

O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE)

The power of accessing to health: an analysis of the access to health in indigenous ethnicity Xukuru of Ororubá, Pesqueira (PE)

Ana Lucia Martins de Azevedo¹, Idê Gomes Dantas Gurgel², Maurício Antunes Tavares³

Resumo

O artigo analisou o acesso à saúde indígena em Pernambuco após a criação do Subsistema de Saúde Indígena, hoje gerido pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (MS), tendo como foco o povo indígena Xukuru do Ororubá. A partir da sociologia de Pierre Bourdieu, foi realizado um estudo de caso buscando caracterizar as “relações de poder” como fator dinâmico associado ao acesso, utilizando-se entrevistas, grupos focais, análise documental e observação direta. Identificou-se que essas relações nos campos micro e macro da saúde indígena constituíram elementos importantes na garantia do acesso à saúde. A posição ocupada pelos indígenas nesse campo, resultado de longos anos de relações conflituosas com a sociedade e o Estado, alterna entre a subalternidade e a busca de autonomia, aspectos constituintes do *habitus* Xukuru que os orienta frente às necessidades de acessar a saúde. O exercício do poder no acesso à saúde foi associado aos diferentes tipos de capital ativos no campo da saúde indígena. O capital cultural étnico surgiu ora como elemento facilitador, ora dificultador do acesso, dependendo dos fatores dinâmicos e do espaço de relações que o requereram.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde; sistemas de saúde; saúde de populações indígenas; poder.

Abstract

The paper analyzes the access to indigenous health in Pernambuco after the creation of the Indigenous Health Subsystem, today managed by the Indigenous Health Special Secretariat of Ministry of Health, focusing on the Xukuru indigenous people of Ororubá. From the sociology of Pierre Bourdieu, a case study trying to characterize the “power relations” as a dynamic factor associated with access, using interviews, focus groups, direct observation and document analysis was conducted. It was found that these relationships at the micro and macro fields of indigenous health were important elements in ensuring access to health. The position occupied by the Indians in this field, the result of long years of conflicting relations with society and the State, alternates between the subalternity and the search for autonomy, constituent aspects of Xukuru habitus that guides them front the needs to access health. The exercise of power in access to health was associated with different types of capital assets in the field of indigenous health. The ethnic cultural capital emerged either as a facilitator, or complicating issue to the access, depending on dynamic factors and on the space relationships that have required it.

Keywords: health services accessibility; health systems; health of indigenous peoples; power.

Trabalho realizado na cidade de Pesqueira – Pesqueira (PE), Brasil.

¹Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Analista em Serviço Social da Promotoria da Saúde do Ministério Público de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

²Doutora em Saúde Pública pelo CPqAM da FIOCRUZ; Pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da FIOCRUZ – Recife (PE), Brasil.

³Doutor em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Pesquisador da Fundação Joaquim Nabuco (FUNDAJ) – Recife (PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Ana Lucia Martins de Azevedo – Avenida Santos Dumont, 508, apto. 403 – Afritos – CEP: 52050-050 – Recife (PE), Brasil – E-mail: anazevedo.pe@gmail.com

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Entre as mudanças no sistema público de saúde brasileiro, ocorridas a partir dos anos 1980, está a criação, em 1999, do Subsistema de Saúde Indígena. Hoje gerido pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde (MS), por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), são esperadas dessa gestão melhorias na saúde dos indígenas, cujo histórico de exclusão no acesso às ações e aos serviços é há muito conhecido.

A análise do acesso aos sistemas de saúde revela uma diversidade de formas de sua apreensão, com divergências que vão desde o termo utilizado, acesso^{1,2} ou acessibilidade³, passando pela dimensão da análise, domínio estreito⁴ ou domínio amplo do acesso^{1,5}, até o enfoque utilizado, seja como ajuste entre as características do sistema de saúde e as características da população^{2,4}, seja como sinônimo de utilização dos serviços⁵. Com o passar dos anos, o conceito de acesso vem incorporando dimensões menos tangíveis do sistema e da população⁶, as quais estão vinculadas às relações sociais mais amplas.

A sociologia de Pierre Bourdieu se insere nessas abordagens enriquecendo a compreensão das práticas de saúde em diversos contextos culturais. No caso específico da atenção à saúde indígena, contribui para identificar de que modo as relações de poder interferem e de alguma maneira determinam as possibilidades de acesso à saúde, tendo em vista o campo de luta que a saúde representa para os agentes envolvidos (usuários, trabalhadores e gestores).

Para Bourdieu⁷, as relações de poder se inscrevem numa realidade em que o espaço social se configura como estruturas de diferenças cujo princípio gerador é a estrutura de distribuição de poder ou de tipos de capital eficientes no universo social. Bourdieu desenvolveu alguns conceitos que permitem analisar a posição dos grupos e suas relações, bem como a tendência à reprodução da ordem social. Destacam-se os conceitos campo, capital e *habitus*.

O campo é considerado como um espaço social hierarquizado pela desigual distribuição dos capitais; a posição dos atores no campo depende da estrutura e do volume dos capitais que, em determinado campo, atuam com maior ou menor eficácia nas lutas pelas posições de poder⁸. Nesse sentido, as posições que os agentes ocupam em outros campos podem ser “carregadas” para um campo específico, como, por exemplo, a posição do índio no campo da saúde, em que, conforme será visto, ora é usuário privilegiado, ora é subusuário do Sistema Único de Saúde (SUS).

Bourdieu destaca quatro tipos de capital: econômico, social, cultural e simbólico. São acrescentados, ainda, o capital político e o capital cultural étnico, que são espécies de capital simbólico. Embora no desenvolvimento do pensamento de Bourdieu

essa distinção venha perdendo força, no presente estudo essa diferenciação mostrou-se tão pertinente quanto produtiva.

Já o *habitus* consiste numa capacidade dos sujeitos de agir no campo por meio de um “senso prático”⁹. Como dimensão incorporada, o *habitus* é também uma postura, “um funcionamento sistemático do corpo socializado” (p. 6)⁷. Como um sistema de “disposições duradouras”, o *habitus* é decorrente de um processo de socialização e se configura num elemento de mediação entre as estruturas objetivas (as instituições sociais) e as estruturas mentais. Nessa perspectiva, a incorporação das experiências nos campos é o que leva à atualização do *habitus*, imprescindível para desenvolver novas formas de atuar no campo e alterar as relações de poder.

Para Bourdieu⁹, a noção de espaço ou campo contém em si “o princípio de uma apreensão relacional do mundo social” (p. 48), onde o poder simbólico se impõe por meio da violência simbólica, e consiste num poder cujo sujeitado dá um crédito àquele que o exerce sobre si porque crê que tal poder efetivamente exista⁷.

A Terra Indígena (TI) Xukuru do Ororubá constitui um espaço privilegiado de análise com esse enfoque, visto que se compõe do maior contingente populacional étnico do Estado, com 12.471 indígenas¹⁰. Ademais, os Xukuru possuem um modo próprio de organização sociopolítica associado a um histórico peculiar de luta pela retomada de suas terras e reconhecimento de sua identidade étnica.

METODOLOGIA

Este é um estudo de abordagem qualitativa, com suporte analítico no campo das ciências sociais, particularmente na sociologia de Pierre Bourdieu. Efetuou-se uma triangulação metodológica¹¹ utilizando-se entrevistas, grupos focais, análise documental e observação direta. O estudo foi realizado no Estado de Pernambuco, particularmente na cidade de Pesqueira, na TI Xukuru do Ororubá, compreendendo o período de 2009 a 2013.

Os sujeitos da pesquisa foram 9 usuários indígenas residentes na TI Xukuru do Ororubá; 10 trabalhadores (3 agentes indígenas de saúde (AIS), 2 dentistas, 3 médicos, 1 enfermeiro e 1 assistente social); 7 gestores (5 representantes da SESA e 2 representantes do DSEI/PE); 1 membro do Conselho Municipal de Saúde (representante do Conselho Local de Saúde Indígena), 3 lideranças indígenas; o cacique; o pajé; 3 representantes de entidades do movimento social com reconhecido histórico de apoio às causas dos Xukuru (Conselho Indigenista Missionário e o Centro de Cultura Luiz Freire). No total, foram incluídos 35 sujeitos.

A população usuária foi selecionada dentre as famílias residentes nas três Regiões Socioambientais (RSA) da TI (Serra, Agreste e Ribeira), com o apoio das lideranças indígenas e

dos AIS. A amostra foi do tipo não probabilística, tanto para os usuários quanto para os profissionais das equipes e gestores.

Foram realizados 3 grupos focais com lideranças indígenas da etnia Xukuru do Ororubá, representantes das 3 RSA, totalizando 14 participantes.

Os documentos analisados foram relatórios de pesquisas realizadas com a etnia, relatório da X Assembleia Anual do Povo Xukuru, normatizações e/ou publicações oficiais do MS e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)/SESAI, relatórios técnicos e legislações.

Para a sistematização e análise dos dados originados das entrevistas e grupos focais, utilizou-se o método de análise de condensação de significados proposto por Kvale¹².

Este estudo está vinculado ao projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da política de atenção à saúde indígena no DSEI de Pernambuco na perspectiva de usuários, trabalhadores e gestores”, que foi financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital/ Chamada: Ação sobre Saúde Indígena/Ministério da Saúde, processo nº 402511/2008-5.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme CAAE 0012.0.095.000-08.

■ RESULTADOS

Relações de poder na experiência cotidiana de acesso à saúde na etnia Xukuru do Ororubá

O acesso à saúde em terras indígenas chama a atenção sobretudo em razão da situação geográfica dos territórios¹³, que possuem características bastante peculiares, como aldeias dispersas e baixa densidade populacional.

A problemática territorial entre os Xukuru é complexa. As garantias de manutenção de seus direitos estão intimamente relacionadas à questão da demarcação da terra e do direito de usufruir do território conforme suas diferentes formas de relações: sociais, políticas e simbólicas.

Espaço e lugar adquirem significados distintos na experiência de organização territorial dos coletivos humanos, que os expressam no modo de satisfação de suas necessidades, sejam elas biológicas ou sociais. É nessa perspectiva que Tuan¹⁴ observa os sentidos de espaço e lugar nas experiências humanas:

O homem como resultado de sua experiência íntima com seu corpo e com outras pessoas, organiza o espaço a fim de conformá-lo a suas necessidades biológicas e relações sociais. (p. 39)

Em razão disso é que o sair da TI para buscar acesso fora representa, para os Xukuru, a necessidade de ressignificação cotidiana de um *habitus* que foi adquirido ao longo de um processo violento de negação do *eu* e de (re)elaboração de uma identidade que se forja a partir de critérios exteriores. Trata-se da reafirmação de valores que, apesar dos processos de subjetivação a que foram expostos, os Xukuru teimam em alimentar, preservando-os em “seu ser”, e que vão para além do que se conhece como costumes e tradições familiares, como afirma Bourdieu¹⁵. Um indicativo dessa reafirmação é a apropriação singular que esses indígenas fizeram do seu território, distinguindo-o em três diferentes regiões (Agreste, Serra e Ribeira), segundo suas características ambientais e a organização socio-política da etnia¹⁶.

Resultante de “estratégias de investimento simbólico”⁸, essa organização territorial foi incorporada pela gestão da saúde indígena, que distribuiu as equipes de saúde e definiu a responsabilidade sanitária delas segundo essa “reprodução biocomunal”¹⁶.

Nas relações travadas no processo de busca por serviços de média ou alta complexidade em Pesqueira, as dificuldades de acesso apresentam proporções enormes por se tratarem de serviços localizados “na rua”, como os Xukuru se referem à cidade. Ali, a representação social que os “brancos” têm dos índios está frequentemente vinculada a uma imagem negativa associada à retomada de seu território, ocorrida entre os anos de 1980 e 1990.

É fato que o capital étnico mostrou-se eficiente no macro-campo da saúde durante o processo de criação do subsistema de saúde indígena. Entretanto, no cotidiano das unidades de saúde situadas fora da TI esse capital não adquire nenhum significado positivo, ao contrário, constitui elemento de discriminação e barreiras no acesso.

Para a gestão do DSEI, esse problema está profundamente arraigado a uma certa cultura institucional no âmbito do SUS:

Infelizmente não se alcança essa interação entre o sistema e o subsistema, não é? A gente tem muita dificuldade de trabalhar, primeiro porque se criou uma cultura de que [...] se é índio, e se é problema de saúde, quem tem que resolver é [apenas] a FUNASA [DSEI], e não é. O SUS [...] é quem tem a responsabilidade maior com todos os cidadãos brasileiros, não é? [...] [Gestor 01 — DSEI/PE].

Cada campo específico — no caso em questão, o micro-campo da atenção à saúde que se realiza num espaço urbano — se reveste de diferentes propriedades segundo as diferentes espécies de capital, em relação às quais as posições dos agentes se definem, e o acesso aos bens e serviços de que necessitam pode ser facilitado ou dificultado. De fato, para Bourdieu⁷,

A forma de que se reveste, em cada momento e em cada campo social, o conjunto das distribuições das diferentes espécies de capital [...] define o estado das relações de força [...] entre agentes objetivamente definidos pela sua posição nestas relações. Esta posição determina os poderes actuais ou potenciais nos diferentes campos e as probabilidades de acesso aos ganhos específicos que eles ocasionam. (p. 135)

Observa-se aqui uma hierarquia de direitos no acesso à saúde quando a necessidade dos usuários requer a interação entre os dois sistemas. No SUS, a posição dos indígenas se inverte, passando estes à condição de subusuários, já que, ao serem usuários exclusivos de seu subsistema, não experimentam concretamente no SUS o mesmo direito de acesso dos demais usuários.

Essa hierarquia revela-se nos mecanismos de poder utilizados no âmbito dos serviços de saúde do município de Pesqueira, sendo os principais o preconceito e a discriminação institucionalizada contra os Xukuru. Tais barreiras de acesso à saúde não são exclusividades dessa etnia, conforme relata Garnelo¹⁷.

Outros aspectos importantes são de caráter político e relativos à correlação de forças do poder local, que, em geral, prejudica os interesses dos grupos indígenas¹⁸. No caso de Pesqueira, as relações interétnicas agravaram-se em face das tensões criadas no processo de retomada do território pelos Xukuru.

No microcampo da gestão da vida cotidiana e das relações interpessoais, o capital social também se mostrou eficiente no poder de acessar a saúde.

Aí nós vim de lá pra cá no sacrifício [...]. Aí foi tempo que doutora Célia [uma médica conhecida] chegou, aí, não, “a menina tá certa, ela agora vai pro internamento” [...] [Liderança 01 — RSA Agreste].

As redes de pertencimento e o conjunto de conhecimentos e relacionamentos são recursos adicionais dos quais os Xukuru se valem em algumas situações cujas barreiras nos serviços de saúde dificultam a assistência de que necessitam.

Outro aspecto com implicações no acesso à saúde que vale a pena destacar refere-se aos diálogos possíveis entre culturas, tradições e valores dos agentes no interior do microcampo da atenção. Os Xukuru lamentam o fato de os próprios indígenas atribuírem pouco valor às suas marcas e tradições, sobretudo quando se trata de participação em rituais e eventos específicos e utilização de terapêuticas tradicionais de cura.

As pessoas terminaram é... como tem um médico, tem num-sei-quê, tem remédio, tem a farmácia básica, então as pessoa passaram a procurar muito [...] esses medicamentos, e

a gente entendeu que isso é ruim porque termina esquecendo [...] [Liderança 02 — RSA Ribeira].

A racionalidade biomédica tem predominado na atenção à saúde desse povo, como de resto se observa em outras etnias¹⁹. No caso dos Xukuru, foram registradas queixas frequentes relativas a essas práticas biomédicas e a alta medicalização dos indígenas: “só sabe trazer um monte de comprimido de pressão e dá pro pessoal é o que ela [a médica hoje demitida] sabe fazer” [Liderança 01 — RSA Agreste].

Nota-se aqui uma relação de poder que envolve disputas pelo domínio e imposição do saber reconhecido como legítimo (violência simbólica). Marcadas por relações hierárquicas, as práticas terapêuticas indígenas mais conhecidas são toleradas e até estimuladas em alguns casos, desde que sejam, de um lado, úteis ao sistema, reduzindo a demanda reprimida, e, de outro lado, que operem de forma paralela à prática médica dominante, de modo que não perturbem a terapêutica prescrita.

O sistema terapêutico Xukuru é mais complexo do que se supõe. Formando um cenário “plurimédico”, nesse sistema convivem três racionalidades: a biomédica, a medicina popular e a nativa. Esses sistemas são acessados de modo alternado ou simultâneo, e eles operam por meio de interações dinâmicas nas quais seus elementos são apropriados, recriados e ressignificados²⁰.

Trata-se do acúmulo de um capital cultural que, incorporado e reproduzido por meio de um processo de socialização, é repassado de geração em geração por meio das próprias experiências de situações de doenças vividas. Este processo — constitutivo do *habitus* — reforça a demarcação das fronteiras da identidade Xukuru e faz frente a um processo crescente de “biomedicalização” da saúde e da vida²¹.

A política de saúde indígena necessita orientar suas intervenções à luz das diferenças culturais que marcam a distância entre o “mundo indígena e a sociedade envolvente, hegemônica e dominante”, conforme lembra Cardoso de Oliveira (p. 40)²². Cabe refletir, portanto, que necessidades de acesso à saúde os povos indígenas entendem como suas, isto é, não são heterônomas, alheias aos princípios que regem seu modo de ser no mundo.

Em muitos casos, observa-se recusa de parte dos indígenas em declarar aos profissionais de saúde (não indígenas) a utilização desses outros recursos terapêuticos como forma de acessar a saúde, porque percebem a não aprovação por parte de muitos desses profissionais, conforme a fala extraída de um dos grupos focais:

[...] Ele [o médico hoje demitido] disse que quando eu tivesse tomado o remédio, eu não tocasse em chá nenhum... erva do mato nenhuma, de jeito nenhum. Ele disse assim: pode ser um que seja tóxico e vai lhe prejudicar. [Grupo Focal — RSA Serra].

Evidencia-se a supremacia do poder médico nesse micro-campo da atenção à saúde indígena cujas ações tendem a perpetuar um modelo médico-assistencial hegemônico como estratégia de manutenção e reprodução do capital cultural expresso nesse poder. Acionado como única forma legítima de (saber) lidar com a saúde e a doença em qualquer espaço social, esse poder visa a destituir o usuário indígena de características que substancialmente o diferenciam e o empoderam: o capital cultural e étnico. Nessa perspectiva, a relação médico-paciente tende a constituir-se numa prática de violência simbólica, destituindo a autonomia e a capacidade dos usuários quanto ao modo de “consumir” as ações de saúde de que necessitam.

Outro aspecto relevante para o acesso à saúde refere-se à participação dos Xukuru no âmbito do subsistema. Este, contudo, é um processo recente na etnia e que vem amadurecendo e se tornando um capital político favorável à melhoria da qualidade na atenção à saúde do território.

As falas de alguns agentes refletem a influência do capital político da etnia no acesso à saúde.

[...] Eu acho que o povo Xukuru tem um diferencial em relação a outros povos que é justamente o nível de organização. Então embora a FUNASA [o DSEI] tenha aqui os mesmos limites e as mesmas exigências que tem em todas as regiões do Brasil, eu acho que aqui essas deficiências se manifestam de uma maneira menos escandalosa, a organização de uma comunidade acaba reduzindo o impacto da ineficiência da própria FUNASA [Informante-Chave 01 — CIMI].

Essa percepção está assentada, em grande medida, no modo de organização sociopolítica dos Xukuru, que incorpora à sua estrutura basal os novos instrumentos políticos de controle social vinculados ao modelo de gestão do subsistema de saúde indígena: os Conselhos Distrital e Local de Saúde.

A compreensão da lógica que orienta as práticas dos indígenas frente às relações com o Estado no campo da saúde não pode relevar a parte que compete ao regime tutelar na constituição do *habitus* Xukuru, que frequentemente se expressa nas ambiguidades de suas práticas. Assim, o sentido da participação dos Xukuru ora evoca certo protagonismo na busca pelos bens e serviços de que necessitam, ora se traduz em oportunas práticas colaboracionistas.

Os gastos com tratamento de saúde constituem outra dificuldade de acesso associada às relações de poder. A queixa impenetrante é a demora na entrega de medicamentos, o que obriga os usuários (quando podem) a comprar:

Eu vou fazer o que?, digo: meu Deus, eu posso até ter um trocadinho, que nem às vezes, às vezes não, eu tomo meu

medicamento controlado, é caríssimo, mas eu compro [...] [Usuário 05 — RSA Ribeira].

Conforme observam Diehl e Rech²³, os medicamentos representam um dos maiores mercados do mundo; no caso brasileiro, o mercado farmacêutico é um dos setores da economia brasileira que mais cresceram em 2010, sendo que vem se expandindo largamente nos últimos anos²⁴. Esses dados mostram tanto o nível da invasão dos medicamentos^{25,21} no âmbito da sociedade brasileira quanto a função que cumprem na “medicalização” dos problemas da vida.

No que concerne ao universo das sociedades indígenas, é notória a realidade dessa “invasão”. Esse é um importante desafio para o subsistema de saúde, que precisa efetivar uma assistência farmacêutica cuja política de incentivo ao uso racional implique um processo interativo que incorpore em suas ações a racionalidade dos diferentes modelos etiológicos dessas sociedades.

Existem múltiplas explicações para o fenômeno das demandas por medicamentos em áreas indígenas^{23,26}. No caso dos Xukuru, vale lembrar as observações relativas à função que a complementaridade dos sistemas terapêuticos cumpre na estrutura de poder local.

Assim, ao tempo em que potencializa o poder simbólico dos “especialistas de cura”, a utilização desse capital cultural pode ser interpretada como estratégia para redução de gastos com os tratamentos médicos. Nesse sentido, obtém-se como ganho adicional o fortalecimento e a reprodução de conteúdos sensíveis — posto que vivenciados em situações de sofrimento e dor — do seu capital étnico.

Nesse sentido, o reconhecimento das necessidades de saúde dos Xukuru deve pautar-se por princípios que reconheçam o *habitus* da etnia e sua relação com as práticas terapêuticas que demandam e utilizam.

CONCLUSÃO

Visto como um fenômeno relacional, o acesso foi analisado com recursos que evidenciaram aspectos das relações sociais cujo eixo dinâmico consiste nas especificidades etnopolíticas dos povos indígenas.

As contradições sociais locais, e os conflitos que os Xukuru vivenciam em torno da luta pela terra, apresentaram-se como fatores intervenientes no acesso. Essa questão repercutiu em dificuldades de acesso às ações de saúde de média e alta complexidade, disponíveis apenas nos serviços de saúde fora da TI, particularmente no município de Pesqueira.

O *habitus* Xukuru mostrou-se associado ao acesso quando a análise deste pode ser relacionada às suas práticas terapêuticas, às ambiguidades de suas estratégias de participação, suas relações com o órgão gestor da saúde e sua organização sociopolítica.

De igual maneira pode-se evidenciar que os capitais ativos no campo da saúde indígena (social, cultural, étnico, político e simbólico), especificamente do microespaço da atenção, constituíram recursos de poder associados ao acesso. No caso do capital cultural étnico, viu-se que, acionado fora do campo no qual é operante — a TI indígena, acha-se limitado como recurso de poder, e até redutor do acesso, quando este depende da articulação com o SUS. Foi o caso da barreira de acesso encontrada pelos Xukuru nas unidades de saúde de Pesqueira, em cujo microcampo de poder ficou evidente sua condição de subusuários do SUS.

O capital cultural também se mostrou operante no que tange às práticas de saúde no território, cuja utilização de plantas “do mato” e recursos cosmológicos interage de modo recalitrante

com o sistema médico hegemônico, revelando que o acesso à saúde não pode ser pensado apenas como acesso ao sistema de saúde ofertado e operado pelos “brancos”.

O estudo trouxe à luz a violência simbólica expressa no modelo de saúde praticado pelo subsistema na TI Xukuru, sendo uma de suas expressões mais visíveis a falta de reconhecimento da identidade indígena e do seu modo próprio de acessar a saúde. Trata-se de um modelo cuja prática adotada “na ponta” do sistema revelou-se impermeável a aspectos que — intervenientes no modo de acessar a saúde que os indígenas buscam — estão relacionados ao *habitus* que orienta e constituiu o “ser Xukuru” e seu modo de se relacionar com a saúde e a doença, a vida e a morte.

REFERÊNCIAS

- Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):1-10.
- Pentchansky R, Thomas, JW. The Concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care.* 1981;2(19):127-40.
- Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Ediciones Copilco S. A.; 1984.
- Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mex.* 1985;27(5):438-56.
- Aday L A, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Servi Res.* 1974;9(3):208-20.
- Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;31(3):260-8.
- Bourdieu P. *O Poder Simbólico.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007.
- Bonnewitz P. *La sociología de Pierre Bourdieu.* Buenos Aires: Nueva Visión; 2006.
- Bourdieu P. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação.* São Paulo: Papirus; 1996.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010: Características gerais dos indígenas - Resultados do universo.* Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
- Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NS. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais.* Rio de Janeiro: FRIOCRUZ; 2005. p. 71-103.
- Kvale S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing.* London: Sage Publications; 1996.
- Confalonieri UEC. O Sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas: por uma Integração diferenciada. *Cad Saúde Pública.* 2009;5(4):441-50.
- Tuan Y. *Espaço e lugar: a perspectiva da experiência.* São Paulo: DIFEEL; 1983.
- Bourdieu P. *O Senso Prático.* Petrópolis: Vozes; 2011.
- Gonçalves MSG, Gurgel IGD, Costa AM, Almeida LR, Lima TFP, Silva E. Uso de Agrotóxicos e a Relação com a Saúde na Etnia Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil. *Saúde Soc.* 2012;21(4):1001-12.
- Garnelo L. Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004. Documento de Trabalho nº 9. [Internet]. Porto Velho: UFRO/ENSP; 2004. Available from: <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc9.pdf>
- Viana F. O novo modelo de atendimento. In: Instituto Socioambiental. *Povos Indígenas no Brasil: 2001/2005.* Rio de Janeiro: ISA; 2006. p. 131-3.
- Andrade JT, Souza CKS, Nogueira MSL. Saúde indígena, intermedialidade e controle social entre os Jenipapo-Kanindé e Pitaguary no Ceará. *Anais do V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde;* 2011. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2011.
- Souza LC. “Doença que rezador cura” e “doença que médico cura”: modelo etiológico Xukuru a partir de seus especialistas de cura [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2004.
- Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina,* Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- Cardoso de Oliveira R. *Caminhos da identidade: ensaios sobre etnicidade e multiculturalismo.* São Paulo: Editora UNESP; 2006.
- Diehl E, Rech N. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadoras. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.* Rio de Janeiro: Ed. Contra Capa; 2004. p. 149-69.
- Release do V Fórum Nacional de Medicamentos no Brasil [Internet]. Brasília: Instituto Brasileiro de Ação Responsável; 2013. [cited 2014 Mar 10] Available from: http://www.acaoresponsavel.org.br/images/Release_V_Medicamentos_no_Brasil.pdf
- Dupuy JP, Karsenty S. *A invasão farmacêutica.* Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
- Pellegrini M. As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadoras. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.* Rio de Janeiro: Ed. Contra Capa; 2004. p. 233-43.

Recebido em: 18/03/2014
Aprovado em: 27/07/2014