, pescadoras, quilombolas, de povos e comunidades tradicionais. Juntas somos mais potentes na transformação da nossa dor e nosso choro em luta. (APIB, 2020).

Os encontros, assembleias e reuniões são alicerces que fortalecem o movimento de mulheres indígenas. Acredito que seja importante evidenciar aqui, que nem toda aldeia tem uma Associação específica de mulheres, porém elas se organizam dentro do movimento indígena. Digo isso tomando como exemplo as mulheres de Aldeia Velha. Elas não têm uma Associação específica de mulheres, porém suas demandas são colocadas através de reuniões e assembleias gerais da Associação Ecoturismo da aldeia. Atualmente, quem preside a Associação da Aldeia Velha é justamente uma mulher, Carolina, uma das entrevistadas.

O movimento de mulheres indígenas foi basilar nos eventos citados nesta pesquisa, desde a luta pelo o território, pela a garantia de direitos, criação e discussão de políticas públicas específicas para as mulheres, entre elas a consolidação do direito ao planejamento familiar. O fruto dessa organização ultrapassou barreiras culturalmente impostas e colocou em evidência a força dessas mulheres, que hoje ocupam diversos espaços. O movimento teve esse papel

fundamental, mostrar que as mulheres não só integram discussões políticas, como são agentes essenciais na luta por território e garantia de direitos.

4 O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PRÁTICA

Nesse momento tentarei estabelecer relações com o exposto nos capítulos anteriores, isto é, relações entre o processo histórico e legal do planejamento familiar e o que de fato acontece no dia a dia. Pontuo aqui que minha busca e escuta foi exclusivamente sob a ótica das mulheres indígenas. No tocante ao planejamento familiar, foquei na laqueadura tubária especificamente e no processo para conseguir autorização para realização de tal procedimento. A distância entre a teoria e a prática é sempre muito grande e a análise do planejamento familiar entre os povos indígenas é paradigmática dessa máxima. Nesse sentido, tentarei delinear essa distância que, de alguma forma, representa o Planejamento familiar tal como ele é vivido no cotidiano das pessoas, a partir da própria experiência de mulheres indígenas que aceitaram narrar suas motivações para realizar laqueaduras. Outro ponto abordado neste capítulo são as falas dos profissionais de saúde, que possuem o objetivo de elucidar algumas questões como: O percurso burocrático que as indígenas percorrem para conseguir a cirurgia de laqueadura, as dificuldades que as indígenas atravessam para conseguir a cirurgia na ótica dessas profissionais e sanar as dúvidas sobre as autorizações para a laqueadura.

4.1 O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA PERSPECTIVA DAS MULHERES INDÍGENAS DE ALDEIA VELHA

Em sua maioria, as entrevistas com as mulheres indígenas de Aldeia Velha foram realizadas em seu local de trabalho ou em suas casas. As entrevistas a seguir, ocorreram com base em roteiro pré-definido. A escolha inicial das mulheres se valeu de contatos com lideranças femininas locais, com grande poder de inserção na Aldeia. Na sequência ao primeiro contato, às mulheres seguintes ocorreram por indicações feitas pelas próprias entrevistadas, por achar que determinada mulher teria uma história interessante para me contar.

A primeira mulher com quem tive contato se chama Joana. Ela é uma liderança na aldeia, já que coordena a Escola Indígena Pataxó Aldeia Velha. Combinamos de nos encontrarmos no dia 17/06/2019, na escola, no horário da tarde, que era mais confortável para ela. Ao chegar, aconteceu de ocorrer uma reunião com os professores de última hora, então a conversa foi breve e com muitas intervenções dos professores.

Após explicar sobre o tema da pesquisa, perguntei se ela achava que o projeto tinha algum interesse. Prontamente, ela me responde que sim, que era importante, mas que era muito complicado, porque na aldeia há muito machismo. Joana me contou que os homens indígenas têm muito preconceito com mulheres laqueadas. Para eles, não é natural uma mulher não poder engravidar. “Aqui na aldeia tem muito machismo, os homens são muito machistas, fica com preconceito com mulher que não pode ter filho.” (JOANA, c.c. 17/06/2019)

Contou-me que as mulheres indígenas querem poder trabalhar fora e ter seu dinheiro, mas que isso é muito difícil com um número grande de filhos. A conversa seguiu fluida e abrangente, sem que fosse preciso elaborar novas perguntas. Ela dividiu comigo a experiência que ela teve na primeira tentativa de fazer laqueadura em 2008. Contou-me que, ao decidir fazer a cirurgia, foi ao hospital. No entanto, percebeu que precisaria de muitos documentos. Desta forma, acabou desistindo. Quando perguntada sobre quais documentos foram pedidos, ela me disse que não se lembrava bem. Perguntei se ela se lembrava sobre a necessidade de algum documento da FUNAI, essa pergunta foi baseada na literatura ALMEIDA (2018) e SOUZA (2002) que evidenciam a necessidade da autorização tanto do órgão indigenista, como do cacique. Joana disse-me que não se lembrava exatamente de todos os documentos que deveriam ser apresentados, mas que pediam uma autorização da FUNAI e outro documento em que constaria a ciência e autorização do cacique da aldeia. Quero pontuar que meu objetivo com essas perguntas era construir o caminho das indígenas para conseguir a laqueadura. Disse estar “muito feliz por não ter dado certo, senão não teria minha caçulinha hoje” (JOANA, c.c. 17/06/20) se referindo à filha mais nova que, hoje, tem 12 anos de idade. Nossa conversa foi interrompida pela necessidade da presença de Joana na reunião dos professores. No entanto, ela já me indicou outras mulheres com quem eu poderia conversar na aldeia, entre elas Carolina.

Terminada a conversa, seguiu para a casa de Carolina, que é apiculadora. Ela me recebeu em sua casa, conversamos no sofá, tomando uma xícara de café. Conteí sobre a pesquisa. Assim que terminei de falar, ela disse: “Espera aí, que eu vou chamar minha irmã, você vai gostar de conversar com ela.” (CAROLINA, t.p. 17/06/20). Em alguns minutos chegou Marta; falei um pouco sobre a minha pesquisa e ela me perguntou se poderia me contar a história dela com a laqueadura, confirmei com a cabeça e ela foi me contando enquanto passeávamos pelo quintal da casa delas.

Como não me senti à vontade para gravar a conversa, já que era a primeira visita à Aldeia, registrei pontos importantes no meu caderno de campo. Marta me narrou que, quando chegou à aldeia, já possuía três filhos e que não queria ter outros mais. Na tentativa de fazer a laqueadura em um hospital de Porto Seguro, foi informada, assim como Joana, que precisaria

da autorização da FUNAI e do cacique. Ela conseguiu a autorização da FUNAI através de “um conhecido que trabalha lá”. Disse que era difícil conseguir, mas que não teve muitos problemas em relação à autorização. A dificuldade, no seu caso, se deu em relação à obtenção de autorização do cacique, já que ela era recém-chegada à Aldeia Velha e ele estava relutante em aceitá-la. A saída que ela encontrou foi ir até uma aldeia da Terra Indígena (TI) Coroa Vermelha e solicitar essa autorização com o cacique de lá. “Quando eu cheguei, ele demorou pra me aceitar aqui. Essas coisas, né?! Eu pedia pra ele a autorização e ele não me dava, aí eu tive que ir pra Coroa falar com cacique de lá.” (MARTA, c.c. 17/06/20) Só assim, com essas autorizações em mãos, ela pode, finalmente, fazer a laqueadura.

Ela reafirmou a fala de Joana sobre o machismo na aldeia e o preconceito dos homens indígenas com as mulheres laqueadas. Sobre seu marido, disse que ele era contra sua decisão de fazer a laqueadura, que quando o interrogou sobre ele fazer vasectomia, ele disse que nunca faria, já que a cirurgia o deixaria “brocha”, que os homens da Aldeia iriam rir dele, porque se ele se separasse dela, como ele iria fazer para ter mais filhos? A partir dessa fala, observa-se uma nítida separação entre o que seria do homem, o sexo, e o que seria relacionado à mulher: a reprodução, e, portanto, os cuidados com a contracepção. Sobre isso, na narrativa de Marta, um ponto me chamou atenção: ela me disse que só conhecia um homem na aldeia que teria feito vasectomia, e que se trataria de um homem branco casado com uma indígena. Finalizamos a conversa no mesmo sofá em que nos conhecemos, ela me contando sobre a liberdade que teve depois de fazer a laqueadura, que era muito bom poder trabalhar fora de casa e poder ganhar seu próprio dinheiro. No período da entrevista, ela trabalhava no Eco Parque, um parque aquático situado em Arraial D’Ajuda que emprega muita gente no distrito.

Minha segunda ida à aldeia ocorreu no dia 08/03/20, um pouco antes do início da pandemia. Nessa ocasião, conversei com Cristina, indígena que já havia sido agente de saúde na aldeia. No entanto, na ocasião da conversa ela estava trabalhando como camareira em um hotel de Arraial. Contou-me como foi sua experiência com a laqueadura e sobre todas as dificuldades em conseguir realizar a cirurgia. Quando perguntada sobre os documentos necessários, disse que existia a autorização do cacique e da SESAI, mas não sabia me dizer quais seriam os outros documentos necessários.

Na época, isto é, em 2011, ela tinha 25 anos e três filhos. Seu marido não aceitava fazer vasectomia. Foi então que ela decidiu fazer a laqueadura. A maneira que ela achou de fazer a laqueadura, de forma mais rápida, foi através de uma campanha eleitoral em 2011, no qual foi acompanhada por mais três mulheres da Aldeia Velha. Ela não entrou nos detalhes de quem era o político em campanha e que estava fomentando o mutirão de laqueadura, mas contou que foi

em Cabrália e que o cacique de lá fez uma autorização na hora para ela mostrar ao médico. Ela me disse que todas essas laqueaduras são feitas “debaixo dos panos¹⁸”. Cristina falou, inclusive, que durante toda eleição essas campanhas de laqueadura são realizadas e que as mulheres indígenas aproveitam esse momento para fazer tal procedimento, já que de outra maneira é muito mais difícil. Duas amigas dela tentaram fazer pela rede privada. No entanto, uma desistiu pela quantidade de documentos solicitados. Já a outra também quase não conseguiu, porque não conseguia juntar todos os documentos. Mas depois de quase um ano ela fez a laqueadura na rede privada.

No dia 13/03/20, uma sexta-feira, encontrei Bianca, indígena e agente de saúde na Aldeia Velha. Nós já tínhamos conversado e ela já sabia do tema da minha pesquisa. Ela marcou uma conversa comigo na data citada, já que na sexta ela me sinalizou que era um dia mais tranquilo no posto de saúde. Quando cheguei à Aldeia, a senti um pouco reflexiva, sobretudo quando iniciei a fazer as perguntas. Interroguei se estava atrapalhando, se era melhor voltar outro dia. Foi então que ela me informou que tinha conversado com a Enfermeira da SESAI, sobre minha ida, tendo sido orientada a me indicar uma entrevista com a própria profissional de saúde. Já que algumas informações são sigilosas e que a única pessoa que poderia falar comigo sobre isso seria a enfermeira da SESAI, que faz atendimento no posto todo início da semana. Sobre essa questão do sigilo, é necessário pontuar o Art. 7 da Carta dos Direitos do Usuários da Saúde do Ministério da Saúde que delibera sobre o direito ao acesso à informação e esclarecimento sobre as atividades desenvolvidas pelo sistema (BRASIL, 2012).

Apesar da negativa, conversei com Letícia Pataxó, outra indígena, que também trabalha na unidade. Ela me disse que não é agente de saúde, que é uma espécie de “faz-tudo” do postinho. Conversei sobre a pesquisa e ela me disse que tinha feito a laqueadura há alguns anos através de uma campanha eleitoral. A conversa não pode ser alongada por demandas do posto, mas ela se interessou em continuar a conversa comigo, gesto demonstrado por meio da doação do seu número de telefone pessoal.

Logo, após a última visita à aldeia, no dia 13/03/20, a Aldeia Velha teve seu primeiro caso de Covid-19, através de um francês recém-chegado do seu país que fez sua festa de aniversário, no dia 14/03 na aldeia. Já no dia 17/03, ele passou mal e, na semana seguinte, testou positivo para o Covid-19 (NAMIDIA NEWS,2020). Logo após esse registro, a Aldeia Velha fechou. Apesar dessa interrupção temporária da pesquisa de forma presencial, construí laços de amizade com Cristina e passamos a nos comunicar por *whatsapp*, e isso antes mesmo da

¹⁸ Expressão popular para designar algo escondido.

pandemia. Com o isolamento social continuamos trocando mensagens com certa regularidade. Conversávamos sobre a família, trabalhos, e outros temas abrangentes de seu cotidiano. Nesse período, essa estreiteza de laços com minha interlocutora, foi providencial para que eu acessasse informações mais detalhadas de sua vida. O tempo foi passando e no início de maio de 2020, propus a ela uma entrevista on-line. Ela me respondeu: “- Minha internet é ruim, e agora eu vou ficar sem porque não tenho dinheiro pra pagar. É melhor pessoalmente que a gente se ver, fala, conversa. E assim, esse negócio pelo *whatsapp* não acho muito bom não. Pode ser?” (Cristina, 11/05/20 via *Whatsapp*). Eu disse que era melhor não, a ideia de ser um vetor de doença dentro de uma comunidade indígena me apavorava. Falei que precisava muito gravar nossa entrevista, mas eu esperaria. Até porque, nesse momento, Porto Seguro estava vivendo longos períodos de *lockdown*. No final de setembro de 2020, ela me disse que o marido estava trabalhando em um hotel em Caraíva, assim, eu voltei a pensar na possibilidade de uma entrevista pessoalmente. Então comecei a refletir como eu poderia fazer essa entrevista da maneira mais segura possível.

Conversei com uma amiga que mora sozinha em um sítio no Distrito de Arraial D’Ajuda, já que ir à aldeia estava fora de cogitação. Perguntei se ela me “emprestaria” a casa dela por algumas horas para fazer a entrevista com Cristina. Tendo o positivo da minha amiga, marcamos de nos encontrarmos dia 02/10/2020. Até então, utilizava apenas o caderno de campo para fazer os registros e não havia gravado nenhuma conversa com as mulheres indígenas, já que a maioria dos encontros foram encontros de contatos e de observação da aceitação do tema da pesquisa. Nesse encontro, levei um gravador e estava ansiosa para usá-lo, como se fosse meu “rito de passagem” enquanto pesquisadora em minha própria cidade.

Encontramo-nos e fomos direto para o sítio, parecia festa. Eu levei uma garrafa grande de café e ela um bolo e pão recheado. Assim que chegamos, perguntei se poderia gravar, ela autorizou e começamos a conversa. A princípio, a conversa se estendeu sobre a pandemia e os casos de Covid-19 em Aldeia Velha, até aquele momento eram poucos casos relatados. Cristina contou-me sobre ser a cuidadora da avó acamada, que ela chama de mãe, e nessa conjuntura de pandemia estava gerando muita preocupação, somado ao fato do marido estar trabalhando na rede hoteleira de Caraíva. Ele só ia à casa dois dias na semana. Na Aldeia Velha o isolamento foi rígido: “Eu não aguento mais ficar em casa, fico arrumando coisa para fazer. Eles não tão deixando nem as crianças brincarem fora de casa.” Acredito que seja esse um dos motivos que os números de casos de Covid-19 em Aldeia Velha terem se mantido bem abaixo em comparação a outras aldeias da região. Como comparativo, em 02 de novembro de 2020, Aldeia Velha se mantinha em 1 caso, em comparação a Barra Velha estava em 133 casos no mesmo

período¹⁹. Cristina narrou ter ficado um pouco frustrada, pois no período em que ia iniciar o trabalho no posto de saúde, a pandemia teve início. Preocupada com a família e principalmente com a mãe, decidiu fazer pães e bolos para vender na comunidade, e assim, ter uma fonte de renda. Após uma conversa de “atualização” sobre as novidades da vida no geral, propus que iniciássemos a entrevista.

Entrevista com Cristina Pataxó em 02/10/2020:

Cristina tem 36 anos e é moradora da Aldeia Velha. Ela me contou que sua família é oriunda de Barra Velha e que vieram para Arraial D’Ajuda em busca de melhores trabalhos. Moraram muito tempo no centro de Arraial, e depois se mudaram para Aldeia Velha.

Ela é mãe de três filhos. Decidiu fazer laqueadura em 2011, logo após o nascimento do seu último filho. Essa decisão foi orientada porque ela não queria ter mais filhos. Segundo ela: “eu não queria me encher de filhos”. Além disso, me disse que precisava trabalhar. Seu marido a princípio foi contra. Mas ela me contou que, depois que o marido percebeu que ela estava decidida, que não iria mudar de decisão, ele enfim, a apoiou.

Ela falou que quando decidiu fazer a laqueadura, nem pensou em fazer pela SESAI, já que é notório na aldeia que o processo é muito moroso. Foi na campanha de 2011 que ela soube que estavam laqueando mulheres na Coroa Vermelha – BA, através de Rose, uma amiga do candidato a vereador, que também é cacique de uma aldeia em Coroa.

Ela me explicou que, uma semana antes do procedimento, ela foi fazer os exames prévios para a laqueadura e que o cacique candidato a vereador deu autorização ao médico. Existe todo um protocolo de exames pré-operatórios para a realização da cirurgia, sendo eles: avaliação cardiológica; teste de gravidez; exames clínicos ginecológicos; citologia (papanicolau), além de uma pesquisa para infecção ginecológica; ultrassonografia pélvica (LAGINHA, 2020).

Após os exames, o médico disse: “Estou fazendo a cirurgia, mas vocês sabem...”, fazendo sinal de silêncio e bico fechado com o dedo na boca. Após a cirurgia, ela e mais três indígenas estavam na sala de espera para receber alta e o médico pediu doações para o Hospital Municipal de Santa Cruz Cabralia (farinha, aipim, arroz, mantimentos em geral), qualquer coisa que ajudasse o Hospital. Ele justificou que a necessidade dessas doações era para as pessoas que estavam internadas e não tinham condições financeiras. Ela me contou das dificuldades no dia da cirurgia. Ela e as outras indígenas foram de ônibus para o hospital em Santa Cruz Cabralia. O transporte era responsabilidade delas. O combinado com o candidato/cacique era só a

¹⁹PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO. Secretaria de Saúde. **Combate ao Coronavírus**. Porto Seguro. 2021. Disponível em: <<https://coronavirus.portoseguro.ba.gov.br/>> Acesso em: 25/07/2021

cirurgia. O problema maior foi à volta para a Aldeia Velha. Não era recomendado que as quatro mulheres, recém-saídas de uma cirurgia, viajassem de ônibus. A distância entre a Aldeia Velha e o Hospital Municipal de Cabrália é aproximadamente de 50 quilômetros. Ela teve que ligar para o marido. Ele as foi buscar.

Contou que ela e as outras três indígenas doaram cestas básicas para o Hospital. Perguntada se ela sabe sobre outras mulheres que fizeram laqueadura, ela disse que tem uma conhecida que pagou R\$4.000 pelo procedimento no particular “debaixo dos panos”.

Como conversamos muito, os assuntos eram abrangentes acerca da sua vida e, para mim, estava sendo ótimo. Ela me contou sobre sua vida pessoal, como ser uma mulher indígena, mesmo que dentro de uma aldeia, era difícil. Contou-me que sofria muito preconceito da sogra por ter tido três filhos, cada um com pais diferentes. Outra dimensão importante das conversas com Cristina foi relativa às informações por ela compartilhadas sobre a rotina diária de muitas mulheres da Aldeia, com as quais ela tinha proximidade. Sobretudo, relacionado ao período da pandemia, onde os filhos não estavam indo a escola e, assim, o trabalho em casa avolumou-se ainda mais, bem como o fato de existirem muitas mulheres que trabalham nos dois turnos, não podendo realizar serviços em casa, mesmo em épocas de pandemia. Ela finalizou a conversa contando sobre seu casamento, dizendo que é difícil e que durante o isolamento as dificuldades foram ainda maiores, mas que é muito feliz com o marido, que ele é um ótimo pai. Após a conversa com Cristina, tentei mais algumas entrevistas com outras mulheres da aldeia. Mas as tentativas foram infrutíferas devido a pandemia de covid-19.

Como foi possível observar já no primeiro contato com a primeira entrevistada, a questão do machismo apareceu de maneira muito explícita, como aparece em outros momentos, com outras indígenas entrevistadas. KAXUYANA E SILVA (2008, p. 41-42) evidenciam que os valores machistas nas aldeias são oriundos das sociedades coloniais, e que a relação de dominação de uma cultura sobre a outra traz uma mudança estrutural nas comunidades indígenas.

A desestruturação das sociedades indígenas, de modo geral, tem incidido nos elos mais fracos dessa sociedade: as mulheres e as crianças. Portanto, se no passado a “lei dos brancos” não tinha muito a dizer para o universo indígena, hoje parece ser necessária (KAXUYANA, E SILVA, 2008, P. 41- 42).

Essa mudança estrutural a que as autoras se referem, se relaciona principalmente no valor empregado ao trabalho da mulher, já que após o contato com os invasores brancos, os trabalhos das mulheres, como a maternidade e o doméstico, sofreram um processo de hierarquização, ou seja, um com maior valor sobre o outro, sendo o trabalho masculino mais valorativo que o das mulheres.

SEGATO (2014, p.77) evidencia isso afirmando que a ideia de gênero sempre esteve presente nas sociedades indígenas. Porém, ela assinala que a existência desse patriarcado era de “baixa-intensidade” e que as mulheres exerciam uma influência direta nas comunidades a partir do espaço doméstico. Com o avanço do processo de colonização a posição masculina foi supervalorizada e, nas palavras da autora, “houve o sequestro da política da vida doméstica” (SEGATO, 2014, p.77), já que o espaço privado foi reservado estritamente para os homens por força das sociedades colonizadoras.

Um ponto que me chamou atenção nas falas de Joana e Marta foi a dificuldade encontrada no que se relaciona à questão da autorização do cacique, é importante pontuar que as mulheres indígenas vivem em contexto de vulnerabilidade no que se relaciona a saúde sexual, como já exposto com o caso do médico Roland Lavigne. Nesse sentido, a autorização do cacique pode ser classificada como um mecanismo para se tentar coibir que fatos similares ao acontecido na Reserva Caramuru-Paraguaçu ocorram. Aponto a fala de um dos líderes da reserva supracitada a fim de elucidar essa questão “Mesmo que não seja político, que não seja nada, hoje ele respeita uma posição da comunidade que é pegar as assinaturas dos caciques, das mães, dos pais, da FUNAI precisa dar autorização” (SOUZA, 2007, p.93).

Esse é um ponto central, distinguir laqueadura em massa como projeto político e laqueadura dentro do contexto do planejamento familiar, como projeto de autonomia das mulheres. De alguma forma, é essa confusão que ainda persiste, que faz com que as mulheres indígenas ainda sejam, na prática, submetidas a ações tutelares (necessidade de autorização do cacique e FUNAI, etc.), quando a lei já ultrapassou tais ações.

Na entrevista com Cristina alguns pontos devem ser evidenciados, a primeira se refere à vontade da cirurgia ser feita de maneira sigilosa, mesmo que essas mulheres se enquadrem nos requisitos previstos da Lei 9263 do planejamento familiar: todas tinham mais de 25 anos ou mais de dois filhos vivos. Isto é, mesmo estando na legalidade, preferiam fazer as laqueaduras discretamente, quando não de forma sigilosa. No ano em que ela fez a laqueadura a Nota Técnica 028 lançada pela a FUNASA tinha seis anos de existência, isto expõe algumas conjunturas no se refere à informação difundida sobre o planejamento familiar em comunidades indígenas, e como o percurso burocrático para conseguir a laqueadura é demorado e custoso.

Quando perguntada sobre o porquê desse sigilo, Cristina apenas disse que o motivo estava relacionado à proibição de fazer laqueadura em mulheres indígenas do modo em que foi realizada, por troca de votos. Neste contexto, outro ponto se destaca, a situações de possível perigo que atravessaram essas mulheres, já logo após a cirurgia, tendo em vista que iriam retornar de ônibus.

Além de exames de pré-operatória também existem outros cuidados que devem ser levados em conta antes do procedimento: Ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, estando de acordo com os artigos da Lei 9.263/96 relativo ao Planejamento Familiar; Avaliação psicológica da paciente antes do procedimento; discutir e observar as orientações médicas em relação aos medicamentos de uso contínuo e esporádicos; jejum de oito horas antes do procedimento (LAGINHA, 2020).

O mesmo autor pontua ainda sobre o pós-operatório, durante o qual a paciente normalmente recebe alta após um dia de internação, tendo que manter os cuidados da ferida cirúrgica, devendo o médico observar se alguma intercorrência aparece num intervalo de três meses. Todo esse percurso, dos exames pré-operatórios, do processo legal, da avaliação psicológica, da cirurgia e dos cuidados pós-operatórios são indispensáveis para todas as mulheres que realizam o procedimento.

Após as conversas com as mulheres de Aldeia Velha é notório que o acesso aos serviços de saúde assim como as informações vinculadas a esses serviços não efetivo, de maneira que para conseguir uma cirurgia como a laqueadura elas se submetem a trocas e criam mecanismos para consegui-las. Ao aprofundar nessa relação específica, laqueadura e mulheres indígenas, um ponto chave se consolida: mulheres indígenas não procuram a laqueadura enquanto um “direito ao planejamento familiar”, mas sim como um mecanismo de combate a pobreza e que esse combate à pobreza, muitas vezes está submetido a relações de clientelismo.

Nota-se nas narrativas a ligação do “não ter mais filhos” está diretamente conectada a inserção no mercado de trabalho. (SILVA, 2014, pg.22) elucida como essa questão se mostra de maneira peculiar em povos indígenas “utilizaram-se de temas ligados à modernidade e uma cultura etnocêntrica de forma a argumentar e justificar tal ato (como a ideologia de que a gravidez dificulta o ingresso das mulheres no mercado de trabalho)”. É importante pontuar que as motivações que levam as mulheres dos povos indígenas a encerrar a carreira reprodutiva são inúmeras. Certamente as motivações elencadas nesta pesquisa não esgotam o tema, porém através das entrevistas feitas, os pontos relacionais estão entre laqueadura e trabalho.

4.2 O PLANEJAMENTO FAMILIAR INDÍGENA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Nesta seção, organizei a sequência das entrevistas por ordem temporal de atuação na área. As entrevistas foram feitas em sua maioria com profissionais da saúde indígena. A primeira entrevista está atrelada ao período antes e depois da Nota Técnica 028/2005, no qual busco compreender as possíveis mudanças causadas pela nota. A segunda, foi realizada com a enfermeira do posto de saúde da Aldeia Velha, nessa, tento desenhar o caminho que percorre a indígena quando escolhe fazer a laqueadura tubária. A terceira entrevista, ocorreu com um dentista que trabalha nas aldeias de Boca da Mata, Meio da Mata e Cassiana, no qual expôs em entrevista o caso de uma mulher indígena que conseguiu a laqueadura através de política no ano de 2019. Finalizo este item com a coordenadora do Sistema de Regulação do Município de Porto Seguro. Essa entrevista teve como finalidade entender como se dá o sistema de cotas para indígenas no município. Com o objetivo de não expor os entrevistados, os nomes são fictícios.

A primeira que sublinho é a entrevista da enfermeira Carla. Ela trabalhou com a saúde indígena entre 2000-2011 na região de Porto Seguro, tendo trabalhado e atendido durante muitos anos no posto de saúde de Aldeia Velha. A entrevista foi feita no dia 24/09/2020 e meu principal objetivo foi compreender como se dava o planejamento familiar nas aldeias da região antes e depois da Nota Técnica 028/2005. Perguntada sobre como era o processo de laqueadura nas aldeias na época em que trabalhava, Carla me respondeu que há vinte anos a laqueadura era difícil para todo mundo, não só para as mulheres indígenas.

Em 2005 saiu uma nota técnica, na verdade não era uma nota técnica era uma orientação, acho que você deve ter tido acesso a isso, que foi um... acho que foi no RS se não me engano. Que fala assim: Sugere... não tem nada que te dê segurança, então às vezes depende muito do profissional. Porque não tem uma legislação sólida pra você se resguardar. Já aconteceu, na época em que eu trabalhava, da mulher ter indicação, não só porque, 25 anos, dois filhos vivos, a indicação legal. Então às vezes existia a questão mesmo de saúde, correndo risco de vida dessa mulher. (CARLA, t.e. 24/09/2020).

A enfermeira me contou que nesse período tinha uma médica obstetra que trabalhava com ela e que para indicar uma mulher indígena para a cirurgia de laqueadura, ela fazia um longo relatório, justificando o porquê da indicação de laqueadura para determinada indígena. Feito o relatório, ela orientava as indígenas, que estavam pleiteando a laqueadura, a entregá-lo “autoridade máxima da aldeia” (*Ibidem*). Carla explicou que a médica jamais marcava a cirurgia antes de fazer esse processo, sobretudo para ela se resguardar de futura acusação criminal de genocídio. Nesse momento, pedi a ela que me explicasse melhor como se dava o processo burocrático para conseguir o procedimento de laqueadura.

Existe um documento, independentemente de ser indígena ou não, que é o consentimento livre informado. Então essa mulher, ela assina que ela recebeu

orientação de todos os métodos e que ela escolheu a laqueadura. Então assim, o profissional não pode, não é ético o profissional indicar a laqueadura. Ele oferece: - A gente tem preservativo, a gente tem DIU, diafragma; diafragma nem fala, só existe em livro. Mas de qualquer forma, fala o que é, o que tem aqui: camisinha, anticoncepcional mensal, anticoncepcional trimestral, o DIU ou a cirurgia de esterilização. Então depois que ela assiste essa aula, ela tem que assistir essa aula, geralmente nos postos fora da área indígena mesmo, geralmente faz uma reunião com 5 ou 6 mulheres e fala pra essas 5, 6. Aí, se ela fala: -Eu faço a opção de fazer a laqueadura, ela assina esse documento, o médico assina e esse documento a gente encaminha pra central pra marcar a cirurgia, tem que fazer aquela coisa toda de pré-operatório, mas o fluxo ainda é esse, pra não indígena. Pra indígena, eu não sei se continua assim, a gente fazia isso tudo, além disso, fazia-se um relatório, aí cacique dava o ciente... eu não sei se era uma coisa só de formalidade, não sei até que ponto tem a legalidade disso, você entendeu? Até pra dar esse poder que ele acha que tem, que assim, é o chefe. ”(CARLA, t.e. 24/09/2020).

Quando perguntada sobre as autorizações da FUNAI, a enfermeira expôs que o mesmo relatório que era feito para o cacique era encaminhado para a FUNAI. Esse relatório tinha o propósito não de pedir uma autorização para órgão, mas para constar que a médica não estava fazendo nada ilegal, ou seja não estava sugerindo a laqueadura sem indicação médica: “Então assim, respeitava o critério de 2 filhos, maior de 25, mas sem comorbidade associada, né? Ou porque era múltipara, ou porque já tinha não sei quantas cesáreas, ou porque era hipertensa e diabética” (CARLA, t.e. 24/09/2020).

A enfermeira descreve que a indicação de laqueadura nunca era feita para o planejamento familiar, sempre com uma indicação médica vinculada a uma comorbidade. “A gente não indicava pro planejamento familiar não. Não era só porque: - Ah! Não quero ter mais filhos. Não. Era com indicação médica. Era quando tinha morbidade. ” (CARLA, t.e. 24/09/2020). Questionei se houve alguma mudança na abordagem do planejamento familiar depois de lançada a Nota Técnica 028/2005. Ela relata que antes da nota era um assunto “super barrado” nas aldeias. Conta que para se implantar preservativos como ferramenta de prevenção de DST/AIDS era muito difícil, uma espécie de tabu: “a gente não levava e usava o preservativo no sentido de planejamento familiar. Mas até esse próprio preservativo era um tabu pra você implantar. ” (CARLA, t.e. 24/09/2020).

A partir de 2005, as perspectivas começaram a mudar. Segundo ela, essa mudança partiu principalmente pela demanda das mulheres indígenas:

Era uma coisa delas, nas conferências indígenas, que têm as conferências regionais, estaduais e depois as de nível federal e isso era pauta das reuniões delas, das mulheres indígenas e aí elas conseguiram através dessas conferências implantar o planejamento familiar pra métodos reversíveis, o anticoncepcional, o DIU não era aceito, porque até hoje é muito complicado pra inserir DIU, nem todo profissional coloca o DIU. Mas elas que provocaram isso nas conferências... E aí foi implantado, já tinha anticoncepcional e já não mais com a autorização do cacique. Agora, para os métodos irreversíveis, que é o caso da laqueadura, tinha esse trâmite, eu não sei se continua.

Até a época que eu saí de lá, 2011, não é uma coisa fácil, encaminhar para fazer a cirurgia, não era uma coisa fácil não. (CARLA, t.e. 24/09/2020).

A segunda entrevista que se segue, foi realizada em 07/10/2020 com Fernanda, enfermeira da SESAI, que atua na unidade de saúde da Aldeia Velha. Esclareço aqui a dificuldade em conseguir entrevistá-la e isso por múltiplos fatores: Aumento na demanda do atendimento na unidade de saúde, isolamento social e a disponibilidade da profissional. Devido a todos esses empecilhos, não tive alternativa a não ser aceitar o convite de Fernanda de encontrá-la na unidade de saúde. A ida à aldeia, foi indicação da enfermeira, que marcou um horário após os atendimentos, seguindo as recomendações da OMS, entre elas o uso de máscaras e o distanciamento social. Para a entrevista com Fernanda elaborei um roteiro base, específico, cujo objetivo era elucidar o percurso legal necessário para as indígenas conseguirem as autorizações para realizar o procedimento de laqueadura. Iniciei a entrevista questionando sobre qual lei se aplica aos indígenas no que se relaciona ao Planejamento Familiar.

“É uma lei municipal, essa é uma lei municipal, de 25 anos e 2 filhos. É uma lei do município. É pra gente poder ter mais controle, alguns outros municípios não utilizam. O que acontece nessa lei, aqui em Porto Seguro mesmo sendo indígena ou não, vai seguir a mesma coisa, 25 anos e dois filhos. A gente tem uma procura grande de planejamento familiar (FERNANDA, t.e. 07/10/2020).

Ela dá continuidade explicando como é a procura sobre o planejamento familiar em Aldeia Velha. O cronograma da saúde na aldeia é organizado pelos dias da semana: Às quarta-feira realizam-se os atendimentos de saúde preventiva e saúde da mulher. Como o posto de saúde tem uma procura grande por planejamento familiar, esse é o dia em que se monitora os medicamentos (anticoncepcionais). Ela me contou que o posto conta com todos os tipos de medicação contracepcional (trimestral e mensal). Por sua vez, o DIU está tendo um aumento de procura significativo por parte das indígenas. Eles estão sendo colocados principalmente no período pós-parto. Sobre a laqueadura, ela expõe uma das dificuldades para se conseguir realizar o procedimento:

A laqueadura é um processo mais demorado, até pelo princípio, tem alguns procedimentos, alguns exames, algumas coisas que acabam burocratizando muito esse processo e demorando muito. Para o indígena quanto menos ele ir pro hospital melhor. (FERNANDA, t.e. 07/10/2020).

Fernanda explica que grande parte das mulheres da aldeia, querem fazer a cesária e na mesma cirurgia, fazer a laqueadura. A enfermeira aponta que esse processo só pode ser feito quando existe um diagnóstico de um pré-natal de alto risco, gerando risco de vida à mulher em uma possível nova gravidez. Nesse sentido, o percurso a ser seguido quando o parto foi

cesariano é: Fazer a cesárea e só após dois meses, quando possível, fazer a laqueadura. A entrevistada expõe seu ponto de vista, pontuando que uma das dificuldades em conseguir a laqueadura tubária, está nessa questão de as indígenas passarem novamente por uma cirurgia. “Elas já não preferem ir tanto pro hospital, então a gente tem muito essa dificuldade. Tudo que a gente tem pra resolver, a gente resolve por aqui, quanto menos eles saírem melhor. ” (FERNANDA, t.e. 07/10/2020).

Quando perguntada sobre a laqueadura, se esse processo era mais demorado para as mulheres indígenas, Fernanda me respondeu que não. Ela explicou que não existem cotas específicas para as indígenas. “Acredito que é todo um processo, a questão da parte indígena é que a gente não tem cotas específicas para alguns procedimentos, a gente tem para exames, toda essa parte de alta²⁰ e média²¹ complexidade é pelo município” (FERNANDA, t.e. 07/10/2020).). A profissional elucida sobre o processo burocrático, apontando que a SESAI tem a responsabilidade sobre a atenção primária²², que está direcionada à parte de prevenção e monitoramento.

Para se conseguir a laqueadura, a indígena precisa de exames de média e alta complexidade, que são responsabilidade da saúde do município. Nesse contexto, ela pontua que o diálogo entre SESAI e município de Porto Seguro é muito bom, principalmente porque no município existe uma Secretaria de Assuntos Indígenas, e que dentro dessa secretaria há uma gerência de saúde indígena, que facilita a comunicação entre a atenção primária (SESAI) e a atenção básica (município). Ela conclui falando que a dificuldade está não no fato de ser indígena, mas na ausência de cotas específicas para indígenas.

Perguntei à Fernanda se a SESAI ou a FUNAI têm que dar alguma autorização ou algum documento de ciência às mulheres que desejam fazer a laqueadura. Prontamente, ela me respondeu que não, que nem a SESAI e nem a FUNAI precisavam autorizar. Ela contou que antigamente, para que uma indígena conseguisse fazer a laqueadura, era necessário um termo

²⁰ Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia (BRASIL,2005).

²¹ A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (CONASS, 2007).

²² A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2020).

assinado pelo cacique. Alguns médicos pediam esse termo. No entanto, hoje em dia, essa exigência não existe mais. “ Não existe isso... - A gente só vai laquear se o cacique for lá e assinar. Não é isso. A pessoa decide, é um termo que é assinado pela pessoa, como qualquer outra mulher do município. ” (FERNANDA, t.e. 07/10/2020). Ela exemplifica essa questão relatando a situação de uma paciente de Aldeia Velha que iria realizar a laqueadura em duas semanas. Segundo ela, a indígena já havia realizado todos os exames através do posto de saúde da aldeia e que não precisaria do termo do cacique. Contudo, em outro momento da conversa, ela conta que ainda existem médicos que solicitam esse termo assinado pelo cacique.

Então não precisa desse termo, mas tem alguns médicos que ainda pedem, que ainda pedem o termo do cacique. Porque assim, a conduta médica, a gente, nem o município, podem interferir. Então tem alguns médicos que solicitam ainda, não é uma obrigatoriedade (FERNANDA, t.e. 07/10/2020).

Para tentar entender melhor o processo que as indígenas relataram, sobre a demora para se conseguir a laqueadura, perguntei a Fernanda se era muito demorado para se conseguir o procedimento, já que conversando com algumas indígenas, elas haviam relatado que o processo era muito demorado. Ela afirmou que de fato era demorado, justificando que por conta de se tratar de um ato cirúrgico havia muita demanda tanto do município quanto da SESAI. Segundo ela, essa seria uma das razões para que o processo de laqueadura fosse demorado. Ela elencou, ainda, outros pontos que atrasam ainda mais a realização do procedimento cirúrgico. “Não é um processo que é fácil. Quando você consegue a vaga para cirurgia, alguns exames venceram. Então começa todo o processo de novo. Então é muito difícil. É por causa da burocracia mesmo e conseguiram melhorar bastante” (FERNANDA, t.e. 07/10/2020).). Sendo assim, a enfermeira fala que no intuito de evitar outra gravidez, na espera da laqueadura, é incentivado a colocação do DIU. “A mulher chega e fala: - Eu quero laquear. – Está bom. Vamos começar com o DIU e todo o processo da laqueadura. Então a gente pede o processo do DIU já para começar e vai até a laqueadura. ” (FERNANDA, t.e. 07/10/2020).

Apesar dos avanços com a utilização do dispositivo, ainda assim existem percalços. “O DIU era colocado só se fosse com a ultrassom, quando conseguia a ultrassom a mulher estava menstruada, quando não estava menstruada a médica não tinha vaga. Então é um processo complexo! ” Conta Fernanda. Para finalizar a entrevista, comentei com Fernanda sobre as conversas com algumas mulheres. Disse a ela que a maioria das mulheres com quem havia conversado, falaram que haviam realizado laqueadura através e durante campanhas eleitorais. Perguntei se ela tinha conhecimento desses fatos:

Esses dias tinha uma daqui da aldeia que estava falando: - Eu vendo o meu voto por laqueadura. Um print né? Embaixo escrito: Eu tô rindo mais é verdade. Quando eu trabalhava em Trancoso, elas conseguiam muito por Guaratinga, já não tinha essas questões dos 25 anos... Em Guaratinga nessa época, o povo ia por fora pegava os políticos, faziam todas lá. Então tem muito disso aqui, assim normal, não é normal, mas é comum. Aqui a 8 anos atrás a gente era da Atenção Básica/Primária e aí Luzia, que hoje é coordenadora da SESAI da Bahia, Luzia trabalhava como gerente aqui e eu trabalhava na Atenção Básica e os médicos às vezes mandavam pra secretaria: - Precisa do termo do cacique. E Luzia ia lá na FUNAI ia lá no médico: - Não precisa de termo, se ela quer ela pode. Era uma briga mesmo, dela. E aí ela foi conseguindo mudar bastante. Ela mesmo ia, ela mesmo falava (FERNANDA, t.e. 07/10/2020).

A próxima entrevista, foi realizada com Carlos. Dentista que atua em três aldeias pataxó do município de Porto Seguro: Boca da Mata, Meio da Mata e Cassiana. O início do seu trabalho com saúde indígena foi em maio de 2019. A entrevista foi realizada na data de 10/10/2020. Carlos já tinha sinalizado genericamente sobre o caso de uma indígena que tentava há mais de um ano fazer a laqueadura, mas que não conseguia. Foi nesse sentido que elaborei o roteiro de perguntas, buscando aprofundar quais são as dificuldades concretas com as quais as mulheres esbarram. Sendo assim, a primeira pergunta que fiz, foi sobre o contato do profissional com o tema da laqueadura tubária nas aldeias.

Eu tive contato logo, eu acredito que alguns meses depois que eu comecei a trabalhar, justamente porque na época ela estava gestante, [a indígena] e já se sabia que era uma gravidez de risco. Porque ela já teve outros episódios de gestação que acabaram resultando em abortos espontâneos, isso devido à condição de saúde dela que eu não sei precisar exatamente qual o problema de saúde que ela vinha enfrentando, mais relacionado à questão da gravidez a ponto de colocar em risco a vida dela. E um dos momentos que eu estive mais próximo, na verdade, foi uma situação onde ela se encontrava grávida, que ela começou a passar mal, foi encaminhada ao Hospital mais próximo, que é o de Itamaraju, e nessa ocasião ficou internada no hospital e sofreu um aborto, e o médico alertou que devido essa condição dela impedia que ela tivesse outros filhos, que essa próxima gestação poderia levar ela a óbito (CARLOS, t.e. 10/10/2020).

O entrevistado me relatou que esse caso ocorreu no início do ano de 2019 e que a equipe de saúde já tinha conhecimento da condição da indígena. Foi a partir do episódio relatado acima, dado a sua gravidade e com o perigo de uma próxima gravidez que poderia levá-la a óbito, que a equipe juntou esforços para solicitar a cirurgia de laqueadura junto à prefeitura de Porto Seguro. O entrevistado não soube me informar os empecilhos encontrados, mas o fato é que a indígena não tinha conseguido realizar a cirurgia. Ele aponta que os esforços para a obtenção da laqueadura partiram de várias frentes: prefeitura, governo do estado e SESAI e, ainda assim, não conseguiram realizar o procedimento.

Perguntado se, até o momento, ela tinha conseguido a laqueadura, Carlos me respondeu que não e sinalizou a possível obtenção da cirurgia pela proximidade com o período de campanha eleitoral.

Então, agora por conta do momento de política, e por todo apelo em relação aos políticos oferecerem serviços em troca de voto, foi que através de um vereador daqui de Porto, conseguiu tanto essa cirurgia como outras de pessoas que estavam precisando lá. Ela já realizou os exames pré-operatórios e vai fazer a laqueadura. Ela já está esperando os resultados dos exames. CARLOS, t.e. 10/10/2020).

Na busca por um melhor entendimento sobre a questão das cotas da prefeitura para realização de laqueadura, perguntei ao entrevistado se saberia me explicar o porquê do processo de obtenção da cirurgia de laqueadura ter sido tão demorado, se teria a ver com as cotas de exames e procedimentos para indígenas. Ele me explica que essa questão não se aplica somente na questão da saúde da mulher, mas na saúde indígena como um todo. Muito claro na sua explicação, ele aponta que como a gestão da saúde indígena é federal, os outros entes federativos, como estado e município, se isentam da responsabilidade nos cuidados com os povos indígenas. “Eles acabam: - Ah! A responsabilidade é da SESAI então a gente não tem nada a ver com isso” (*ibidem*). Ele aponta que, é neste contexto, que os acordos necessários para um melhor funcionamento da saúde indígena não acontecem. Como cada órgão não se enxerga como responsável, eles acabam ignorando suas responsabilidades no que tange a saúde indígena. O entrevistado aponta outro problema:

E aí outra coisa que eu vejo como problema é, por exemplo, as políticas de saúde do governo que visam a integralidade que, por exemplo, a gente tem uma política específica de saúde da mulher, sobre saúde do idoso que abarcam os grupos para justamente tentar aumentar a integralidade, que o cuidado seja integral. Só que dentro dessas políticas a gente não observa, digamos, dentro das políticas voltadas para saúde da mulher um ponto pelo menos específico relacionado à saúde da mulher indígena ou na política para idoso, um ponto específico para atenção idoso indígena (CARLOS, t.e. 10/10/2020).

Tomando como exemplo a Rede Cegonha²³, ele evidencia como essa falta de especificações dentro das políticas públicas fragilizam a prestação do cuidado para os povos indígenas. Segundo ele,

²³ A Rede Cegonha é uma estratégia lançada em 2011 pelo governo federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Tem o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. A proposta qualifica os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (28 dias após o parto). (BRASIL,2001).

A rede cegonha que é uma das políticas voltadas para mulher, especificamente com relação à gestação e tudo mais, ela não tem algo específico sobre, por exemplo, a gestação da mulher da saúde indígena que interfere em questões, por exemplo, da cultura, da interculturalidade, aí a regional daqui eu acredito que fez ano passado algumas reuniões nas aldeias tentando envolver as parteiras, mas especificamente na política não tem um ponto que toque na questão da mulher indígena. [...] se não tiver na política um ponto específico sobre determinado assunto, aquele assunto não é tratado, não é abordado (CARLOS, t.e. 10/10/2020).

Minha última pergunta para Carlos se relaciona à procura pela cirurgia de laqueadura nas aldeias em que ele atua: se essa procura seria grande. Ele responde que a procura é pouca, mas que no período da última semana sabia que quatro mulheres já tinham procurado pela cirurgia.

Ele aponta questões que já são “enraizadas” em relação à laqueadura, entre elas estão a dificuldade e a demora. Na visão dele, isso seria motivo de desmotivação “ - Ah! Eu já sei que vai demorar, que não vai conseguir. Fala uma vez, procura em determinado momento, mas acaba se perdendo. ” (CARLOS, t.e. 10/10/2020).

A fim de entender como o sistema de cotas da saúde atinge as mulheres indígenas na busca pela laqueadura, entrevistei, em 18/11/2020, a coordenadora do Sistema de Regulação do Município de Porto Seguro, chamada Júlia. Antes de iniciar minhas perguntas, Júlia se antecipou em perguntar o que eu “queria saber exatamente”. Expliquei sobre a pesquisa e contei que ainda estava com dúvidas de como funcionava o processo das cotas e de que maneira ele influenciava no processo de busca por laqueadura pelas mulheres indígenas. Júlia iniciou uma longa explicação sobre como funciona todo o sistema de regulação.

Júlia começou explicando que a regulação presta o mesmo serviço para indígenas e não indígenas, que nesse setor não existem especificações. A regulação funciona para o SUS prestando um serviço de credenciamento de médicos e de hospitais, já que somente os médicos, hospitais e postos de saúde do município não dão conta de toda a demanda da população do município. Dito isso, ela entrou, na sequência, na questão da saúde indígena, pontuando, justamente, a dificuldade de acesso.

Por mais que a gente organize curso, por mais que tenha cotas, eu ainda escuto... quando eu vou em alguma reunião que tem índio, que tem o pessoal indígena... ainda tem dificuldade de acesso, tem dificuldade da estrada, tem dificuldade de transporte, tem aldeias que são muito distantes que elas não conseguem nada. – Tipo assim, com essa pandemia, todas cirurgias eletivas foram suspensas e a laqueadura é uma cirurgia eletiva, não é emergência, pode ser programada. (JÚLIA, t.e.18/11/2020).

A coordenadora elucida sobre qual pode ser umas das questões que torna o acesso à saúde indígena tão difícil: “Essa questão de que é município, de que é DSEI, eu acho tudo isso muito confuso, sabe? ” (JÚLIA, t.e.18/11/2020). Ela aponta a divisão de responsabilidades da saúde indígena como um dos principais problemas, já que a atenção primária é responsabilidade do

DSEI/SESAI e procedimentos de média e alta complexidade são responsabilidade do município, como já foi evidenciado em entrevistas anteriores. Júlia aponta que essas divisões acarretam em problemas como dificuldade de acesso a procedimentos pela a população indígena e falta de comunicação entre os órgãos, criando cada vez mais dificuldades para quem precisa do serviço.

Até na atenção primária. Porque pra mim não deveria ter essa separação. Isso tinha que ser tudo junto. É uma pessoa que vota, é uma pessoa que é munícipe... Não tinha que ter essa separação. E a SESAI deveria colocar um recurso no município e o município retinha a atenção primária. Mas existe uma separação muito grande ainda. Tem muitos municípios que vêem o indígena como um problema. Não vêem como uma pessoa que é dono de si. É um ser humano gente, que tá aí... parece que é um problema, e aí não quer saber. SESAI que se vire, DSEI que se vire e não tão nem aí (JÚLIA, t.e.18/11/2020).

A profissional conta que o Município de Porto Seguro teve “sorte” já que a gestão passada criou, como já mencionei, uma Secretaria de Assuntos Indígenas pela a primeira vez. Como consequência da criação da secretaria, dentro da atenção básica foi criado um departamento específico para saúde indígena, a Diretoria da Saúde Indígena. Ela expõe outro ponto, a importância de ter um indígena dentro dessa diretoria, representando os interesses das aldeias do município, já que a atenção básica, em suas palavras, seria “uma ponte, um elo de ligação” entre as aldeias e o serviço de saúde. Em outro trecho da entrevista, ela me explica a necessidade dos órgãos estreitarem os laços, já que a SESAI/DSEI “não dão conta”, se referindo ao grande número de indígenas na região

Mas tem município que o indígena não existe pra ninguém, pra secretário, para prefeito, é só pra dar problema. Ficam jogados, né? Porque também tem muita carniça, muita coisa que a SESAI teria que fazer e não faz, entendeu? Tem umas cotas deles de carro, de gasolina que eu não gosto. O carro só pode abastecer 30 litros... Sim, mas aí precisou levar, precisou trazer... Acabou a gasolina? Acabou. Não tem nem um percentual. Então assim, a própria política da saúde indígena, ela por si só já é excludora, ela já exclui. Aí ficam metendo o pau no município, o município mete o pau na SESAI e fica essa guerra de gigantes. Os cabeçaõ brigando e os índios lá embaixo se lascando. Na verdade, um fica brigando com o outro, mas na verdade eles deveriam se unir pra fazer uma política só, mas a própria política da saúde indígena, eu vejo ela como excludora. Secretaria Especial de Saúde Indígena. “Especial” por quê? Diferença, entendeu? Eles mesmos já botam... E aí é histórico né? O sofrimento do indígena é histórico, vem junto com o descobrimento do Brasil. (JÚLIA, t.e.18/11/2020).

Nesse momento senti que a entrevistada se afastava do tema e a relembrei da pergunta inicial, pontuando que já que é um procedimento de alta complexidade cabe ao município fazer a laqueadura. Questionei, portanto, como é feita a laqueadura pelo município, se há cota para indígenas. Ela me falou que para cirurgia não existe cotas. As cotas são para consultas, exames laboratoriais, exames de “diagnóstico terapêutico”, como ressonância, tomografia. Mas para

cirurgia, trata-se de uma fila. Nesse momento, pedi a ela que me explicasse melhor como se dá esse processo:

Cirurgia é fila. Então cirurgia não tem cota. Para indígena não existe cota. Existe assim, chegou aqui a documentação, precisa de uma laqueadura, a pastinha aqui pronta, cadastra na lista única. Que é um sistema no computador, que é uma lista do estado, um programa de estado. Só que cadastro lista única, estado e município. Então a gente cadastra no estado e município. Se o município conseguir operar ela primeiro vai, senão a gente manda pro estado. Então não existe cota para cirurgia.

Lista única, o nome é esse. Fila da Lista única. Lista única é o programa de cirurgias eletivas. Então fulana chegou... Tem quantas na frente de fulana? 10. Fulana é da aldeia. Fulana vai ter prioridade? Não. Não tem cota pra isso. Cota é só para exame: hemograma... Agora cirurgia não. Como eu te falei. Cirurgia é diferente, é outro fluxo totalmente diferente. Aí a pessoa tem que dar entrada na policlínica, entrada digo assim: - chega uma funcionária lá, faz um cadastro lá e manda pra cá os papéis, chegou os papéis aqui, vai pro computador e entra lá: cadastro lista única. Essa paciente é cadastrada na lista única do estado e do município. Quem for primeiro, a chance que ela for primeiro, manda pra SSA ou faz aqui. Preferencialmente é melhor fazer aqui, porque tá aqui dentro. (I JÚLIA, t.e.18/11/2020).

Na primeira fala de Carla, corrobora com o que foi dito anteriormente sobre a insegurança dos profissionais de saúde na realização do planejamento familiar nas comunidades indígenas, o medo da atitude ser tipificada enquanto genocídio. E para tanto os profissionais se utilizam de autorizações a fim de se resguardar. Entretanto essa ideologia da “proibição” de fornecimento de métodos contraceptivos, negligência e nega os direitos reprodutivos para as mulheres indígenas. Essa mesma questão é mostrada quando a entrevistada Carla, afirma que mesmo na atuação dos programas DST/AIDS o preservativo, não poderia ser qualificado enquanto mecanismos de planejamento familiar. Além dessas questões a laqueadura era feita na condicionante com problemas de saúde agregados. E mesmo com o lançamento da Nota 028/2005, os profissionais de saúde não tinham segurança para implementar o planejamento familiar nas aldeias indígenas.

A entrevista com Fernanda, enfermeira da Aldeia Velha, pressupõe que a demora para as mulheres indígenas está na burocracia que elas enfrentam, já que a responsabilidade para atendimento de atenção primária é federal e média e alta complexidade é municipal. São essas mudanças que acarretam em uma demora para se conseguir a laqueadura. Sobre as questões das autorizações, ela afirma não serem necessárias, mas, seguirem o que está regulamentado na Lei do Planejamento Familiar. Entretanto confirma que, a depender do médico, a autorização do caciueiro é necessária. Já o odontólogo Carlos, evidenciou em sua fala, o percurso de uma indígena que obteve sua cirurgia de laqueadura através de campanhas eleitorais. Em sua narrativa é possível imprimir a fragilidade do sistema de saúde que empurra essas indígenas a esses contextos de clientelismos.

A fala da Coordenadora Júlia elucidada sobre o sistema de cotas que envolve as mulheres indígenas na busca da laqueadura, evidenciando a não existência dessas cotas para a cirurgia. A entrevistada também corrobora com a fala dos profissionais Carlos e Fernanda, pontuando que a mudança de responsabilidades dos órgãos é uma das principais causas de demora no percurso de conseguir a laqueadura. Ela aponta a necessidade da municipalização do sistema de saúde, muito criticada pelos indígenas. Sobre essa questão o cacique ILSOON SOARES KARAI aponta,

Para os povos, a municipalização da saúde indígena significa a nossa sentença de morte, porque vai extinguir a secretaria que é especializada para atender os povos indígenas, enquanto o município não tem o mínimo de conhecimento da realidade dos povos, nem os conhecimentos tradicionais. Então a municipalização significa nosso genocídio (KARAI, 2019).

A medida de municipalização retira a autonomia dos povos indígenas na questão da saúde, passando para as prefeituras a responsabilidade do cuidado. Nesse sentido, os indígenas pontuam que essa mudança gera prejuízos no cuidado específicos (ANGELO, 2019).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento familiar nas comunidades indígenas não pode ser compreendido sem uma análise específica para cada povo, assim como ele está relacionado às relações de gênero envolvendo questões históricas e culturais. O planejamento familiar como já foi citado é um tema muito amplo, nesse sentido o recorte do tema da laqueadura se fez necessário. Neste contexto, compreender a distinção entre controle de natalidade e planejamento familiar é essencial, já que as duas se fazem presentes na vida das mulheres indígenas. O primeiro evidenciado no caso do médico e deputado Roland Lavigne, em um ato criminoso genocida, esterilizou todas as mulheres em idade fértil da aldeia Baheté. O segundo, sublinhado na Nota técnica 028/2005, que regulamenta o planejamento familiar para as populações indígenas, resposta da luta das mulheres indígenas.

Ponto aqui, que a escolha dessas mulheres em fazerem as cirurgias de laqueadura, está longe de ser um caminho único. Como exposto nas entrevistas às mulheres que tentam fazer o caminho legal, ou seja, pela SESAI, ainda atravessam múltiplos obstáculos, entre eles evidencio o demorado diálogo com o município, fila única e desinformações sobre as autorizações. As mulheres que tentam caminhos pelos mutirões por troca de votos enfrentam perigos como não ter o pós-operatório correto e serem submetidas a necessidades de trocas, como as cestas básicas pedidas pelo médico, expondo o contexto do clientelismo ainda muito vivo na região. Dessa

forma, não é possível comparar com o caso de laqueadura em massa da Reserva Caramuru-Paraguaçu, dado a sua gravidade, mas é possível compreender algumas similaridades.

Sobre a expectativa dessas mulheres com relação a cirurgia, nota-se que elas procuram a laqueadura devido a necessidade de trabalhar e de como a quantidade de filhos se torna uma preocupação a mais na renda da família. A relação natalidade e trabalho e renda, se encontram em todas as narrativas das mulheres de Aldeia Velha.

A pesquisa demonstra as especificidades no contexto de Mulheres Indígenas, a ausência de políticas públicas específica de combate à pobreza, e combate a todas consequências negativas e promotoras de escassez, sofrimento e exclusão, gerada pela pobreza vivida por estas mulheres. Que se submetem ao encerramento definitivo das suas carreiras reprodutivas com intenção de reduzir esse quadro de exclusão social e econômica.

Por fim, espera-se, que as informações aqui apresentadas evidenciem a importância na produção de conhecimento sobre a esterilização feminina indígena e fortaleça o debate sobre aspectos que possam ampliar de forma consistente, a participação dessas mulheres, de maneira cada vez mais qualificada, sobre o tema, sobretudo as mulheres participantes dessa Pesquisa. Cujo retorno será oferecido em momento oportuno de visita a Aldeia. Dada a complexidade e abrangência do tema, sabemos que o assunto não se encerra, mas se abre a novas possibilidades de investigação.

REFERÊNCIAS

1ª CONFERÊNCIA LIVRE DE SAÚDE DAS MULHERES INDÍGENAS. **Carta das Mulheres reunidas na 1º Conferência Livre de Saúde das Mulheres Indígenas.** Brasília, 2017.

AGENCIA ESTADO. **Deputado-médico que esterilizou índias tem registro suspenso.** Estadão. Publicado em 29/04/2002. Disponível em:<<http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,deputado-medico-que-esterilizou-indias-tem-regist-ro-suspenso,20020429p16973>>. Acesso em: 13 de novembro de 2017.

ALENCAR, Adriana Vital Silva de. **Evolução Histórica dos Direitos Indígenas.** In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XVIII, n. 132, jan 2015. Disponível em:<http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=15677>. Acesso em: 30 de novembro 2017.

ALMEIDA, Ranna Iara de Pinho Chaves. **Mulheres indígenas e saúde reprodutiva: entre a tutela e o biopoder.** Caderno Espaço Feminino. Uberlândia, 2018.

ALVES, J. E. D. **As Políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil.** Textos para Discussão, nº21. Escola Nacional de Estatística, Rio de Janeiro, 2006.

ALVES, José Eustáquio Diniz. **População, desenvolvimento e sustentabilidade:** perspectivas para a CIPD pós-2014. Rev. bras. estud. popul., São Paulo , v. 31, n. 1, p. 219-230, June 2014 .Disp.em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982014000100013>. Acesso em: 06 de dezembro de 2017.

ANDRADE, Aline Silva de. **Ikhã'y' iréügAksũg: IêpJokanaTxihihãe Pataxó ũpúPataxiMakiame - Lutas e Conquistas: Mulheres Indígenas Pataxó de Aldeia Velha.** TCC (Formação Intercultural Para Educadores Indígenas – Habilitação em Língua, Arte e Literatura) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p.65. 2016.

ANGELO, Maurício. **Por decreto, Bolsonaro força a municipalização da saúde indígena.** Inesc. 2019. Disponível em:<<https://www.inesc.org.br/por-decreto-bolsonaro-forca-a-municipalizacao-da-saude-indigena/>> Acesso em: 23 de jun. 2021.

AIRES, Joubert Max Maranhão Piorsky; GOMES, Priscila Greyce do Amaral. **Os caminhos trilhados pelas mulheres indígenas na constituição de organizações femininas.** 31ª Reunião Brasileira de Antropologia. Brasília, dez. 2018.

ASSIS, Luiz Guilherme Resende. **A produção de instrumentos de mediação de conflitos socioambientais:** o caso da sobreposição entre o território tradicionalmente ocupado pelos Pataxós do Monte Pascoal e o Parque Nacional do Monte Pascoal. 2004, TCC (Graduação)

Aries Bacharelado Ciências Sociais, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, 90 p., 2004.

AZEVEDO, Marta. **Saúde Reprodutiva e Mulheres do Alto Rio Negro**. Caderno CRH. Salvador, 2009.

BAHIA, Governo do Estado da. Fundação Pedro Calmon, **Dicionário Biográfico-Histórico da Bahia** (2015).

_____. Governo do Estado da Bahia. Ministério Público da União/Procuradoria do estado da Bahia. **Inquérito civil para apurar a efetiva ocorrência dos procedimentos médico-cirúrgicos de esterilização noticiados de mulheres Pataxó Hãhãe, investigar seus autores e verificar as circunstâncias em que foram realizados, e as consequências imediatas e mediatas para a população indígena**. Salvador. 1998.

_____. Governo do Estado da Bahia– . **Diário da Justiça**, 193-E, 08.10.1998: 52.ROLAND LAVIGNE. 1998, In: Dicionário Biográfico-Histórico da Bahia.

BARROSO, Carmen. Esterilização feminina : **liberdade e opressão**. Revista Saúde Pública, São Paulo, volume 18, 1984. Disponível em: <www.revistas.usp.br/rsp/article/view/23216>. Acesso em 01 fev. 2016.

BENEVIDES L, PORTILLO JAC, NASCIMENTO WF. **A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema**. Tempus 2014; 8(1): 29-39.

BERNARDES, A.G. **Saúde Indígena e políticas públicas: alteridade e estado de exceção**. Interface - Comunicação, Saúde e Educação, v. 15, n. 36, p. 153-64, jan./mar. 2011.

BERQUÓ, E. **Brasil, um caso exemplar, anticoncepção e partos cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar**. Estudos Feministas. Campinas. 1993.

BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzanna; **Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n 2. p. 441-453. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2003000800025&script=sci_abstract&tlng=pt> Acessado em 05 de novembro de 2020.

BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades: os limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018.

BOMFIM, J.B. **Trajetória de Luta de Alfredo Braz**. TCC (Graduação em História, áreas, Ciências Humanas) – Licenciatura Intercultural Indígena, Instituto Federal da Bahia. Porto Seguro. 2018.

BRASIL, Fundação Nacional do Índio. **Política Indigenista**. Disponível em:<<http://www.conjur.com.br/2017-ago-30/trf-suspende-reintegracao-terra-indigena-sul-bahia>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2017.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Relatório final da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**. Tema específico da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco. **Normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno- Infantil**. Brasília. 1978.

_____. Ministério do Interior. **Relatório Figueiredo**. Disponível em:<<http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/violacao-dos-direitos-dos-povos-indigenas-e-registro-militar/docs-1/relatorio-figueiredo/relatorio-figueiredo.pdf>> acesso em: 20 de novembro de 2017.

_____. Presidência da República. LEI Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm>, acesso em: 16 de novembro de 2017.

_____. Casa Civil. **Lei Nº 2.889, de 1º de outubro de 1956**. Brasília. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l2889.htm> Acesso em: 25 de fev. de 2021.

BRASIL. Código Civil, **Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. 1ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

_____. Código Penal, **Lei 129, de 10 de janeiro de 2002**. 1ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

_____. Congresso Nacional. **Exame da incidência da esterilização em massa de mulheres no Brasil**. Brasília: Comissão Parlamentar de Inquérito, 1993.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília. CONASS, 2007.

_____. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Constituição de 1946**. Brasília: Senado Federal/ Sub Secretaria de Edições Técnicas, 1993p.

_____. Decreto-Lei 129, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

_____. Fundação Nacional do Índio. **Despacho FUNAI nº 24 de 12/06/2008**. Diário Oficial da União. Brasília, 2008.

_____. Fundação Nacional do Índio. **Portaria N° 419/PRES de 17/03/2020**. Brasília, 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília. 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Carta5.pdf>> Acesso em: 20 de jun. de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Controle social é fundamental**. Brasília. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/11_mai_controle_fundamental_saud_e_indigena.html> Acesso em: 23 de jul. de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária?** Brasília. 2020. Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>> Acesso em: 08/11/2020

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão**. Brasília, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26) ISBN 978-85-334-1698-7

_____. Ministério Público Federal. **Ata da 174ª Reunião da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão**. Brasília, 1999.

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília. Ministério da Saúde, 2005. p. 27 e 140. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>> Acesso em 08/11/2020

_____. Tribunal de Contas da União. **Governança das Contratações Voltadas à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo de Saúde, 2019.

_____. **Constituição (1937) Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1937. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao37.htm>. Acesso em 19 nov. 2017.

_____. **Constituição de 1934**. Brasília: Senado Federal / Sub Secretaria de Edições Técnicas, 1993f.

_____. Ministério Público Federal. **6ª Câmara de Coordenação e Revisão. 2020)**

_____. Ministério Público Federal. **6ª Câmara de Coordenação e Revisão. 2020)**

BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI, Maria Rosa. **A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo**. Cadernos de Pesquisa, n.110, p.67-104, julho, 2000.

BULCÃO, J.L. **Esterilização de índias é investigada na BA**. Folha de São Paulo. Publicado em 23/05/1999. Disponível em:<<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc23059916.htm>>. Acesso em: 28 de novembro de 2017.

CABRAL, Ana Michele de Farias; FERNANDES, Maria Neyrian de Fátima; NÓBREGA, Arieli Rodrigues; MARQUES, Rosinaldo Santos; SIMPSON, Clélia Albino. **Um Breve Histórico da Saúde Indígena no Brasil**. Revista Enfermagem UFPE Online, 2010. Disponível em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/6387/5633>>. Acesso em: 14 de out. 2020.

Cadernos de Saúde Pública, v. 14, supl. 1, 1998. Disponível:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>>. Acesso em: 05 de setembro de 2017.

CAETANO, André Junqueira. **Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada**. Belo Horizonte, 2014.

CÂMARA MUNICIPAL DE ILHÉUS. Gabinete do Vereador Kaique Souza. **Projeto de Resolução 003/2021, de 25 de janeiro de 2021**. Concede Título de Cidadão Ilheense ao Dr. Roland Lavigne do Nascimento e fixa outras providências. Ilhéus. 2021. Disponível em:<<https://www.camaradeilheus.ba.gov.br/v2/wp-content/uploads/2020/03/PR-003-2021-Titulo-Cidad%C3%A3o-Ilheense-Dr.-Roland-Lavigne.pdf>> Acesso em: 24 de jul. de 2021.

CANCELA, F.E.T. **De Projeto a Processo Colonial: Índios, Colonos e Autoridades Régias Na Colonização Reformista da antiga Capitania de Porto Seguro (1763-1808)**. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas Programa de pós-Graduação em História, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2012.

CANCELA, Francisco. **História dos Pataxó no Extremo Sul da Bahia: Temporalidades, Territorializações e Resistências**. Abatirá-Revista de Ciências Humanas e Linguagens. Porto Seguro, volume 1, p. 18-49, dez. 2020.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **A Crise do Indigenismo**. Campinas: Ed. UNICAMP, 1988. p. 20.

CARVALHO, José Murilo de. **Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: Uma Discussão Conceitual.** Dados, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, 1997. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0011-52581997000200003>>. Acesso em 15 nov. 2020.

CARVALHO, Maria Rosário Gonçalves de. **Relatório Circunstanciado de Identificação da TI Pataxó do Monte Pascoal.** Departamento de Antropologia, Programa de Pós Graduação em Antropologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia / Associação Nacional de Ação Indigenista – ANAÍ. Salvador, Bahia, 2008.

CARVALHO, Maria Rosário; Miranda, Sarah. Pataxó. **Enciclopédia dos Povos Indígenas do Brasil.** Disponível em:<<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/pataxo/print> > Acesso em: 25 de jun. 2021.

CASADO, José. **EUA pagaram para Fujimori esterilizar 314 mil mulheres.** O Globo. Publicado em: 01/12/2012. Disponível em:<<https://oglobo.globo.com/mundo/eua-pagaram-para-fujimori-esterilizar-314-mil-mulheres-6886423>>, Acesso em: 20 nov. 2017.

CASTANHO, Maria Amélia Belomo Castanho. **Planejamento familiar: o Estado na construção de uma sociedade inclusiva e a participação social para o bem comum.** Curitiba: Juruá, 2014. 53 p.

CIMI, Conselho Indigenista Missionário. **Nota Técnica sobre o Julgamento pelo Supremo Tribunal Federal (STF) da Ação Cível Originária 312 (ACO-312), referente à nulidade de títulos de propriedade incidentes sobre a Terra Indígena Caramuru-Paraguaçu.** Disponível em: <<https://www.cimi.org.br/pub/Bahia/NotaTecnicaACO312-ANAIA - BA, CIMI.pdf>>, acesso em: 15 de Novembro de 2017.

CIMI. **A política de atenção à saúde indígena no Brasil.** Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas- CNBB,2013.

CIMI. **Considerações preliminares sobre o caso de esterilização da mulheres da comunidade indígena Bahetá do povo Pataxó Hãhãhãe.** Brasília-DF.1998.

CIMI. **II Encontro de Mulheres Pataxó do Extremo sul da Bahia.** Itamaraju-BA, 2008. Disponível em:< <https://cimi.org.br/2008/07/27616/>> Acesso em: 08/06/2021

COELHO, E. A. C. et al. **O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos.** Rev. Esc. Enf. USP, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

COIMBRA JÚNIOR, Carlos Everaldo Alvares; GARNELO, Luiza. Questões deSaúde. Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Lívio. (Org). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 153-173.

CONFERÊNCIA DOS POVOS E ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DO BRASIL – DOCUMENTO FINAL, Coroa Vermelha, 18 a 21 de abril, 2000. In: **Povos indígenas: aqueles que devem viver** – Manifesto contra os decretos de extermínio. HECK, Dionísio et al (organizadores) – Brasília : Conselho Indigenista Missionário, (CIMI) 2012, 192p.

CONCEIÇÃO, Maria Aparecida Alves (Paru). *História da Aldeia Velha*. Monografia de Conclusão do Curso de Formação para Professores Indígenas da Bahia, 2003.

CONFALONIERI, U. E.C. 1989. **O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas**: por uma integração diferenciada. Cad. Saúde Pública vol.5 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 1989.
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de ética médica**. Resolução 1.154/84. Brasília. 1984.

CORRÊA, Hudson. Funasa distribui pílula anticoncepcional a índios, **Folha de S. Paulo**, Campo Grande, 9 de abr. de 2007. Disponível em:<<https://folha.uol.com.br/fsp/brasil/0904200717.htm>> Acesso em: 08 de jun. de 2021.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER (CNDM). **Memória e Movimentos Sociais**. 2020. Disponível em:<<http://www.memoriaemovimentossociais.com.br/?q=pt-br/imagens/galeria/371>> Acesso em: 11 de dez. de 2020.

COSTA, Ana Maria. **Planejamento Familiar no Brasil**. Bioética. 2000; 4(2): 209-17.

COSTA, Ana Maria. **Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil**. Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.4, p. 1073-1083.

COSTA, D. C. **Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas**. Cadernos de Saúde Pública, R.J. 4(3): p. 338-401. Out/dez 1987.

CUNHA, M.C. **Legislação indigenista no século XIX**: uma compilação: 1808-1889. Colaboração de Mara Manzoni Luz, Beatriz Perrone Moisés. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, Comissão Pró-Índio de São Paulo. 1992.

DEPARIS, S. R. **União das Nações Indígenas (UNI)**: Contribuição ao Movimento Indígena do Brasil (1980-1988). Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados. 2007.

FERNANDES, Magda Fernanda Medeiros. **Mulher, família e reprodução**: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S253-S261, 2003. Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800007&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2020.

FERRAZ DE SÁ, M. Auxiliadora. **Dos velhos aos novos coronéis**. PIMES, Univ. Federal de Pernambuco, 1974.

FERREIRA, Luciane Ouriques. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2013.

FERREIRA, Tiago. **O que foi o movimento de eugenia no Brasil**: tão absurdo que é difícil acreditar. Portal Geledés. 16 de jul. 2017. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/o-que-foi-o-movimento-de-eugenia-no-brasil-tao-absurdo-que-e-dificil-acreditar/>> Acesso em 18 de out. 2020.

FONSECA SOBRINHO, D. **Estado e População**: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tesmos/FNUAP, 1993.

FONSECA, L. D. **A construção intercultural do direito das mulheres indígenas a uma vida sem violência**: A experiência brasileira. *Hendu*, 6(1), 88-102. 2016.

FRANCHETTO, B., 1996. **Mulheres entre os Kuikúro**. *Estudos Feministas*, 4:,p. 35-54.

FRANCHETTO, B.; Cavalcanti, M.L.V.C. & Heilborn, M.L., 1983. **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro: Zahar

FREITAS, Rodrigo Bastos de. **Direitos dos índios e constituição**: Os princípios da autonomia e da tutela-proteção. UFBA: Salvador. 2007 (Dissertação de mestrado).

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. **Nota técnica nº 028/2005/CGASI/DESAI 2005a**. Disponível em: <<http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub85.doc>>. Acesso em: 09 dezembro. 2017.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: FUNASA/Ministério da Saúde, mar. 2002. 40 p.

_____. **Sistema de informações da atenção à saúde indígena (SIASI)**: demografia dos povos indígenas. 2009. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/internet/desai/sistemaSiasiDemografiaIndigena.asp>> Acesso em: 7 de jul. 2020.

GARNELO, M. L. e PONTES (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Coleção Educação para Todos. MEC-SECADI, 2012.

GOHN, Maria da Glória (Org.) **Movimentos Sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 13.

GUEDES, Maricéia Meirelles; SANTOS, Marialva Dias dos; ESPIRITO SANTO, Taiane Ferreira do. **Etnomapa da Comunidade Indígena Pataxó Aldeia Velha**. Arte: Rosarlete Meirelles. Licenciatura Intercultural Indígena/LINTER – IFBA PORTO SEGURO. Área de Habilitação: Ciências Humanas e Sociais. Disciplinas: Etnoarqueologia I - II / Módulos 6-7 / 2014-2015.

GUERTECHIN, Thierry Linard de, *et al.* **Controle de natalidade x Planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1987.

INSTITUTO HUMANISTAS UNISINOS. **A municipalização da saúde indígena significa a nossa sentença de morte**, 2019. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/587802-a-municipalizacao-da-saude-indigena-significa-a-nossa-sentenca-de-morteGuarani>> Acesso em: 20 de jun. de 2021.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **O Serviço de Proteção aos Índios (SPI)**. In Povos Indígenas no Brasil. Disponível em <http://pib.socioambiental.org/pt/c/politicas-indigenistas/orgao-indigenista-oficial/o-servico-de>

_____. **Reserva Indígena Caramuru / Paraguassu**. In Terras Indígenas no Brasil. Disponível em: <https://terrasindigenas.org.br/en/terras-indigenas/3791>. Acesso em: 23 de novembro de 2017.

_____. **Povos Indígenas no Brasil, 1996-2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental. 832 p.

_____. Terras Indígenas no Brasil. **Terra indígena Aldeia Velha**, 2020. Disponível em: <<https://terrasindigenas.org.br/pt-br/terras-indigenas/4132#demografia>>. Acesso em: 09 de set. 2020.

_____. Terras Indígenas no Brasil. **Pataxós discutem direitos das mulheres indígenas**. 2009. Disponível em: <<https://terrasindigenas.org.br/es/noticia/64751>> Acesso em: 08/06/2021

KAINGÁNG, Azeline. “Depoimento de uma militante. In: **Nova História das mulheres no Brasil**. Org. Carla Bassanizi Pinsky e Joana Maria Pedro. 1º Ed. Reimpressão, São Paulo: Contexto, 2013.

KAXUYANA, V. P. P., SILVA, S. E. S. **A lei Maria da Penha e as mulheres indígenas**. In: R. Verdum (Org.), **Mulheres indígenas, direitos e políticas públicas** Instituto de Estudos Socioeconômicos. Brasília, 2008.

LAGINHA, Fábio. **Laqueadura: O que é, como é feita e o tempo de recuperação**. Minha Vida, 2020. Disponível em: <<https://www.minhavidacom.br/saude/tudo-sobre/17795-laqueadura>>. Acesso em: 17 de out. 2020.

LEITE, Júlio César do Prado. Apud OLIVEIRA, José Sebastião. **Fundamentos constitucionais do direito de família**. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2002. p. 384.

LIMA, Antônio Carlos de Souza. **Sobre Tutela e Participação:** Povos Indígenas E Formas De Governo No Brasil, Séculos Xx / Xxi. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 425-457, agosto de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132015000200425&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em 29 de novembro de 2017.

LUCIANO BANIWA, Gersem dos Santos **A conquista da cidadania indígena e o fantasma da tutela no Brasil contemporânea.** In: RAMOS, Alcida Rita (org.). *Constituições Nacionais e Povos Indígenas*. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2012. p.: 206-227.

_____. **Educação para manejo e domesticação do mundo** (entre a escola ideal e a escola real): os dilemas da educação escolar indígena no Alto Rio Negro. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia. Brasília, 2011.

_____. **O índio brasileiro:** o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

MARTINS, André Luiz. **Política de saúde indígena no Brasil:** reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

MATOS, M. H. **Mulheres no movimento indígena:** Do espaço de complementariedade ao lugar da especificidade. In: A. Sacchi, M. M. Gramkow (Orgs.), *Gênero e povos indígenas* (pp. 140-171). Rio de Janeiro, RJ: Museu do Índio. 2012.

MELUCCI, Alberto. **A invenção do presente:** movimentos sociais nas sociedades complexas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 29 p.

MESQUITA, C.C. **Planejamento familiar e contracepção:** saúde, gênero e política pública na transição democrática (Rio de Janeiro, década de 1980). Seminário Internacional Fazendo Gênero 8: Corpo, Violência e Poder. ANAIS. Santa Catarina, 2008.

MIRANDA, Boris. **'Me trataram como um animal':** como centenas de milhares de mulheres sofreram esterilização forçada no Peru. BBC Mundo. Publicado em 22/11/2015. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/11/151110_peru_cirurgias_fn>. Acesso em: 25 de novembro de 2017.

MORAIS, L. A. de. **Reserva Caramuru-Paraguaçu:** Da Esterilização Coletiva a Falsa Autonomia dos Corpos das Mulheres Indígenas. TCC (Graduação Ciências Sociais) – Departamento de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus. 2018.

MUNIZ, Olinda. **Índias nossas escolhas e nossa vontade.** Índios Online, 2005. Disponível em: <https://www.indiosonline.net/indias_nossas_escolhas_e_nossa_vontade/>. Acesso em: 17 de out. de 2020.

MOTA, Clarice Novaes da. **Ser indígena no Brasil contemporâneo: novos rumos para um velho dilema.** *Cienc. Cult.*, São Paulo, v. 60, n. 4, p. 22-24, outubro de 2008. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252008000400011&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 29 de novembro de 2017.

MUNDURUKU, Daniel. **O caráter educativo do movimento indígena brasileiro (1970-1990).** São Paulo: Paulinas, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: el Cairo**, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf> Acesso em: 09 dez. 2017

NAMÍDIA NEWS. **Francês que Fez Festa Em Aldeia no Arraial D´Ajuda é o 10º Caso Confirmado Com Coronavírus Em Porto Seguro.** 2020. Disponível em: <<https://namidia.news/coronavirus/frances-que-fez-festa-em-aldeia-no-arraial-dajuda-e-o-10- caso-confirmado-com-coronavirus-em-porto-seguro/>>. Acesso em 07/11/2020.

NAGAHAMA, Elizabeth ErikoIshida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, setembro de 2005. Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em: 05 de dezembro de 2017.

O GLOBO. **Médico que esterilizou índias é suspenso.** FRAZÃO, Heliana .30 de Abril de 2002. Disponível em:><https://pib.socioambiental.org/en/Not%C3%ADcias?id=4448>>. Acesso em 06/11/2020

_____. **Caderno País**, p 10. 30.08.1998.

_____. **Caderno País**, p 12. 30.08.1998.

OLIVEIRA, Humberto de. **Coletânea de leis, atos e memoriais referentes ao indígena brasileiro.** Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947.

OLIVEIRA, João Pacheco de. **Contexto e horizonte ideológico: reflexões sobre o Estatuto do Índio.** In: SANTOS, Silvio Coelho dos (org.). **Sociedades indígenas e o direito: uma questão de direitos humanos.** Florianópolis: Ed. da UFSC/CNPq, 1985, p. 17-30.

OLIVEIRA, Kelly Emanuely de. **Estratégias sociais no Movimento Indígena: representações e redes na experiência da APOINME.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Antropologia, 2010.

PACHECO, MVA. **Racismo, machismo e planejamento familiar.** Petrópolis: Vozes, 1981.

PAGLIARO, H.; MENDONÇA, S.; BARUZZI, R. **Fecundidade de Saúde Reprodutiva das Mulheres Suyá (Kisêdjê): aspectos demográficos e culturais.** Salvador. 2009.

PASCHOALETTI, Tayrine. Zoom: Como sua agência pode aproveitar a plataforma!. **Resultados Digitais.** 24 de mar. 2020. Disponível em:<<https://resultadosdigitais.com.br/agencias/tutorial-zoom>> Acesso em: 19 de out. 2020.

PEDREIRA, H.P. da S. **Saber Andar: Refazendo o Território Pataxó em Aldeia Velha.** Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2013.

PEREIRA, Tamires Santos. **O(a)s Pataxó Meridionais e o Território Tradicional do Monte Pascoal no Extremo Sul da Bahia: Patrimônio, Cultura e Memórias Corporais.** 2016. (Dissertação) - Programa de Pós Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, 2016. 142 p

POTIGUARA, Eliane. **Participação dos povos indígenas na Conferência em Durban.** *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 10, n. 01, jun. 2002.

PORTO SEGURO. Prefeitura Municipal de Porto Seguro. Secretaria de Saúde. **Combate ao Coronavírus.** Disponível em:<<https://coronavirus.portoseguro.ba.gov.br/>> Acesso em: 25 de jul. de 2021-[protecao-aos-indios-\(spi\)](https://www.gov.br/ptsp/ptsp-protecao-aos-indios-spi). Acesso em 20 de novembro de 2017.

ROSARIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MATTA, Gustavo Corrêa. **Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde.** *Saúde debate.* Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 17-31,

SACCHI, Ângela. **Violências, Direitos e Etnicidade: diálogos de gênero no universo indígena.** Universidade Federal de Goiás. Goiânia. 2003.

SAFFIOTI, H.I. B. **Rearticulando gênero e classe social.** In: OLIVEIRA, A.; BRUSCHINI, C. (Org.). Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 183-215.

_____. Heleieth. **A mulher na sociedade de classes.** São Paulo: Expressão Popular, 2013.

_____, Heleieth. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1976.

SAMPAIO, José Augusto Laranjeiras. **Pataxó: Retomadas na rota do quinto centenário**. 2000. In: RICARDO, Carlos Alberto. Povos Indígenas do Brasil: 1996-2000. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2001. pp.715-721.

SANTOS, Kevin Robert Dias. **O Crescimento Populacional de Aldeia Velha entre 1998 e 2010: Desafios para a Comunidade**. TCC (Formação Intercultural Para Educadores Indígenas – Habilitação Matemática) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 55 p. 2018.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade**, Porto Alegre-RS, v. 1, n. 2, jul./dez., 1995.

SEGATA, Jean Covid-19, **biossegurança e antropologia**. Horizontes Antropológicos [online]. 2020, v. 26, n. 57 [Acessado 30 Julho 2021] , pp. 275-313. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-71832020000200010>>. Epub 20 Jul 2020. ISSN 1806-9983. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832020000200010>.

SEGATO, Rita Laura. **Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial**. 2012. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/eces/1533>> Acesso em: 08 de jun. de 2021.

_____, Rita Laura. **Que cada povo teça os fios da sua história: o pluralismo jurídico em diálogo com legisladores**. Revista de Direito da UNB, vol. 01, n. 01, janeiro-junho, 2014. p. 65-90.

SILVA, Elaine França. **Da Metodologia feminista e direitos reprodutivos no Centro de Saúde Santa Rosa, Niterói (RJ)**. Saúde debate [online]. 2015, vol.39, n.106, pp.893-903.

_____. **O papel de liderança para o fortalecimento dos povos indígenas**. Surumu, Seminário “Mulheres Indígenas Fazem a Diferença”, ANAIS, 10 de novembro de 2006. Disponível em: Acesso em: 02 ago. 2010.

SILVA, Leonildo Severino. **Práticas e Cuidados em Saúde Reprodutiva de Mulheres da Etnia Kambiwá**. 2014. 98f. Dissertação (mestrado em enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SOTTO-MAIOR, Leila Silvia e PAULA, Jorge Luiz de. **Resumo do Relatório Circunstanciado de Revisão de Limites da Terra Indígena Aldeia Velha**. FUNAI, 2008.

SOUZA, Isabela Bastos Jacome de et al. **Ligadura tubária em mulheres de um município do interior do Maranhão.** Revista Interdisciplinar, São Luís, v. 6, n. 4, p. 17-24, 2013. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafap.edu.br/index.php/revinter/article/view/190>> Acesso em 12 de dez de 2017.

SOUZA, Jurema Machado de A. **Mulheres Pataxó Hãhãhãe: Corpo, sexualidade e reprodução.** Salvador: UFBA (Monografia), 2002.

_____, Jurema Machado de Andrade. **Trajetórias femininas indígenas: gênero, memória, identidade e reprodução.** Salvador, 2007. Dissertação (Mestrado em

URBAN, Greg. **A história da cultura brasileira segundo as línguas nativas.** In História dos Índios no Brasil. São Paulo. 2002.

VARGA IVD, Adorno RCF. **Terceirizando a indianidade?** Sobre a política nacional de saúde para os povos indígenas aos "500 anos". Revi Direito Sanit. 2001 mar; 2(1):9-26.

VENTURA, Mirian. **Direitos Reprodutivos no Brasil.** 3. Ed. Brasília, UNFPA, 2010.

VERDUM, R. **Mulheres indígenas, direitos e políticas públicas Brasília, DF:** Instituto de Estudos Socioeconômicos. Brasília, 2008.

ANEXOS

**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO
DE LAQUEADURA TUBÁREA**



**Ministério Público Federal
Procuradoria Geral da República
Plan-Assiste/MPF**

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁREA

Eu _____,
matrícula _____, portadora da cédula de identidade RG _____, idade _____ anos, ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico assistente e pelo Plan-Assiste/MPF, manifesto o desejo de ser submetida a laqueadura tubárea por minha livre e espontânea vontade. Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme Resolução Normativa 167, da ANS.

Antes da operação, foi-me informado que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez;
- Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: Laparoscópica – cirurgia realizada por meio de 4 pequenos cortes realizados no abdome; Microlaparotomia – que é semelhante a uma cesárea; Vaginal – cirurgia realizada pela vagina; Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea);
- Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo Serviço de Anestesia.
- **Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41% que independe do paciente ou do médico;**
- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
- **A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde vigente;**
- As complicações que poderão surgir são: Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico e Pós-operatórias Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras) bem como Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombozes, hematomas, pelvipерitonites, hemorragia e outras) perfurações de órgãos;

- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;
- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os Métodos de barreira, Anticoncepção hormonal, Contracepção intra-uterina, Métodos naturais;
- Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, e esclareci todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento anterior ao procedimento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro agora que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento;
- **Nestas condições CONSINTO que se realize a LAQUEADURA TUBÁRIA proposta;**
- Declaro ter recebido aconselhamento multidisciplinar
- Após ter recebido todas as informações necessárias informo que participei do processo de decisão sobre o meu tratamento e tenho minha parcela de responsabilidade sobre a conduta adotada. Este formulário atesta minha aceitação ao procedimento proposto;
- Tenho ciência, conforme disposto na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que a esterilização será objeto de notificação à direção do Sistema Único de Saúde, bem como, para comprovação do meu vínculo conjugal, devo apresentar cópia autenticada da minha certidão de casamento ou da declaração de união estável.

Observação: Preenchimento completo deste Termo será em duas três originais, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra, entregue ao paciente ou responsável legal, e a terceira, ao Plan-Assiste/MPF. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste Termo.

Cópias anexas:

- Certidão de Casamento/Declaração de União Estável (quando aplicável);
- Carteira de Identidade;
- Certidões de Nascimento dos filhos.

Brasília, ____/____/____

Assinatura da paciente _____

Assinatura do marido/companheiro _____

Assinatura do médico responsável sobre carimbo (legível) _____

ANEXO B – NOTA TÉCNICA FUNASA 028/2005



NOTA TÉCNICA nº 028/2005/CGASI/DESAI

Assunto: **Planejamento familiar em comunidades indígenas**

Interessado: **Departamento de Saúde Indígena**

Referência: **25100.003.978/2005-49**

Em reunião realizada no dia 28 de janeiro de 2005 na Procuradoria da República no Rio Grande do Sul houve a demanda de produção de orientação aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas acerca do acesso das comunidades indígenas ao programa de planejamento familiar. Por meio do Ofício/SOCIME/PR/RS/No.822, a Procuradoria da República no Rio Grande do Sul insta a FUNASA a apresentar parecer, obrigação que ora se cumpre.

2. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, publicada pela Portaria MS no. 254, de 31 de janeiro de 2002, e que tem como marco principal a Lei no.9836, de 23 de setembro de 1999, que acrescenta à Lei no.8.080, de 19 de setembro de 1999, um capítulo sobre saúde indígena, estabelecem o compromisso da atenção integral à saúde dos povos indígenas, em articulação com Estados, Municípios, Universidades e organizações da sociedade civil, com participação e controle social.

3. Sobre o planejamento familiar, a Constituição Federal estabelece:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

4. A Lei n.º 9.263, sancionada em 12 de janeiro de 1996, regulamenta o planejamento familiar no Brasil e estabelece em seu art. 2º:

“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.”

5. A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, a comunidade internacional, vem firmando uma série de Convenções nas quais são

estabelecidos os estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle que garantam um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados direitos humanos.

6. 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.

7. A assistência em planejamento familiar deve incluir acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, cientificamente aceitos, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, de acordo com a Lei do Planejamento Familiar, Lei n.º 9.263/1996.

10. A demanda por programas de planejamento familiar tem sido pautada pelas comunidades indígenas, tendo sido objeto de uma das resoluções do Fórum Nacional para Elaboração da Política Nacional de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas do Brasil, realizado em Brasília no período de 24 a 27 de novembro de 2003. O item 38 da sistematização de propostas relativas ao tema saúde, constante do Relatório Final do evento recomenda:

“Implantar programas de orientação para o planejamento familiar, respeitando as peculiaridades e interesses de cada povo”.

11. Da mesma forma o tema foi mencionado, por exemplo, nas reuniões do Comitê Intersetorial de Saúde Indígena, órgão consultivo do Conselho Nacional de Saúde, dias 14 e 15/04/2003, do Comitê Consultivo da Política Nacional de Saúde Indígena de 09/09/2004, bem como na reunião motivadora desta Nota Técnica, realizada na Procuradoria da República no Rio Grande do Sul em 28 de janeiro de 2005.

12. Do ponto de vista da saúde pública e da antropologia, programas de planejamento familiar podem ser importantes para determinar a melhoria da qualidade de vida de homens e mulheres, com positivo impacto à saúde da mulher cito por exemplo, a ampliação dos intervalos interpartais; a prevenção da gravidez indesejada, principalmente na adolescência; a prevenção da utilização de métodos abortivos ou até infanticídio, muitos destes métodos admitidos culturalmente.

13. A realização de planejamento familiar em comunidades indígenas pressupõe a realização de esclarecimento à família, possibilitando à pessoa, à família e à comunidade optar ou não pelo uso de determinada técnica. Em se tratando de métodos reversíveis com o devido uso racional prescrição e acompanhamento médico 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.

14. Observe-se que não se pode confundir a promoção de política de planejamento familiar com uma intenção de destruir, no todo ou em parte, um grupo étnico como tal, situação prevista na Lei no.2.889, de 01 de outubro de 1956, que tipifica e define punições para o crime de etnocídio. Esta Lei determina penas para quem “adotar medidas destinadas a impedir os nascimentos... com a intenção de destruir, no todo ou em parte, grupo nacional, étnico, racial ou religioso, como tal”. Assim sendo, a disponibilização de métodos contraceptivos de forma generalizada deve ser analisada dos pontos de vista demográfico e antropológico e ser debatida de forma clara com as comunidades indígenas, estabelecendo o acompanhamento participativo das comunidades.

15. A integridade em saúde dos povos indígenas é prioridade da FUNASA e de todo o Governo Federal e entre as metas assistenciais prioritárias está a redução da morbimortalidade materna e infantil. A FUNASA em parceria com outros setores do Ministério da Saúde tem agregado os esforços necessários para a implantação/implementação da assistência em planejamento familiar, no âmbito da atenção integral à saúde de homens e mulheres, trabalhando de forma integrada e em parceria com outros órgãos do Governo Federal, com estados e municípios e com a sociedade civil organizada, visando a potencialização das ações desenvolvidas.

16. Desta forma, é nosso parecer que a Política de Planejamento Familiar preconizada pelo Ministério da Saúde constitui direito das famílias indígenas brasileiras devendo ser promovida no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Brasília, 20 de maio de 2005.

ORIGINAL ASSINADO

Roberta Soares Nascimento
Médica Sanitarista
Coordenadora-Geral da Atenção à
Saúde Indígena

ORIGINAL ASSINADO

Edgard Dias Magalhães
Antropólogo
Mestre em Política Social
SIAPE 1224320

A consideração do Sr. Diretor do DESAI.

1. De acordo.

2. Encaminhe-se à Procuradoria da República no Rio Grande do Sul

Brasília, 20 de maio de 2005.

ORIGINAL ASSINADO

Alexandre R. S. Padilha

Diretor

ANEXO C – PUBLICAÇÃO OLINDA MUNIZ TUPINAMBÁ (2005)

Índias, nossas escolhas e nossa vontade

13 de dezembro de 2005

O tipo de informação que circula entre nós índios, nos leva a supor algumas coisas que não são inteiramente verdadeiras. A primeira delas é que toda a responsabilidade por se evitar uma gravidez indesejada deve ser da mulher. A segunda é que os índios (e muitas de nós índias também) pensam que o preservativo diminui o prazer sexual. A terceira é que a mulher tende a “se refazer” (engordar, aumentar o tamanho dos seios e dos quadris) em virtude de ter se casado.

Somado a isto, nós índios tendemos a subestimar o problema das doenças sexualmente transmissíveis, e estamos nos envolvendo com não índios. Além do mais, o padrão estético da televisão está nos levando a nos exigir um corpo com formas muito distantes de nossas possibilidades.

Em virtude de tudo isso, algumas de nós índias, acabam por engravidar sem planejamento, e de homens que não chegam a escolher como marido. Também estamos nos expondo a um grave risco de saúde, pois apesar de algumas de nos tomar anticoncepcional, estes remédios evitam gravidez, mas não doenças como a AIDS. Prevenir uma gravidez indesejada não deve ser obrigação só de nós mulheres. O preservativo não diminui o prazer sexual tanto assim e é importante para não contrairmos doenças. Muitas de nós estão engordando depois do casamento pois estamos tomando remédio para evitar ficar grávidas e engordar é um dos efeitos destes medicamentos. E nos mulheres, mesmo quando tomamos anticoncepcional, não recebemos informações adequadas para utilizar estes medicamentos.

Temos que cobrar uma mudança no modo como nos tratam em questão de planejamento familiar e saúde sexual. A FUNASA é administrada segundo a política governamental que entende historicamente a nós índios como incapazes de gerir nossas próprias vidas. Em consequência desta visão política em relação a nós índios, não nos é dado o direito de escolher que métodos de controle de natalidade nos são mais apropriados. A questão é que já absorvemos muita coisa da cultura civilizada, e os seus métodos de controle de natalidade, se bem empregados, podem ajudar a nós mulheres indígenas a nos libertar da trajetória pessoal de gerar mais filhos do que desejamos. Não somos incapazes, não nos pode ser retirado o direito de escolher o que fazer com nossos próprios corpos. Se uma mulher civilizada tem o direito de fazer suas escolhas para evitar filhos que comprometam sua liberdade individual, nós índias também queremos ter assegurado esse direito. Se a questão está em nosso crescimento populacional, devemos ser educadas para não nos esterilizar de uma forma inseqüente. O que não deve acontecer é sermos empurradas para parir um monte de filhos, sem que tenhamos ao menos recursos para cria-los.

Parece-me que os políticos se esqueceram que nossas terras tradicionais nos foram roubadas. Não temos terras sequer para nossa população de agora, muito menos ainda para uma população crescente. Uma política de crescimento populacional indígena deve começar pela devolução de nossas terras, o que já estamos cobrando faz muito tempo. Enfim a FUNASA não distribuir anticoncepcionais e camisinha, é uma postura ridícula, para não dizer hipócrita. Todos que trabalham com saúde indígena sabem que quando não queremos a gravidez, a maioria de nós simplesmente aborta. A falta de educação e apoio do governo só nos faz arriscar nossas vidas.

Com relação a anticoncepcionais, a FUNASA só nos obriga a gastar o nosso dinheiro que nos falta para a comida, em farmácias comprando remédios sem prescrição médica. Quando nos dirigimos aos postos de distribuição de camisinha, nos dizem que para indígenas não é permitido. Que querem afinal? Que aumentemos nossa população, ou morramos de uma epidemia de AIDS? Hipocrisia aparte, não vai ser por falta de camisinha que nós índios vamos deixar de ter relação sexual com a população não índia. Mas a população mundial está sofrendo com uma série de doenças que podem ser transmitidas pelo ato sexual, é bom que pensemos nisto. Quando os civilizados se aproximam de nós nos expõem a todas as doenças que acompanham sua população, assim, precisamos dos mesmos recursos de defesa que os civilizados também precisam.

Outro resultado do uso inadequado de anticoncepcionais é que nós índias estamos tendo obesidade, pressão alta entre mulheres jovens, celulite etc. Associado a isso, algumas de nos estão tomando remédios para emagrecer buscando um corpo que não é possível a nossa realidade. Esses remédios poderiam facilmente ser substituídos por uma alimentação adequada. E essa alimentação pode muito bem ser, simplesmente, a nossa alimentação tradicional. Mas infelizmente estamos substituindo nossos alimentos tradicionais por alimentos industrializados. Nossas comidas tradicionais são naturais e muito saudáveis. Temos que resgatar nossa cultura não só nas questões de rituais, pinturas, cantos, danças, mas também nos nossos hábitos de alimentação.

Nos estamos precisando modificar as idéias que estão nos levando a um comportamento que nos é nocivo. Temos que nos educar sexualmente. O melhor é não tomar remédios, e fazer sexo sem camisinha só quando estivermos casadas. Se formos fazer sexo sem camisinha no período fértil tem que ser com o objetivo de ter filhos. Se optarmos por usar anticoncepcional este deve ser prescrito por médicos, e mesmo assim devemos usar a camisinha.

Não devemos buscar um corpo que não tem a ver com nossa etnia, isso só vai nos levar a sofrimento emocional e a recorrer a métodos que agridem a nossa saúde. Estamos precisando cobrar que seja realizado um trabalho de educação na área de saúde nos ensinando a lidar com as doenças que são transmitidas pelo sexo. Também precisamos cobrar que nos ensinem a evitar a gravidez e nos forneçam os meios certos para fazer o planejamento familiar. Mas também precisamos ter consciência de quem somos e nos valorizar não buscando nos exemplos da televisão o nosso modelo de beleza e conduta.