

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Ana Lucia Martins de Azevedo

**O PODER DE ACESSAR A SAÚDE:
uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá a partir
da sociologia de Pierre Bourdieu**

**Recife
2013**

Ana Lucia Martins de Azevedo

**O PODER DE ACESSAR A SAÚDE:
uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá a partir
da sociologia de Pierre Bourdieu**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Osvaldo Cruz, como requisito final à obtenção do grau de Doutora em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel

Coorientador: Prof^o Dr. Maurício Antunes

Recife

2013

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A994p Azevedo, Ana Lucia Martins de.
O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá a partir da sociologia de Pierre Bourdieu / Ana Lucia Martins de Azevedo. - Recife: s.n, 2013.
191p.: il.
Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013
Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel; coorientador: Maurício Antunes.
1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Sistemas de Saúde. 3. Saúde de Populações Indígenas. 4. Poder. 1. Gurgel, Idê Gomes Dantas. II. Antunes, Maurício. III. Título.

CDU 613.9(=87)

Ana Lucia Martins de Azevedo

**O PODER DE ACESSAR A SAÚDE:
uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá a partir
da sociologia de Pierre Bourdieu**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito final à obtenção do grau de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Dr. André Monteiro Costa
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Dr. Garibaldi Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Dr^a Vânia Rocha Fialho de Paiva e Souza
Universidade de Pernambuco/UPE

Dr^a Maria Luiza Garnelo Pereira
Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane/FIOCRUZ/AM

AGRADECIMENTOS

A minha (grande) família, que nunca deixou de me estimular e me apoiar nos caminhos que escolhi para trilhar, ainda que isso implicasse ausências e me distanciasse fisicamente por algum tempo. Especialmente, agradeço ao meu pai e mais especialmente ainda a minha mãe (*in memoriam*), que parece sempre ter acreditado que esta filha “caçula”, única a sair do interior ainda sem alfabetização, cresceria e seria “doutora” estudando nas escolas da “capitá”.

De modo igualmente especial, agradeço a minha irmã, Berna, que a si se atribuiu o compromisso - e o cumpriu com distinção - de me “criar” com amor e proteção de mãe, e me garantir as condições que precisei para alcançar o título que ora recebo com orgulho e sentimento de dever cumprido.

A minha orientadora, Prof.^a Dra. Idê Gurgel, que foi generosa o suficiente para enxergar em mim a potencialidade e a coragem que eu precisaria para levar adiante minha insistência em transformar o que no início lhe parecia “um monstro” em um trabalho científico desenvolvido com habilidade e coerência intelectual.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Maurício Antunes, que me acolheu quando o “bonde” já estava andando e me dedicou tempo e paciência no acompanhamento laborioso das discussões e reflexões geradas pelos resultados do estudo.

A Paulo Maia, amigo inteligente e amável, de razão e sensibilidade, estudioso que primeiro me inseriu no universo intelectual de Pierre Bourdieu e trouxe luzes aos obscuros caminhos da metodologia pela qual optei seguir no estudo.

Aos professores da banca de defesa, pela generosidade e rigor com que avaliaram minha tese, e, sobretudo, pelas críticas, traduzidas em enormes contribuições que só fizeram-na enriquecer.

Aos professores da banca de qualificação: Prof.^a Liana Lewis (UFPE), quem primeiro me ouviu e me deu pistas preciosas no caminho teórico-metodológico pelo qual optei; e o Prof. André Monteiro (/CPqAM/Fiocruz), que cutucou minha imaginação e desafiou meu instinto de pesquisadora, instigando-me a ousar mais e, com liberdade, construir meu próprio caminho de pesquisa.

Ao Prof. Alexsandro de Jesus (UFPE), meu primeiro orientador, que dedicou parte preciosa do seu tempo a momentos inspirados de discussão comigo na tentativa de conciliar universos teóricos que (ainda) estavam se abrindo para mim.

À coordenação e aos colegas do Lasat (Laboratório de Saúde, Ambiente e Trabalho), grupo de pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães que me acolheram e me ofereceram todo o apoio de que necessitei para a realização dos estudos dentro e fora do Recife. Em especial, a Glaciene, pelas inspiradas conversas que resultavam em mudanças essenciais no conteúdo do estudo, e Tatiane, que soprou em meu espírito, com uma lucidez surpreendente, o campo de estudo pelo qual optei nesse doutorado.

A todos os funcionários da Biblioteca do CPqAM, especialmente a Mégine e Márcia, que diligentemente atenderam minhas demandas, respondendo com dedicação e cortesia todas as necessidades que lhes apresentei durante o curso, mesmo durante o período de realização do estágio no exterior (Barcelona/Espanha).

À CAPES, que me proporcionou o apoio necessário à realização do estágio fora do país (Barcelona/Espanha), experiência que, sem dúvida, me permitiu importante crescimento pessoal e ampliou as dimensões do meu universo intelectual.

Ao grupo de pesquisa da Agència de Salud Publica de Barcelona (ASPB/ES), onde realizei meu estágio de doutorado sanduíche, cujos integrantes me acolheram com o afeto que souberam dar e me incluíram no rol de amigos e de colegas da academia. Especialmente à Prof.^a Dra. Carme Borrell, diretora da ASPB, e à Prof.^a Dra. Gloria Pèrez, minha tutora, cujo apoio foi determinante para o sucesso do meu estágio, inclusive oferecendo-me condições ideais para o desenvolvimento dos estudos na Espanha.

Aos amigos, aqueles que, em especial, me acompanharam em todo o processo, desde o início das aulas, passando pelo estágio no exterior, até a conclusão do estudo, muitas vezes sofrendo comigo as agruras das quais ninguém escapa numa empreitada como esta, e também comigo gozando com cada etapa superada e cada “achado” encontrado.

Agradeço especialmente a Fátima Gonçalves, minha querida “louca-ajuizada”, que chegou como um raio de luz, levando-me a enxergar saídas práticas e possibilidades concretas quando instantes de desespero me tolhiam a serenidade.

De igual maneira a Isabel Prado, cujo companheirismo e presença carinhosa e generosa nas fases finais foram determinantes.

Ao grupo que chamo por “The L-Recife”, uma rede de amigas que souberam me acolher e, juntas ou separadamente, tornaram-se apoio enorme nos momentos em que as agruras do amor atentaram contra a minha estabilidade emocional e intelectual.

A André Buonafina, que gravou e editou criativamente em DVD toda a defesa desta tese, presenteando-me, ademais, com sua presença carinhosa.

Por fim, e com especial emoção, agradeço aos indígenas Xukuru - Guerreiros do Ororubá -, povo que sabe se valer do poder que adquiriu na luta pela existência e pelas condições que julga necessária à garantia de realização do seu “projeto de futuro”. Em especial ao Cacique Marcos, que se mostrou disponível ao extremo e confiou na seriedade de nosso grupo de pesquisa, certo das contribuições que estudos como o que se encerra neste doutorado poderão trazer para o fortalecimento da etnia e à melhoria das condições de saúde do seu povo e dos demais povos indígenas no país.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá a partir da sociologia de Pierre Bourdieu. 2013. (Tese Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

RESUMO

Na esteira das mudanças no sistema público de saúde brasileiro, foi criado, em 1999, o Subsistema de Saúde Indígena, hoje gerido pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde. No estudo da política de saúde indígena o acesso constitui um importante aspecto a ser abordado, uma vez que características fenotípicas em países com forte sistema de classes e hierarquias sociais, como no caso brasileiro, podem significar maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, bem como a outros bens e serviços coletivos. Os Xukuru do Ororubá têm uma longa história de contato com sociedades nacionais brasileiras e apresentam uma organização sociopolítica própria, decorrente em grande parte da luta que protagonizaram pela retomada de suas terras e reconhecimento de sua identidade étnica. A presente pesquisa objetivou analisar o acesso à saúde na Terra Indígena (TI) Xukuru do Ororubá, buscando caracterizar as “relações de poder” como fator dinâmico associado ao acesso. Com base na sociologia de Pierre Bourdieu, foi realizado um estudo de caso, utilizando-se entrevistas, grupos focais, análise documental e observação direta. Como resultado, foi observado que as relações de poder no campo micro e macro da saúde indígena constituíram elementos importantes na garantia do acesso à saúde. Neste sentido, foi observado que a posição ocupada pelos indígenas nesse campo, resultado de longos anos de relações de contato conflituosas com a sociedade envolvente e o Estado, alterna entre a subalternidade e a busca de autonomia, aspectos constituintes de um *habitus* que orienta suas práticas frente às necessidades de acessar a atenção à saúde que procuram. Em diversas situações foi observado o exercício do poder no acesso à saúde associado ao diferentes tipos de capital ativos no campo da saúde indígena, sendo eles o cultural, o econômico, o social e o capital simbólico. Também se evidenciou a importância do capital étnico, seja como elemento facilitador, seja dificultador do acesso, dependendo dos fatores dinâmicos e o espaço de relações que o requereram.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Sistemas de Saúde; Saúde de populações Indígenas; Poder.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de. The power to access health: an analysis of access to health care in Xukuru of Ororubá indigenous ethnicity from the sociology of Pierre Bourdieu. 2013. (Thesis Doctoral in Public Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

ABSTRACT

In the course of changes in the Brazilian public health system, the Indigenous Health Subsystem was created in 1999, today managed by the Special Secretary of Indigenous Health of the Ministry of Health. In the study of Indigenous health policy, access is an important aspect to be addressed, since phenotypic characteristics in countries with strong system of social classes and hierarchies, like in the Brazilian case, can mean the most difficult access to health services, as well as other goods and conjoint services. The Xukuru from Ororubá have a long history of contact with Brazilian national societies and present a socio-political organization of its own, due largely to the fight staged for the retake of their land and recognition of their ethnic identity. This study aimed to analyze access to health care in Indian Territory (IT) Xukuru from Ororubá, seeking to characterize the "power relations" as a dynamic factor associated to access. Based on the sociology of Pierre Bourdieu, we performed a case study using interviews, focus groups, document analysis and direct observation. As a result, it was observed that the power relations in the field of micro and macro indigenous health constituted important elements in ensuring access to health care. In this sense, it was observed that the position occupied by the Indians in this field, the result of long years of conflicted contact relationships with the surrounding society and the State, it alternates between being subaltern and the search for autonomy, constituent aspects of a *habitus* that guides their practices before the needs to access the health care they search. In many situations we observed the exercise of power in access to health associated with the different types of active capital in the field of indigenous health, namely the cultural, economic, social and symbolic capital. It was also highlighted the importance of ethnic capital, either as facilitator, or complicating the access depending on the dynamic factors and space of relationship required.

Keywords: Health Services Accessibility, Health Systems; Health of Indigenous Peoples; Power.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AIS – Agente Indígena de Saúde
AISAN – Agente Indígena de Saneamento
ANAI – Associação de Apoio ao Índio
APOINME – Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo
ATL – Acampamento Terra Livre
CASAI – Casa do Índio
CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CENDAP – Centro de Desenvolvimento e Apoio aos Municípios e Comunidades
CIMI – Conselho Indigenista Missionário
CISI - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CISXO – Conselho de Saúde Indígena Xukuru de Orubá
CCLF – Centro de Cultura Luiz Freire
CNM – Confederação Nacional dos Municípios
CNS- Conselho Nacional de Saúde
COPIXO – Conselho de Professores Indígenas Xukuru de Orubá
CORE – Coordenações Regionais
CPI – Comissão Pró-Índio
CPqAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
DESAI – Departamento de Saúde Indígena
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI – Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena
ESF- Estratégia de Saúde da Família
EVS- Equipes Volantes de Saúde
FNS- Fundação Nacional de Saúde
FUNAI- Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
IAB-PI – Incentivo de Atenção Básica para os Povos Indígenas
IDS – Institute of Development Studies
OIT – Organização Internacional do Trabalho

ONGs – Organizações Não Governamentais

PI – Posto Indígena

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNSPI – Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RSA- Região Socioambiental

SESAI – Secretaria Especial de Atenção à Saúde

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SPI – Serviço de Proteção aos Índios

SSL – Saúde Sem Limites

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TI – Terra Indígena

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UFRPE – Universidade Federal Rural de Pernambuco

UPE - Universidade de Pernambuco

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Possíveis domínios do conceito de “acessibilidade” -----	24
Quadro1	Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e Descrição Essencial -----	67
Figura 2	Área de atuação do DSEI/PE -----	74
Figura 3	Rede hierarquizada de Serviços de Saúde nos DSEI -----	75
Figura 4	Controle social no SUS e no subsistema de saúde indígena -----	76
Figura 5	Esquema Analítico -----	101
Quadro 2	Quadro de Análise. Fatores Dinâmicos, Condições Objetivas de Análise -----	102

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 ACESSO, PODER E OS INDÍGENAS NO NORDESTE	21
2.1 Uma análise do conceito de acesso em busca de sua complexidade -	21
2.2 Poder e relações de poder na perspectiva de Pierre Bourdieu	29
2.2.1 <i>Campo</i>	31
2.2.2 <i>Capital</i>	34
2.2.3 <i>Habitus</i>	40
2.3 Os povos indígenas no Nordeste e o processo de afirmação da identidade étnica	43
3 CAMINHO METODOLÓGICO	59
3.1 Desenho do estudo	59
3.2 Área de abrangência e período do estudo	61
3.3 Sujeitos da pesquisa	61
3.4 Técnicas, fontes e instrumentos de coleta de dados	62
3.4.1 <i>Análise documental</i>	62
3.4.2 <i>Entrevistas semiestruturadas</i>	63
3.4.3 <i>Grupo focal</i>	64
3.4.4 <i>Observação direta</i>	65
3.5 Técnica de análise e sistematização dos dados	66
3.6 Aspectos éticos	68
4 O PODER DE ACESSAR A SAÚDE	69
4.1 A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	69
4.2 Os Xukuru do Ororubá: organização sócio-política e o campo da saúde indígena	77
4.3 O acesso à saúde sob a ótica das relações de poder: o campo da saúde e as estratégias indígenas	92
4.3.1 <i>Modelo de análise</i>	92
4.3.2 <i>Relações de poder na experiência cotidiana do acesso à saúde indígena</i>	103
4.3.2.1 <i>Condições objetivas relativas a fatores sócio-espaciais do acesso</i>	103
4.3.2.2 <i>Condições objetivas relativas a fatores organizativos do acesso</i>	110

4.3.2.3 <i>Condições objetivas relativas a fatores socioculturais do acesso</i> -----	133
4.3.2.4 <i>Condições objetivas relativas a fatores econômicos do acesso</i> -----	152
5 CONCLUSÕES -----	163
6 RECOMENDAÇÕES -----	167
REFERÊNCIAS -----	169
APÊNDICES A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS -----	183
APÊNDICES B - ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS -----	185
APÊNDICES C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES/ TRABALHADORES -----	187
APÊNDICES D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (USUÁRIOS) -----	189
APÊNDICES E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (TRABALHADORES/GESTORES) -----	190
APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (GRUPO FOCAL) -----	191

1 INTRODUÇÃO

A década de 1980 foi o cenário no qual se iniciaram as mais importantes mudanças no sistema público de saúde brasileiro, que se apresentava profundamente excludente, baseado num modelo médico-assistencial privatista e eminentemente hospitalocêntrico. Buscava-se um modelo de saúde que, além de outras garantias, formatasse um sistema universal, integral e descentralizado. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) constituiu-se no ponto culminante para o qual convergiram tais mudanças. O direito à saúde, agora reconhecido como direito de cidadania para todos, foi consagrado nas leis nº 8080 (BRASIL, 2005a) e nº 8142 (BRASIL, 2005b), ambas aprovadas no ano de 1990. Assim é que, do ponto de vista legal, ficam garantidos princípios fundamentalmente novos na política de saúde brasileira, como, por exemplo, o da universalidade de acesso, o da integralidade da assistência, o da descentralização político-administrativa e o da participação da comunidade.

Na esteira dessas mudanças, com a aprovação da chamada Lei Arouca (Lei nº 9836/99) (BRASIL, 1999a), foi criado o Subsistema de Saúde Indígena, estruturado segundo uma divisão territorial em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sob a responsabilidade da Funasa/MS. A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas previu a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, voltado para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos indígenas o exercício de sua cidadania nesse campo. Para a sua efetivação, cada DSEI deveria possuir uma rede de serviços vinculada ao SUS, funcionando de modo hierarquizado e integrado, com complexidade crescente de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população.

Mais recentemente, foi criada a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI), por meio do Decreto n.º 7336/10 (BRASIL, 2010), ligada diretamente ao Ministério da Saúde, que passou a executar a política de saúde indígena, retirando da Funasa essa responsabilidade. Conferindo autonomia aos DSEI, essa importante mudança permite ao Ministério da Saúde gerenciar diretamente a atenção à saúde

dos indígenas, levando em conta aspectos culturais, étnicos e epidemiológicos das mais de 300 etnias existentes no Brasil.

Nessas populações, o quadro de desigualdades que envolve o acesso à saúde é muito complexo, face ao conhecido histórico de exclusão social imposto aos povos indígenas desde a chegada dos europeus às terras brasileiras. Este histórico envolve situações – introdução de novos patógenos, usurpação de territórios e, ou, perseguição e morte de indivíduos ou mesmo comunidades inteiras – que tiveram importante influência nos determinantes dos perfis de saúde indígena (SANTOS; COIMBRA Jr., 2003).

As especificidades da população indígena, numa sociedade cuja moral tende a eliminar o diferente em nome de uma coletividade excludente, transformam-se em condições de vida e saúde desiguais. Características fenotípicas, como a cor da pele, ou pertencer a uma determinada etnia, podem estar associadas a uma determinada estrutura de classe ou padrão de hierarquias sociais, conforme observam Coimbra Jr. e Santos (2000). Esses autores lembram que tais características podem limitar em muito as possibilidades de mobilidade social ascendente e, conseqüentemente, restringir o acesso a bens e serviços sociais, como os serviços de saúde, educação, entre outros.

Em face da complexidade do tema, a continuidade e o aprofundamento de estudos e debates relativos ao acesso e aos fatores a ele associados têm sido considerados uma necessidade fundamental (PAVÃO; COELI, 2008).

Um modo pelo qual se pode conhecer como a efetivação do direito à saúde se dá consiste em estudar o cotidiano das pessoas na busca pela atenção à saúde de que elas necessitam. Segundo Giovanella e Fleury (1996), o acesso é uma categoria central para a análise das inter-relações que dinamizam esse cotidiano.

No caso específico do subsistema de saúde indígena, estudos nesse âmbito são bastante escassos, uma vez que a maioria das abordagens relativas à saúde dos indígenas restringe-se a enfoques epidemiológicos ou antropológicos. Assumir,

portanto, o acesso como categoria analítica no campo da saúde indígena consiste numa tarefa árdua, a começar pelo reconhecimento da polifonia de sua concepção.

De maneira geral, os estudos sobre o acesso se relacionam a duas tendências, segundo Vargas (2009): uma que o define como “ajuste” entre as necessidades da população e a capacidade de oferta dos serviços e outra que o define em termos de “utilização” dos serviços de saúde.

A primeira, classificada no campo do “domínio estreito” do conceito de acesso, considera apenas o movimento de busca por parte do indivíduo e início da atenção demandada. A segunda, classificada no “domínio amplo”, identifica o acesso com o conceito de determinantes de utilização dos serviços de saúde, incluindo aspectos que vão desde o desejo, ou a necessidade, do usuário de procurar o serviço até sua efetiva utilização.

Para Ricketts e Goldsmith (2005), em geral, os estudos focados no acesso utilizam análise de cruzamento seccional e os modelos usados para guiar esses estudos são relativamente estáticos, pois tendem a relatar eventos discretos nos quais a pessoa tem necessidade do serviço, procura-o fora e recebe algum tipo de assistência, cujo resultado é mensurado. Em nível da população, as variáveis são relativamente fixas, tais como cobertura do seguro, razão de profissionais por população e características organizacionais. Para os autores acima mencionados, investigações sobre o acesso devem dar maior ênfase aos processos dinâmicos inerentes a este fenômeno (RICKETTS; GOLDSMITH, 2005). A compreensão do acesso em seus aspectos dinâmicos também é enfatizada por Travassos e Martins (2004), para quem os modelos explicativos devem incorporar as particularidades de cada contexto a ser analisado.

Dessa forma, observa-se que o acesso à saúde é um aspecto fundamental para a análise da política de saúde destinada a uma população, especialmente em se tratando de uma população indígena, cujos estudos concentram-se nas regiões Amazônica e Centro-Oeste, condenando as demais regiões a um fosso profundo, sobretudo no que tange a estudos referentes à utilização dos serviços de atenção à saúde (DIEHL, 2001).

Segundo dados do IBGE (2012), o Brasil contabiliza uma população de 896.917 indivíduos indígenas, que correspondem a 0,4% da população total brasileira. Presentes em todos os estados brasileiros, esses indígenas compõem uma população heterogênea distribuída em 305 etnias que falam 274 línguas diferentes.

No estado de Pernambuco vivem aproximadamente 60.000 indivíduos indígenas que habitam a região do Agreste e do Sertão do estado (IBGE, 2012), distribuídos em 10 grupos étnicos, a saber: Atikum, Fulni-ô, Kambiwá, Kapinawá, Pankará, Pankararú, Pipipan, Truká, Tuxá e Xukuru do Ororubá, sendo este último o que concentra o maior número de indivíduos (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2008). De um modo geral, os grupos indígenas no Nordeste brasileiro não são alvo de estudos, ainda que pese o fato de constituírem a 2ª maior população indígena do país (25,9%), ficando atrás apenas da região Norte (38,2%) (IBGE, 2012). As informações disponíveis são oriundas de alguns estudos de cunho antropológico e histórico que não tinham a saúde como foco central de investigação com exceção do trabalho de Souza (2004) que discorre sobre o modelo etiológico Xukuru.

A população indígena Xukuru do Ororubá habita o território que se estende por toda Serra do Ororubá, na região agreste do Estado de Pernambuco a 216 km da capital do estado. Esse grupo constitui o maior contingente populacional étnico do estado, com 12.471 indígenas, segundo dados do IBGE (2012). O território Xukuru foi homologado em 2001 e a terra indígena conta com 27.555 hectares (FUNAI, 2007). Divide-se em três regiões geográficas distintas: Serra, Ribeira e Agreste, abrigando sua população em 24 aldeias (LIMA et al., 2007). Atualmente cerca de 4.000 indivíduos residem fora da terra indígena Xukuru do Ororubá (IBGE, 2012).

Os Xukuru, assim como muitos grupos étnicos que vivem no Nordeste brasileiro, foram marginalizados na história indígena brasileira e ocultaram por muito tempo suas práticas religiosas e de cura como forma de resistência, sobrevivência e auto-preservação. Sofreram com a perda de terras tradicionais que permitiam sua reprodução social e cultural e foram alvos de toda fonte de discriminação, sobretudo a partir do século XVIII (FIALHO, 1998). Atualmente, apresentam um modo de organização social e política próprio, decorrente em grande parte da luta relativamente recente que protagonizaram pela retomada de suas terras e

reconhecimento de sua identidade étnica. A dinâmica sociopolítica dos Xukuru representa um “capital político e simbólico” importante, um “recurso de poder”, tanto no que se refere ao campo político interno - relativo às suas lideranças - quanto externo - relativo às relações com o DSEI de Pernambuco e os gestores locais do SUS.

Tomar, pois, a experiência desse grupo étnico para a análise do acesso à saúde, tendo em vista seus aspectos dinâmicos, conforme registram Ricketts e Goldsmith (2005), necessita problematizar as interações entre os agentes envolvidos no campo da saúde e, particularmente, da atenção à saúde indígena. Deste modo, há que se focalizarem as características desse subsistema de saúde e as especificidades etnopolíticas de sua população usuária, entrelaçando esses dois aspectos numa perspectiva sociológica, a fim de penetrar os meandros das relações sociais que caracterizam e especificam as experiências de acesso neste contexto.

Os contextos locais oferecem elementos essenciais para a compreensão da política de saúde em situações de pluralismo étnico, pois investigações neste âmbito podem contribuir de modo mais amplo “para o entendimento de maneiras pelas quais uma população procura soluções para seus problemas de saúde” (LANGDON, 2004, p. 156).

Assim, a análise com foco nas relações de poder, conforme foi desenvolvida neste estudo, pode ser uma chave para otimizar a compreensão de aspectos ainda obscuros no universo teórico do acesso, e, ao mesmo tempo, pode contribuir, no campo específico da política de saúde indígena, para a análise de fatores complexos associados ao acesso no cotidiano dos serviços.

Nesse sentido, o presente estudo busca introduzir uma dimensão teórico-metodológica nova nos debates contemporâneos acerca do acesso à saúde, cujos modelos analíticos, conforme mencionados anteriormente, apenas tangenciam: os aspectos relativos às relações sociais que conformam as experiências de acesso em uma dada sociedade. Aspectos esses passíveis de serem compreendidos com apoio das ciências sociais, cuja interlocução com o campo da saúde coletiva data dos anos 1970 (CAMPOS, 2000; CANESQUI, 2011). Desde então, conforme Canesqui

(2011), essa interlocução tem sido permanente, com interesses crescentes em seus produtos, uma vez que a saúde está integrada aos desejos por melhor qualidade de vida, compondo as existências do ser humano e da sociedade (CANESQUI, 2011, p. 20).

Estudos recentes no Brasil, utilizando conceitos do campo da sociologia, como o de “capital social”, discutem sua relação com a promoção da saúde e o associam a impactos na saúde bucal (ALLEGRETTI, 2007), outros mostram sua relação com as possibilidades de acesso ao sistema de saúde no SUS (SANTOS; MANESCHY; ESPÍRITO SANTO, 2010; SILVA FILHO et al., 2010).

Uma breve análise do histórico de proteção social do Estado brasileiro permite observar essa questão. Segundo Cohn (2000), a característica fundamental desse histórico consiste na reprodução das desigualdades sociais e manutenção da subalternidade dos pobres, que, para assegurar minimamente o acesso aos direitos sociais (incluído o direito à saúde), dependem frequentemente do “benefício” de agentes estatais e vínculos de amizade. Na cultura política brasileira, conforme analisa a referida autora, essas redes sociais funcionam como verdadeiro “capital social”, cujo acúmulo possibilita aos cidadãos comuns acessarem os recursos coletivos e serviços sociais básicos a que não conseguem acessar pela via da cidadania.

Em termos internacionais, Samuelsen e Steffen (2004) mostraram que o uso de autores ligados às Ciências Sociais e Humanas, como Bourdieu e Foucault, nas análises de resultados empíricos tem favorecido novas interpretações qualitativas no campo da saúde, enriquecendo a compreensão das práticas de saúde em diversos contextos culturais. Portugal (2005), em estudo amplo sobre as redes informais e sua influência no acesso aos serviços públicos, mostra a importância das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde em Portugal, concluindo que os indivíduos conseguem através dos laços sociais o que não conseguem através do vínculo de cidadania. Na lógica de Bourdieu, poder-se-ia afirmar, como Bonnewitz (2006), que os agentes sociais sabem pôr em relação os meios e os fins para adquirirem bens escassos.

Nesse sentido, busca-se contribuir com essa interlocução, considerada necessária para a compreensão dos processos sociais aos quais o acesso à saúde se relaciona e pelos quais de algum modo é determinado. Trata-se de uma reflexão dos modelos de análise então vigentes, buscando incorporar novos elementos, num esforço de proposição de uma abordagem que, partindo da análise dos componentes mais específicos e localizados do acesso, caminhe - num sentido de mão dupla - para a compreensão de seus determinantes mais amplos, localizados no espaço das relações sociais que caracterizam o campo da saúde como um espaço de relações de poder no qual os agentes (distribuídos segundo o capital que possuem) lutam em torno da produção e do consumo de um bem: as ações de saúde¹.

É lançando mão de contribuições importantes da sociologia de Pierre Bourdieu que este estudo analisa o acesso, adentrando pouco a pouco a experiência concreta dos indivíduos indígenas no processo de busca e satisfação de suas necessidades de saúde, uma vez que neste microcampo concorrem diversos interesses e “agendas ocultas nem sempre imediatamente reveladas” (CECÍLIO, 2002, p. 295).

Tem-se por fato que o exercício do poder dependerá da cada situação concreta, como também da dinâmica do campo no qual ele se realiza. Trata-se de tomar por foco a arena de conflitos que conforma o processo que caracteriza o acesso à saúde no Subsistema de Saúde Indígena, isto é, as relações de poder que estão implicadas nesse processo e a ele são inerentes.

Daí decorre a seguinte pergunta que norteia o presente estudo: como se configuram as relações de poder no acesso à saúde, no Subsistema de Saúde Indígena, no Território Indígena Xukuru do Ororubá?

A reflexão parte do pressuposto de que a complexidade que envolve a análise do acesso à saúde em parte reflete a natureza das propriedades dinâmicas do campo da saúde, cujo objeto se relaciona às conjunturas políticas e varia, como lembra Campos (2000), em função da correlação de forças, da ação do Estado e dos distintos atores sociais que atuam no setor. E ainda de que as relações de poder

¹ Geradoras de um “bem” de valor inestimável para o usuário, cuja finalidade é mantê-lo vivo, estas ações são consumidas imediatamente na produção da ação, que não está sendo ofertada no mercado como coisa externa, ‘que se vai e pega’. Outra perspectiva é aquela de consumo de procedimentos, como exames ou Raio-X, conforme lembra Merhy (2002).

presentes no acesso à saúde na TI Xukuru do Ororubá constituem relações complexas que ocorrem numa arena de conflitos políticos e contradições em torno das especificidades desse povo, que envolvem a manutenção do seu território, o reconhecimento de sua identidade étnica e o respeito à sua organização social e política.

Deste modo, busca-se analisar as relações de poder no acesso à saúde, focalizando a experiência do povo Indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira e Poção/PE. Mais especificamente, visa-se elaborar um modelo de análise do acesso na perspectiva do campo bourdieusiano; descrever a política de saúde indígena em sua relação com o campo da saúde; caracterizar a organização sociopolítica dos Xukuru do Ororubá, em face das relações de poder no campo da saúde; descrever como as relações de poder afetam a experiência cotidiana de busca e obtenção da atenção à saúde.

2 ACESSO, PODER E OS INDÍGENAS NO NORDESTE

Neste capítulo são apresentados os fundamentos teórico-temáticos que orientaram o estudo. Partindo de uma reflexão crítica sobre o conceito de acesso, segue com uma abordagem sobre os principais conceitos da sociologia de Pierre Bourdieu e finaliza com um histórico dos povos indígenas no Nordeste brasileiro.

2.1 Uma análise do conceito de acesso em busca de sua complexidade

A problemática do acesso é correntemente considerada complexa e de difícil mensuração e os modelos de análise propostos apresentam dificuldades para apreender dimensões do fenômeno associadas às relações sociais que o envolvem e ao mesmo tempo o determinam.

Diversas são as formas de pensar onde reside a complexidade do conceito de acesso e as dificuldades de operá-lo na análise das práticas dos sistemas e serviços de saúde. Como o acesso e as práticas de saúde a ele associadas se inscrevem num espaço social determinado, composto por estruturas e agentes imbricados em relações complexas, talvez a problemática resida na complexidade mesmo do mundo social, que é construído individual e coletivamente, segundo a perspectiva de Bourdieu (1996), na cooperação e no conflito. E mais, nessa perspectiva, é possível pensar o acesso, conforme se esclarece mais adiante, num espaço social de relações de poder (o campo da saúde), cuja estrutura de distribuição de diferentes tipos de capital condiciona as representações desse espaço, bem como a tomada de posição frente às possibilidades reais de conservá-lo ou transformá-lo.

Segundo Donabedian (1984), a acessibilidade é um dos componentes que qualificam a atenção à saúde e relaciona-se à interação entre os provedores e os clientes (grau de ajuste). Para esse autor, a acessibilidade depende de aspectos que facilitam o alcance e uso efetivo dos serviços. Trata-se, ainda, da habilidade dos usuários potenciais para vencer obstáculos financeiros, espaciais, sociais e psicológicos que se apresentam entre eles e o atendimento.

Segundo Travassos e Martins (2004), Donabedian restringe o conceito quando não incorpora nele os aspectos relativos à percepção dos pacientes sobre os problemas

de saúde ou o processo que os leva a tomar a decisão de procurar o serviço. Mas também avança quando entende a acessibilidade, para além da entrada no serviço, como o grau de ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos de saúde.

Aday e Andersen (1974) propõem a avaliação do acesso por meio de indicadores de estrutura, processo e resultado. Para esses autores, se a intenção é analisar como e porque uma política ou programa influi no acesso real, a avaliação do acesso potencial através da estrutura e do processo são as adequadas - refletem as características do sistema e da oferta, e da população em situação de risco, que afetam a entrada no sistema. Se a ideia é analisar o impacto da política na utilização dos serviços, a utilização de medidas de resultado seriam as adequadas - utilização e satisfação refletem o produto final da política de saúde em matéria de "acesso".

Frenk (1985) refere que a proposta desses autores não deixa clara a distinção entre o estudo do acesso e da utilização dos serviços de saúde. De fato, o modelo de Aday e Andersen, em que pesem seus investimentos no desenvolvimento do conceito, tem focalizado historicamente os determinantes de utilização ao invés de seus efeitos (GOLD, 1998), além de apresentar-se como um modelo linear, não numa perspectiva interativa e cíclica, que considere os processos de mudança e adaptação relativamente aos indivíduos e populações, bem como aos sistemas e política (RICKETTS; GOLDSMITH, 2005).

Em publicação posterior Andersen (1995) propôs o estudo do acesso sob dupla característica: o acesso potencial e o acesso real. O acesso potencial refere-se aos fatores que capacitam os indivíduos para o uso dos serviços e o acesso real consiste na utilização efetiva desses serviços.

Andersen também inclui aspectos relativos aos efeitos dinâmicos e recursivos do uso e inclui o conceito de "acesso efetivo", que se refere à melhoria das condições de saúde ou a satisfação das pessoas com o serviço, e "acesso eficiente", que se relaciona ao nível de mudança na saúde ou na satisfação do usuário em relação ao montante de serviços consumidos.

Já Pentchansky e Thomas (1981) propõem uma classificação para o conceito de acesso, que, segundo eles, reclama uma definição operacional mais precisa. O

acesso então é apresentado como um conceito geral que sintetiza um conjunto de dimensões que descrevem o ajuste – no enfoque de Donabedian- entre as características do paciente e do sistema de atenção. A perspectiva de acesso dos autores põe o foco na relação, e não apenas em um dos lados que compõem o acesso (o lado do sistema ou o lado dos usuários). Especificamente, o acesso pode ser medido por meio das seguintes dimensões:

Disponibilidade – volume e tipo de serviços em relação às necessidades;
Acessibilidade – compreendida como uma dimensão do acesso, refere-se à localização geográfica dos serviços em relação aos pacientes;
Acolhimento – refere-se ao modo de organização dos serviços e como os usuários se adaptam a esse modo;
Capacidade de compra – consiste na relação entre as formas de financiamento dos serviços e a capacidade de compra das pessoas;
Aceitabilidade – representa as atitudes dos usuários e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um (PENTCHANSKY; THOMAS, 1981, p. 128-129, tradução nossa).

Embora original, essa proposta de ampliação não tem sido muito utilizada nos estudos sobre o acesso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Talvez a dificuldade de utilização desse modelo encontre-se no fato dos autores utilizarem uma definição demasiado ampla de acesso, que abarca uma gama extensa de conceitos, conforme observa Frenk (1985).

Para Frenk (1985), a acessibilidade é um dos componentes cardinais do processo de atenção à saúde. Baseando-se no conceito de Donabedian, define-a como o grau de ajuste entre as características da população e dos recursos de atenção à saúde. Com base na literatura sobre o tema, referindo-se ao alcance da acessibilidade, Frenk observa que ela pode ser abordada de modo restrito ou de modo mais amplo.

Assim, a acessibilidade consiste numa sucessão de acontecimentos que vão desde o instante em que surge a necessidade de atenção médica até o momento em que se inicia e continua a utilização dos serviços de saúde. Nesse caso, presume-se que há uma necessidade e um desejo de buscar a atenção. Em face da necessidade e do desejo, a análise focará os fatores que obstaculizam ou facilitam o processo de busca e obtenção da atenção de que se necessita. Uma ampliação simples do enfoque, observa Frenk (1985), consiste em incluir no domínio da acessibilidade não só o contato inicial com o sistema de saúde, mas também os contatos continuados ao longo do episódio. O domínio ampliado inclui também, no âmbito do desejo de atenção, aspectos relativos à crença dos indivíduos sobre o sistema de saúde, à

confiança no sistema de atenção médica e à tolerância à dor e à incapacidade. Este último enfoque, contudo, confunde a análise da acessibilidade com a dos determinantes de utilização (FRENK, 1985).

A figura abaixo ilustra sua explicação referente aos domínios do conceito de acessibilidade.

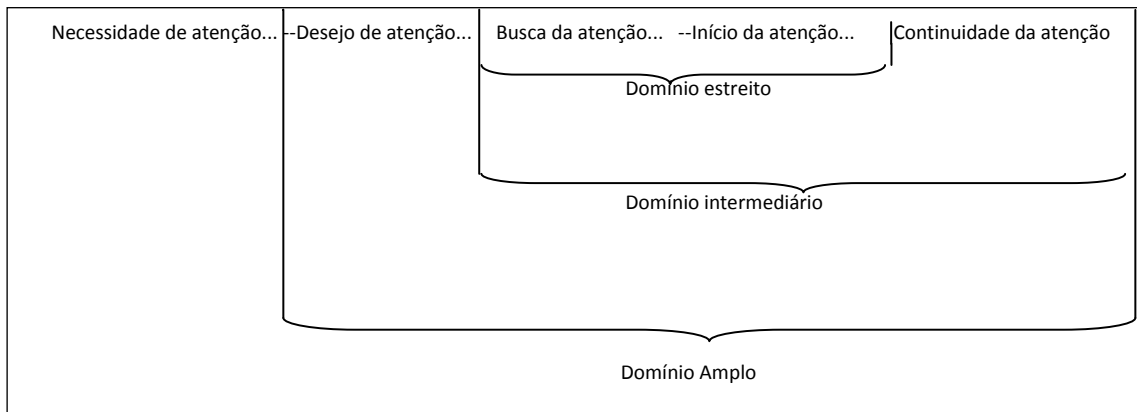


Figura 1 - Possíveis domínios do conceito de “acessibilidade”.
Fonte: Frenk (1985).

Frente aos domínios da acessibilidade apresentados, Frenk (1985) defende a abordagem restrita, pois, para que o conceito de acessibilidade tenha seu próprio nicho empírico, deve referir-se a um conjunto muito específico de fenômenos. Assim, a acessibilidade fica compreendida como o grau de ajuste entre as características dos recursos da atenção à saúde e as da população, no processo de busca e obtenção da atenção.

Em face desse conceito, Frenk trata de precisar alguns termos que considera necessários para sua operacionalização. De um lado, pode-se incluir o fenômeno da “disponibilidade”, que representa não apenas a presença física dos estabelecimentos de saúde, mas também, conforme a acepção de Donabedian (1984), sua capacidade de produzir serviços. Do outro lado, no final do processo, está a utilização dos serviços. Mas a disponibilidade, mesmo nesta versão robusta, não assegura a utilização.

Assim é que Frenk nota aí uma região intermediária e, para compreendê-la, precisou criar o conceito de “resistência”, o qual consiste no conjunto de fenômenos, relativos

à oferta, que obstaculizam a utilização dos serviços de saúde. A resistência é útil, na acepção do autor, para estabelecer a diferença entre acessibilidade e disponibilidade.

A acessibilidade, disponibilidade e resistência são elementos associados aos recursos do sistema de atenção à saúde. Em contrapartida, Frenk reserva o termo “acesso” para referir-se à capacidade do usuário ou grupo de usuários de buscar e conseguir a atenção, associando o termo, portanto, às características da população. Para evitar a confusão dos termos, propõe substituir o termo “acesso”, tal como o conceitua, pelo termo “poder de utilização”, como análogo ao conceito de “poder de compra” no âmbito da economia.

Esse autor observa, ainda, que a resistência não é intransponível, antes pode ser superada pelos usuários potenciais ou reais por meio do acima mencionado poder de utilização.

A proposta de Frenk traz um componente pouco visto na literatura sobre o acesso, que se refere à questão do “poder”, mas sua análise restringe o poder a um objeto de que se pode apropriar, a uma característica ou capacidade individual, negando seu caráter relacional e simbólico, bem como os elementos que o vinculam às estruturas sociais que intercambiam os agentes por ele envolvidos (BOURDIEU, 2007; FOUCAULT, 1979).

Alguns autores estudam o acesso com foco na atenção primária, considerada geralmente a “porta de entrada” do sistema, como o faz Starfield (2002), para quem o acesso envolve fatores como informação, qualidade do atendimento, identificação da clientela com o serviço, como também algumas resistências colocadas pelo próprio serviço. Segundo essa autora, a acessibilidade é o elemento “estrutural” necessário para a primeira atenção. Portanto, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível, sob risco de postergar o atendimento e “afetar adversamente o diagnóstico e o manejo do problema” (STARFIELD, 2002, p. 226).

Já Unglert (1990) define o acesso sob quatro enfoques: 1) Geográfico - distância a ser percorrida e obstáculos a serem transpostos; 2) Funcional - tipos de serviços

oferecidos, horário de funcionamento e qualidade; 3) Cultural - inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população; 4) Econômico – custos financeiros dos usuários face à insuficiência na disponibilidade dos serviços.

Giovanella e Fleury (1996), após analisar diferentes conceitos de acesso, relacionando-os aos modelos teóricos que os orientam, propõem quatro dimensões: econômica (relativa à oferta e demanda); Técnica (relativa à planificação e organização da rede de atenção); política (relativa à consciência sanitária e à educação popular) e simbólica (relativa às representações sociais acerca da atenção e do sistema de saúde).

O acesso tem sido frequentemente analisado com abordagens que ora focam nos recursos do sistema ora nas características da população, através, em geral, de estudos transversais cujos modelos são relativamente estáticos e as variáveis fixas, tanto do lado da população (tais como cobertura de seguro global, razão profissional-população), quanto das características organizacionais (como pessoal, horas, ou conforto físico) (RICKETTS; GOLDSMITH, 2005)

É certo que tratar o acesso por meio de dimensões - mesmo que lhe tenham sido atribuídas de modo um tanto quanto arbitrário - tem se mostrado bastante útil para que se possa estabelecer maneiras de aferi-lo na busca por “ajustar” de algum modo racional a oferta de serviços às demandas da população. Contudo esse caminho não parece permitir compreender aspectos que extrapolam os limites dessas dimensões, e que exprimem os diversos meios (estratégias) pelos quais os indivíduos (agentes sociais) buscam satisfazer suas necessidades, em face das barreiras existentes no sistema de saúde, pois “nenhum bem ou serviço pode desvincular-se completamente da obrigação de atender a necessidades sociais”, conforme adverte Campos (2000, p. 22).

Há evidências de que certos aspectos de qualquer dos modelos operacionalizados não têm muita influência nos resultados. Uma resposta estaria no fato de se fazer pouco caso do que Ricketts e Goldsmith(2005) denominam “eixo dinâmico”, que

consiste nos processos interativos² que existem entre a procura de cuidados e a resposta às necessidades de saúde. Mas também, e fundamentalmente, porque “qualquer que seja seu grau de sofisticação ou reflexividade, um modelo é sempre um modelo: necessariamente simplificador” (LAHIRE, 2006, p. 21).

De todo modo, à medida que se torna uma “rotina intelectual e coletivamente compartilhada”, prestando serviços cognitivos tão rotineiramente que não mais se consegue observar seus limites, é oportuno o exercício da reflexividade, posto que o modelo, neste caso, pode consistir num obstáculo à apreensão de certas dimensões das realidades sociais, conforme alerta Lahire (2006).

Nesse sentido, a perspectiva sociológica introduzida no presente estudo permite reconhecer nos processos sociais que repercutem no acesso as relações de poder que permeiam as relações sociais, que, por definição, também são relações políticas. Nessas relações há lutas simbólicas entre agentes dotados de determinadas características distintivas que lhes conferem posições igualmente distintas (BOURDIEU, 1996).

Com efeito, para Bourdieu (2004a, p. 152), a “realidade social”

é um conjunto de relações invisíveis, aquelas mesmas relações que constituem um espaço de posições exteriores umas às outras, definidas umas em relação às outras, não só pela proximidade, pela vizinhança ou pela distância, mas também pela posição relativa – acima ou abaixo ou ainda entre, no meio.

A análise do acesso à saúde, tendo em vista a implementação da política em sua contextualização histórico-social, em seus aspectos dinâmicos, que envolvem o *habitus* dos agentes e suas lutas simbólicas por uma realidade que sustente suas posições no espaço social favorável a seus interesses, não pode afeitar-se a medidas, indicadores e variáveis estáticas. Conforme observa Silva (2010, p. 119), “a compreensão do objeto estudado depende do constato de que todo objeto histórico é social e que todo objeto social é produto da história”.

² Bourdieu alerta para o risco de uma análise dos fenômenos sociais presos às alternativas da “regra ou da exceção”, como ocorre com alguns modelos estruturalistas que recorrem ao “contexto” ou a “situação”, para explicar as variações das práticas sociais. De sua perspectiva, “é preciso retornar à prática, lugar da dialética do *opus operatum* e do *modus operandi*, dos produtos objetivados e dos produtos incorporados da prática histórica, das estruturas e do *habitus* (BOURDIEU, 2011a, p.87).

Por outro lado, as necessidades de saúde, como partes de um conjunto de necessidades sociais mais amplas³, não cabem no universo restrito e unilateral da racionalidade gestora, cuja lógica não incorpora as condições de existência (nem os esquemas de percepção e ação, o *habitus*) dos agentes envolvidos no processo de produção da saúde.

Portanto, ao se incorporar “o mundo prático que se constitui na relação com o *habitus* como um sistema de estruturas cognitivas e motivadoras” (BOURDIEU, 2011a, p. 88) à análise do acesso, adiciona-se aí a noção de campo e, ao fazê-lo, reconhece-se a influência do espaço social e a estrutura que o conforma.

A natureza complexa do acesso à saúde nessa perspectiva se expressa no fato dele se constituir num recurso de poder - num capital - cujo valor está condicionado (no tempo e no espaço) pelo conjunto de outros capitais agregados e ativos que os agentes inseridos no campo articulam (capital econômico, capital cultural, capital social, capital simbólico e outros). O acesso aqui adquire uma natureza específica e complexa ligada à totalidade do campo da saúde, isto é, às relações entre o *habitus* dos agentes e a estrutura do campo, entre o microcosmo de produção da saúde e o macrocosmo da formulação da política, entre os indivíduos (e as coletividades) e o Estado. Como afirma Bourdieu (2011a, p. 93) a respeito das práticas sociais, estas, só se pode explicar “com a condição de relacionar as condições sociais nas quais se constitui o *habitus* que as engendrou e as condições sociais nas quais ele é posto em ação”

A perspectiva sociológica de Pierre Bourdieu permite apreender um conjunto de relações internas e uma lógica de funcionamento que o acesso à saúde tomado como objeto social de investigação esconde, isto é, não se revela imediatamente. O acesso, nesta linha de raciocínio, consiste num capital pelo qual os agentes disputam inseridos num campo de relações de poder (campo da saúde) em torno de interesses que lhes são caros, posto que relacionados a questões que envolvem a vida, o adoecimento e a morte. Neste campo, os indivíduos e grupos desenvolvem

³ O conceito de necessidades de saúde reportado aqui é o mesmo proposto por Cecílio (2013), que criou uma taxonomia inspirado na dialética entre o social e o individual sugerida por Stotz (1991).

estratégias e o fazem utilizando recursos e instrumentos tão mais potentes e eficientes quanto mais relevantes forem os tipos e o valor do capital que possuem.

2.2 Poder e relações de poder na perspectiva de Pierre Bourdieu

Gestada com vistas a descortinar as relações de força e os mecanismos invisíveis que perpassam a estrutura social, a sociologia de Bourdieu é apontada como uma das maiores inovações nesse campo científico, e sua contribuição teórica é considerada extremamente relevante para reflexão de diversos objetos do campo das ciências humanas e sociais (SILVA, 1995). Ademais, sua perspectiva sociológica adquiriu uma relevância teórica tão significativa que pode ser comparável, segundo alguns autores (ALVES, 2008; BONNEWITZ, 2006), àquelas trazidas por Marx, Weber e Durkheim, além de constituir-se no que Nogueira e Nogueira (2002, p.17) denominam uma “verdadeira revolução científica”.

Com efeito, Bourdieu parte de uma perspectiva sociológica revolucionária nos idos dos anos 1960, posto que propõe uma sociologia crítica, num período em que predominavam, também nesse campo científico, os ideais da democracia liberal e seus mitos, os quais Bourdieu trata de tornar visíveis (BONNEWITZ, 2006). Daí que se pode supor que uma noção fundamental para compreender sua perspectiva é a de “poder simbólico”.

Como afirma Bourdieu (2007), o poder é algo que se vê por toda parte e descobri-lo onde ele se deixa ver menos é uma tarefa necessária, visto que é justamente em face da ignorância que ele se torna mais eficaz. Esse poder “invisível” é, pois, o que Bourdieu denomina *poder simbólico*, “o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (BOURDIEU, 2007, p. 7-8). Esse poder opera subliminarmente por meio de sistemas simbólicos cuja função de “integração” do indivíduo ao meio social também é, por isso mesmo, política, posto que contribui para a reprodução da ordem social.

Apesar do sentido gnosiológico dos símbolos, Bourdieu (2007, p. 10) enfatiza seu sentido político porque, como sistemas de conhecimento e comunicação, “tornam

possível o *consensus* acerca do sentido do mundo social, que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem social”. Detentoras de um capital simbólico, que é legitimado e reproduzido por meio de instrumentos de legitimação, como instituições e práticas sociais, as classes dominantes asseguram o exercício do seu poder.

Para Bourdieu 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.

Nessa perspectiva relacional, a sociedade é compreendida como um conjunto de campos sociais, mais ou menos autônomos, constituídos por lutas entre as classes sociais⁴. De fato, para Bourdieu (1996, p. 48), a noção de espaço contém em si “o princípio de uma apreensão relacional do mundo social”. As lutas de classes constituem lutas simbólicas entre classes dominantes e classes dominadas pelo poder simbólico. Este se impõe por meio da violência simbólica, e consiste num poder cujo sujeito dá um crédito àquele que o exerce sobre si porque crê que tal poder efetivamente exista (BOURDIEU, 2007, p. 188).

É nessa perspectiva relacional que Bourdieu enfatiza a dominação de classes na sociedade capitalista (CAPELLETE; MELO; BRITO, 2005). A dominação simbólica envolve a dominação de uma etnia sobre a outra, de classe dominante sobre uma classe dominada, patrão sobre empregado, entre muitas outras, como a do homem sobre mulher. A dominação simbólica ocorre por meio de práticas institucionalizadas e internalizadas que operam nas mentes dos indivíduos, levando-os a reproduzirem-nas quase automaticamente. Detentoras de um capital simbólico, que é legitimado e reproduzido por meio de instrumentos de legitimação, como instituições e práticas sociais, as classes dominantes asseguram o exercício do seu poder.

⁴ Vale lembrar que “classes sociais” em Bourdieu diferem do conceito em Marx. Para o primeiro, a existência de diferenças e princípios de diferenciação, pelos quais a sociedade pode ser recortada, permite substituir a “classe social” pela noção de “espaço social”, onde “as classes existem de algum modo em estado virtual, não como um dado, mas como *algo que se trata de fazer*” (Bourdieu, 1996, p. 26, grifo do autor).

Nessa perspectiva o espaço social é igualmente o espaço onde o poder se estrutura e se exerce, pois as bases que o sustentam são incorporadas às estruturas mentais de forma sutil e despercebida por meio da violência simbólica. Esta se caracteriza como um tipo de violência que consiste em impor significados às práticas sociais dissimulando as relações de força que a sustentam (BOURDIEU, 2007). Por esse meio é que interesses dominantes (das classes ou dos grupos dominantes) tendem a se apresentar como se fossem interesses de todos, comuns ao conjunto da sociedade.

O poder simbólico aqui se reveste de um potencial “quase mágico”, que faz ver e crer, confirmar ou transformar a visão de mundo - portanto a ação sobre o mundo - mostra-se efetivo porque seu exercício se dá em face de seu reconhecimento, isto é, da ignorância quanto à sua arbitrariedade.

Outros conceitos básicos, conforme Bonnewitz (2006) são importantes para a compreensão da sociologia de Bourdieu, os quais permitem analisar a posição dos grupos e suas relações, bem como a tendência à reprodução da ordem social.

Nesta direção, são aqui destacados os conceitos de campo, *habitus* e capital. Introduzidos gradativamente na sociologia de Bourdieu, essas ferramentas teóricas - que só fazem sentido quando operadas de modo articulado - permitem pensar *praxeologicamente*, o que significa pensar a realidade social numa composição que articula dialeticamente as estruturas objetivas e as disposições estruturadas que as atualizam e pelas quais tendem a se reproduzir (ALMEIDA, 2002).

2.2.1 Campo

Segundo Bourdieu (2007), os agentes sociais, as classes e frações de classes, interagem num campo social - no qual ocupam posições relativas -, numa luta simbólica em que cada agente visa assegurar uma realidade social “mais conforme aos seus interesses”. Nesse sentido, o espaço social estrutura-se por princípios segundo os quais as propriedades atuantes constituem os diferentes tipos de poder ou capital que ocorrem nos diferentes campos. Assim é que, segundo Bourdieu (2007, p. 134), “são os poderes que definem as probabilidades de ganho num

campo determinado”. A posição, portanto, dos agentes no espaço social vai depender de sua posição na distribuição dos poderes que atuam em cada campo.

Segundo Bourdieu,

se o mundo social, com suas divisões, é algo que os agentes sociais têm a fazer, a construir, individual e, sobretudo, *coletivamente*, na cooperação e no conflito, resta que essas construções não se dão no vazio social [...]: a posição ocupada no espaço social, isto é, na estrutura de distribuição de diferentes tipos de capital, que também são armas, comanda as representações desse espaço e as tomadas de posição nas lutas para conservá-lo ou transformá-lo” (BOURDIEU, 1996, p. 27).

Seja o campo econômico, o campo religioso, o campo político ou qualquer outro (como o da saúde), embora possuam lógicas próprias e autonomia relativa, funcionam homologamente quanto à relação entre o espaço social e a estrutura: cada campo possui seus dominantes e dominados, suas lutas pela transformação ou conservação, seus mecanismos de reprodução (BONNEWITZ, 2006). Nesse sentido, o campo é um “domínio”, mas como um “espaço social global”, o campo, para Bourdieu (1996),

é, ao mesmo tempo, como um campo de forças cuja necessidade se impõe aos agentes nele envolvidos, e como um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados conforme sua posição na estrutura do campo de forças.

Assim, o campo, nessa perspectiva, é uma espécie de sistema definido historicamente que permite incorporar à análise social a dinâmica de relações que se desenvolvem na prática dos agentes (BOURDIEU, 2001).

Segundo Almeida (2002), as posições dos agentes independem da sua existência física, de suas características pessoais, implicando numa perspectiva que atribui às qualidades, aos talentos e, ou, às capacidades individuais - possuídas pelos agentes de modo bastante desigual – propriedades histórico-sociais, isto é, são um constructo determinado na e pelas relações sociais.

Os agentes sociais, no campo, comportam-se como se estivessem num jogo, onde cada jogador dispõe de uma pilha de fichas coloridas e cada cor correspondesse a uma espécie de capital, de maneira que sua força relativa no jogo, sua posição no

espaço do jogo e também os movimentos que faça, dependerá tanto do número total de fichas como da composição das pilhas de fichas que conserva, ou seja, do volume e estrutura do seu capital (BOURDIEU; WACQUANT, 2008).

As regras do jogo (como as regras instituídas nas relações sociais) também podem ser alteradas pelos jogadores, bem como estes podem jogar para aumentar ou conservar seu capital, sua quantidade de fichas. Por exemplo, os indivíduos em posição dominante tenderão a buscar estratégias para conservar as propriedades do jogo enquanto este lhe soa favorável. Segundo Bourdieu e Wacquant (2008), diversas estratégias podem ser utilizadas nessas lutas simbólicas. Estratégias de subversão postas em prática pelos dominados, por exemplo, seriam tentativas de impor o descrédito no tipo de capital sobre o qual se baseia a força dos seus adversários.

Nesse sentido, o campo é um espaço no qual há sempre a possibilidade de resistência dos agentes à dominação, que possuem, como de modo semelhante defende Foucault(1982)⁵, liberdade para desenvolver estratégias que lhes permitam se situar de modo mais favorável no campo de poder.

Toda prática, toda interação social, está situada em campos específicos, considerados microcosmos, característicos das sociedades modernas, conforme observa Almeida (2002, p. 20), onde são estabelecidas “relações objetivas específicas entre posições sociais”.

Segundo Bourdieu e Wacquant (2008), a análise por meio do campo implica três momentos necessários e interconectados: (i) analisar a posição do campo em relação aos outros campos de poder; (ii) mapear as estruturas objetivas das relações entre as posições ocupadas pelos agentes ou instituições que competem pela forma de legitimidade da autoridade específica em cada campo; e (iii) analisar o *habitus* dos agentes, os diferentes sistemas de disposições que foram adquiridos

⁵ Foucault (1982, p. 289) define o exercício do poder como um modo de ação sobre a ação dos outros. Para ele, o poder só se exerce sobre “sujeitos livres [...], sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidades em que diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer”.

pela internalização de determinados tipos de condições sociais e econômicas e que encontram, dentro do campo em estudo, em uma trajetória definida, condições mais ou menos favoráveis para se concretizarem.

2.2.2 Capital

Bourdieu amplia a noção de capital em Marx, a fim de lhe conferir aptidões para análise de fenômenos que extrapolam a esfera econômica, isto é, para lhe dotar de capacidades que permitam compreender as relações sociais - e nelas as trocas simbólicas - que de alguma maneira escapam à visão puramente economicista, embora mantenham com a economia alguma afinidade (BONNEWITZ, 2006).

Nessa perspectiva, o espaço social é permeado por diferentes tipos de capital, que são considerados de acordo com sua eficiência em dado campo particular, bem como em momentos históricos específicos. O valor do capital não é absoluto, pois ele é determinado em função das relações de força estabelecidas entre os agentes atuantes num campo. Neste campo, que funciona como um mercado de produtores e consumidores de bens (BONNEWITZ, 2006), os agentes se enfrentam e se hierarquizam (como dominantes ou dominados) a partir do capital que possuem, bem como, e precisamente, do seu volume e estrutura. É essa a razão que permite afirmar, como lembra a autora acima referida, que o capital funciona como um meio e ao mesmo tempo como um fim.

Assim, Bourdieu (2001) descreve quatro tipos ou formas fundamentais de capital:

O *capital econômico*, que consiste num tipo palpável de capital, é diretamente convertido em dinheiro, bens, rendimentos e lucros e pode ser acumulado, reproduzido e ampliado por meio de estratégias específicas de investimentos econômicos ou culturais, como também por meio de obtenção ou manutenção de relações sociais e estabelecimento de vínculos úteis.

O *capital social* configura-se numa rede durável de relações que se caracteriza pelo interconhecimento e inter-reconhecimento dos membros de um grupo em que os agentes são dotados de propriedades comuns e ligados por vínculos úteis. Para Bourdieu, o capital social apresenta três características: os elementos nos quais se

constitui, os benefícios que os indivíduos obtêm mediante sua participação no grupo ou redes sociais e as formas de reprodução desse capital. Os elementos que constituem esse capital são: as redes de relações sociais, que permitem o acesso dos membros aos recursos do grupo ou da rede, e a quantidade e qualidade dos recursos do grupo.

Dessa forma, nessas relações de intercâmbio em que se baseia o capital social, os aspectos materiais e simbólicos estão inseparavelmente unidos, tanto que tais relações só funcionam enquanto esta união for reconhecida (BOURDIEU, 2001). Esta é a razão porque essas relações não se limitam a relações de proximidade física (geográfica) objetiva e tampouco a relações de proximidade econômica ou social.

Os vínculos estabelecidos são fundados em trocas materiais e simbólicas, isto implica afirmar que o pertencimento a uma rede de relações determinada pode permitir o acesso das pessoas a bens e serviços de que necessitam e que não conseguem obtê-los por outros meios. Como afirma Bourdieu (2010), a base da solidariedade do grupo assenta-se nos “lucros” que o pertencimento proporciona.

Assim, as relações casuais como as de vizinhança, de trabalho ou mesmo de parentesco são transformadas em relações especialmente eleitas e necessárias que geram obrigações duradouras (BOURDIEU, 2001, p. 151).

Contudo, observa-se que tais relações não podem ser compreendidas como relações puramente utilitárias e funcionais, isto seria reduzir o conceito e sua abrangência sociológica. Não se pode supor que haja uma ação utilitarista nas condutas dos agentes, de modo que suas ações sejam sempre no sentido de “obter o máximo de eficácia com o menor custo”, que haja sempre o interesse econômico como objetivo final, buscado por meio de um cálculo racional. Essa não parece, para Bourdieu, ser uma compreensão acertada das relações existentes no espaço social:

o que ocorre é uma relação de cumplicidade ontológica entre o *habitus* e o campo. Entre os agentes e o mundo social, há uma relação de cumplicidade infraconsciente, infralinguística: os agentes utilizam constantemente em sua prática teses que não são colocadas como tais (BOURDIEU, 1996, p. 143).

O *Capital Cultural*, também chamado de capital informacional (BOURDIEU; WACQUANT, 2008), segundo Bourdieu (2001) o conceitua, pode existir sob três formas:

- a) o estado incorporado, como um conjunto de conhecimentos assimilados e códigos linguísticos, entre outros elementos, que se constituem sob forma de disposições duráveis. Nesse caso, há um processo de internalização e assimilação que exige muito tempo e é investido pessoalmente. Como afirma Bourdieu (2010, p.77), “é um trabalho de aquisição do ‘sujeito’ sobre si mesmo” que se converte no *habitus*. Nesse caso, uma vez incorporado, o capital não pode ser transferido como uma doação ou uma herança, vendido ou trocado; fica determinado para sempre no indivíduo pelas circunstâncias de sua primeira aquisição, deixando impressões mais ou menos visíveis como a forma de falar própria a uma classe ou a uma região. Não se acumula mais que a capacidade individual de um agente o permite, e morre quando morre o portador, ou quando este perde a memória. Sua aquisição se dá no processo de socialização, sendo, portanto, transferido por meio da herança social, processo que ocorre às escondidas, de modo frequentemente inadvertido. Por essa razão, pelo seu modo “invisível” de transmissão, se desconhece que esse capital é a base sobre a qual se assentam os outros dois estados do capital cultural, segundo observa Yáñez (1995). Pelo fato de sua transmissão ser imperceptível – diferentemente do capital econômico - o capital cultural tende a ser concebido como capital simbólico, ou seja, se desconhece sua verdadeira natureza como capital e, em consequência, é reconhecido como competência legítima em todos os mercados onde o capital econômico não goza de pleno reconhecimento. Conforme observa Bourdieu (2001), trata-se de uma verdadeira “lógica simbólica” da qual resulta que possuir um grande capital cultural é assimilado como “algo especial” que por essa razão serve de base para posteriores benefícios materiais e simbólicos. Como exemplo, Bourdieu se reporta à situação hipotética em que uma pessoa que sabe ler em um mundo de analfabetos obtém, na estrutura de distribuição do capital cultural, um “valor de escassez” que pode lhe reportar benefícios adicionais;
- b) o estado objetivado, que se traduz na propriedade de bens culturais, como quadros, livros, instrumentos, máquinas, etc. Esse tipo de capital cultural,

conforme esclarece Bourdieu (2001), somente resulta em benefícios materiais e simbólicos (como capital simbólica e materialmente ativo) para o agente que o possui se a este capital se somam as disposições incorporadas que lhe habilitem a utilizá-lo no campo de produção cultural (arte, ciência etc.);

- c) estado institucionalizado, que se expressa na aquisição de um certificado ou diploma, cujo reconhecimento social (valor simbólico) confere “autoridade” para o agente que dele dispõe manter o domínio sobre determinado campo do conhecimento (ou de ação). Como objetivação do capital cultural incorporado, o título acadêmico é um certificado de competência cultural que confere a quem o possui um valor duradouro e legalmente reconhecido. Esse valor advém da capacidade “mágica” do reconhecimento institucional, poder institucionalizado de induzir as pessoas a ver (ou crer em) algo: “em uma palavra, a reconhecer algo” (BOURDIEU, 2001, p. 147). Contudo, o título, como forma institucionalizada de reconhecimento e distinção, é uma característica de todas as sociedades. No caso das sociedades indígenas, e particularmente dos índios no Nordeste brasileiro, o prestígio e o reconhecimento do Cacique, como líder político, e do Pajé, como líder espiritual, são exemplos de mecanismos de institucionalização, traduzidos como poder de “instituir”, de “fazer ver” e “fazer crer”.

Yañez (1995) faz uma ressalva quanto à ideia de cultura em Bourdieu, a qual, para aquele autor, aparece numa perspectiva “unidirecional” quando se refere ao capital cultural. No caso das culturas indígenas, por exemplo, segundo Yañez (1995), esses agentes revelam disposições particulares ante o mundo social e à vida.

Quanto aos indígenas no Nordeste brasileiro, conforme será visto mais adiante, ressalta-se sua trajetória historicamente situada, relativa aos processos opressores de territorialização e pressões implacáveis no sentido da assimilação, que favoreceu uma certa “mistura” de seus padrões culturais com aqueles dos regionais (OLIVEIRA, 2004; SILVA, 2000).

Contudo, os processos de recuperação da “indianidade” devolveram aos índios do Nordeste os principais produtos simbólicos de seus traços culturais: o Toré e a

pajelança. Tais elementos, principalmente o toré, constituem importantes sinais diacríticos desse povo (ARRUTI, 2006) e estruturam de algum modo o *habitus* coletivo desse grupo. Nesse particular, vale destacar que, na luta simbólica pelo conhecimento e reconhecimento, isto é, pelo “acesso à existência”, os critérios ditos “objetivos” (aqueles reconhecidos pelo discurso científico) são utilizados estrategicamente como armas (BOURDIEU, 2007). Com efeito,

as propriedades (objetivamente) simbólicas, mesmo as mais negativas, podem ser utilizadas estrategicamente em função dos interesses materiais e também simbólicos do seu portador (BOURDIEU, 2007, p, 112).

As formas tradicionais de vida dos Xukuru do Ororubá, embora guardem semelhança com as do povo sertanejo que vive no interior do Nordeste brasileiro (NEVES, 2005), foram sendo reinventadas desde que o SPI instalou um posto nessa região, em meados dos anos 1950. Mas pode-se creditar ao processo de “retomada” ocorrido durante as décadas de 1990 e 2000, o desencadeamento de um verdadeiro movimento de revalorização de sua cultura, tradições e religiosidade, enfim, de sua “indianidade”.

O resultado desse movimento ainda permanece visível na etnia, expressando-se em seus rituais religiosos, sua organização sócio-política e nas “Assembleias Anuais do Povo Xukuru do Ororubá”, que culminam, todos os anos, no “20 de Maio”, ato público que expressa e reaviva suas lutas em torno de reconhecimento social e reprodução de sua existência simbólica e objetiva.

Bourdieu (2007) também utiliza o conceito de *capital simbólico*, concretamente chamado de fama, prestígio, reputação, etc., que consiste na “forma percebida e reconhecida como legítima” das formas de capital mencionadas anteriormente. O capital simbólico está ligado à honra e ao reconhecimento. É um crédito (crença, confiança depositada de antemão), que uns agentes depositam em outros, a partir da distinção que fazem, ou do valor que atribuem, a certas propriedades que (esses outros) possuem. Um exemplo seria o diploma (capital cultural objetivado), cuja propriedade objetiva se transforma em capital simbólico, conferindo poder simbólico ao agente que o possui.

Há outras formas de capital, mencionadas por Bourdieu (1996), como o capital político (que é uma forma de capital simbólico), além de outras posteriormente desenvolvidas por outros autores, como o capital étnico (DURAND, 2011).

O *capital político* é um tipo de capital simbólico, conforme Bourdieu (2007), que se firma na ‘crença’ e no ‘reconhecimento’. Isso implica dizer que o capital político se caracteriza pelas operações de crédito que os agentes conferem a uma pessoa, ou coletivo, atribuindo-lhe o poder de representação e acreditando-o capaz de agir politicamente. O poder simbólico que essa relação reflete é produto de atos subjetivos de reconhecimento, é um poder que quem está sujeito confere àquele que o exerce, ainda que de modo inconsciente.

Capital étnico não foi um conceito originalmente desenvolvido por Bourdieu e, apesar de sua proximidade com o capital cultural, com este não se confunde (DURAND, 2011).

Segundo Durand (2011), capital étnico, um tipo de capital simbólico, é o que cada pessoa tem quando tem um lugar de nascimento, nacionalidade, sobrenome, genealogia, raça e fenótipo. Como o capital cultural, possui um sentido duplo, de atributo substancial e de posse. Em geral, esse tipo de capital é *dado*⁶ em vez de adquirido, e é uma parte essencial de uma pessoa. É possível adquirir outra nacionalidade, mas na base de uma nacionalidade original. Nesse sentido, é impossível mudar seus ancestrais, que, além de um sobrenome, geralmente fornecem características genéticas, fenotípicas e raciais.

⁶ A noção de capital em Bourdieu está associada ao seu modo de distribuição nos diferentes campos, o que pressupõe um caráter dinâmico e processual, além de espaço-temporal, na sua acumulação. No caso do capital étnico, uma particularidade parece ser o fato de ser ele um capital “genético”, ou seja, fazer parte da substância intrínseca do agente que o porta. No que tange aos indígenas no Brasil, o complexo histórico de territorialização (OLIVEIRA, 2004) que caracteriza sua “etnicidade” demonstra que esse capital, embora herdado geneticamente, apenas se constituiu um “capital”, no sentido de Bourdieu, à medida que foi historicamente “apropriado” - e reelaborado - pelos seus portadores, face ao sistema de relações políticas que esses agentes ainda mantêm com o Estado brasileiro, no qual o capital étnico efetivamente os diferencia no campo de lutas por acesso a bens e serviços, como a saúde.

2.2.3 *Habitus*

Assumindo o campo como um espaço de possibilidades, Bourdieu (1996, p. 42) atribui aos “sujeitos” uma capacidade de agir nesse campo por meio de um “senso prático”, que ele denomina *habitus*, o qual consiste num “sistema adquirido de preferências, de princípios de visão e de divisão [...], de estruturas cognitivas duradouras [...] e de esquemas de ação que orientam a percepção da situação e a resposta adequada”. Como dimensão incorporada, o *habitus* é também uma postura, “um funcionamento sistemático do corpo socializado”(BOURDIEU,2007, p. 62). 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.

Conforme esclarece Setton (2002, p. 64), o *habitus*, é um sistema de esquemas individuais, porém construído socialmente. É constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas mentes), cujas experiências práticas dos indivíduos (as condições sociais específicas de existência) condicionam a aquisição. O *habitus* é, segundo a autora acima mencionada, “orientado constantemente para funções e ações do agir cotidiano”.Essas disposições são atitudes, inclinações a perceber, sentir, fazer e pensar interiorizadas pelos indivíduos que funcionam, desde essa interiorização, como princípios inconscientes de percepção e ação (BONNEWITZ 2006).

A origem dos agentes, seu pertencimento a uma determinada classe social, estrutura as aquisições, determina um certo *habitus de classe* segundo Bonnewitz (2006). O *habitus primário*, construído durante o processo de socialização pela família, é constituído pelas disposições de aquisições mais antigas e mais duradouras. A maneira, portanto, do indivíduo pensar e agir no mundo sofre as influências do espaço social ocupado por sua família, da posição de sua classe. Ainda que haja variações individuais nos membros de uma mesma classe, estas são apenas, para Bourdieu, variações individuais do estilo próprio da classe. O que significa afirmar que os agentes adquirem um “sentido prático” graças às disposições adquiridas que funcionam como automatismos (BONNEWITZ, 2006).

Por outro lado, o *habitus* é o que agrega aos agentes o caráter de “operador prático de construções de objeto” (BOURDIEU, 2007, p. 62). Neste sentido, o campo, conforme observa Misoczky (2003), constitui-se de uma via de mão dupla entre as estruturas objetivas e as estruturas incorporadas numa relação dinâmica espaço-temporal, composta por agentes eminentemente ativos e atuantes, portanto numa realidade de estruturas mutáveis. Há, nessa perspectiva, possibilidades concretas de resistência, que relativizam a submissão e capacitam os agentes a ocuparem espaços favoráveis a seus interesses dentro do campo. A razão dessas possibilidades se embasa no fato do *habitus* ser uma estrutura interna sempre em vias de reestruturação, como observa Bonnewitz (2006).

Assim, o *habitus* permite superar o que Bourdieu chama de “alternativas binárias”, que são, na realidade, faces relacionadas dialeticamente de uma mesma estrutura – determinismo e liberdade, condicionamento e criatividade, consciente e inconsciente, indivíduo e sociedade, etc.:

porque o *habitus* é uma capacidade infinita de engendrar em toda liberdade (controlada) produtos – pensamentos, percepções, expressões, ações – que sempre têm como limites as condições historicamente e socialmente situadas de sua produção, a liberdade condicionada que ele garante está tão distante de uma criação de imprevisível novidade quanto de uma simples reprodução mecânica dos condicionamentos iniciais (BOURDIEU, 2011a, p. 91)

Apesar de entender que as relações se dão num campo de relação de forças entre dominantes e dominados, Bourdieu (2004b) defende que estes últimos nunca se deixam dominar completamente. De fato, segundo este autor, os agentes têm disposições adquiridas (*habitus*), maneiras de ser permanentes, que podem levá-los a resistir, a opor-se às forças do campo:

É que o campo é um jogo no qual as regras do jogo estão elas próprias postas em jogo (como se vê todas as vezes que uma revolução simbólica [...] vem redefinir as próprias condições de acesso ao jogo, isto é, as propriedades que aí funcionam como capital e dão poder sobre o jogo e sobre os outros jogadores) (BOURDIEU, 2004b, p. 29).

Embora haja diferenças acerca das posições dos agentes, a concordância quanto à importância das coisas que estão em jogo é evidente. A ação dos agentes por seu turno não é “disparatada”, como esclarece Bourdieu, mas isto também não quer dizer que se trate de ações racionais. Os agentes podem perfeitamente agir de modo racional sem que suas ações tenham sido guiadas por sua razão. Por

“hipótese de racionalidade”, eles podem agir de modo racional sem terem tido a razão como princípio de suas ações.

Isto porque as estratégias dos agentes são atualizadas segundo a conjuntura, como observa Setton (2002), se configuram pelos estímulos de uma determinada situação histórica, sendo inconscientes no sentido de que “tendem a se ajustar como um sentido prático às necessidades impostas por uma configuração social específica”.

Segundo Alves (2008), Bourdieu se defende de uma possível associação do seu pensamento a uma visão determinista quando exprime que as práticas dos agentes se distribuem num campo infinito de possibilidades.

É certo que Bourdieu supera a perspectiva estruturalista com a noção de *habitus* e campo, pois acrescenta com essa manobra intelectual a possibilidades de ações transformadoras num espaço social, uma vez que não reduz “os agentes (eminente e atuantes) a simples fenômenos da estrutura” (MISOCZKY, 2003, p. 3).

Todo espaço social, como espaço de relações, é composto por agentes que ocupam posições relativas, as quais são determinantes para definir o comportamento dos indivíduos e dos grupos. Segundo Bourdieu (1996, p. 27),

se o mundo social, com suas divisões, é algo que os agentes sociais têm a fazer, a construir, individual e, sobretudo, *coletivamente*, na cooperação e no conflito, resta que essas construções não se dão no vazio social [...]: a posição ocupada no espaço social, isto é, na estrutura de distribuição de diferentes tipos de capital, que também são armas, comanda as representações desse espaço e as tomadas de posição nas lutas para conservá-lo ou transformá-lo.

Logo, as estruturas não são imutáveis e o espaço social, como um *campo*, funciona como um campo de forças e de lutas no meio do qual os agentes se enfrentam com meios e fins diferenciados. As lutas presentes nos campos sociais e os capitais mobilizados para o embate relacionam-se com os interesses que estão em jogo, com o conhecimento e a assunção das regras do jogo.

2.3 Os povos indígenas no Nordeste e o processo de afirmação da Identidade étnica

As relações interétnicas⁷ no Brasil possuem histórico de natureza conflituosa, sobretudo em face da frequente oposição dos interesses que estão em jogo. No caso dos indígenas no Nordeste, o sucesso dos interesses econômicos e desenvolvimentistas dos colonizadores não foi alcançado senão por meio de grandes investimentos de capital financeiro e político, como também pelo uso de determinadas tecnologias no exercício do poder.

Os povos indígenas no Nordeste apresentam características peculiares em relação aos demais indígenas brasileiros, posto que esta Região constituiu-se na primeira a ser alvo do processo de conquistas e territorialização ocorrido no Brasil (NEVES, 2010). Ou seja, os índios no Nordeste têm um histórico de longo tempo de convivência com a cultura, as tradições e o estilo de vida dos colonizadores “brancos”, o que teve implicações importantes – em geral negativas - nas suas relações tanto com o órgão indigenista quanto com a sociedade nacional, que até hoje apresenta dificuldades de reconhecê-los como índios, independentemente de seus traços fenotípicos.

Segundo Oliveira (2004), os índios no Nordeste foram negligenciados nos estudos antropológicos durante muitos anos, como também o foram pelo órgão indigenista oficial. Em consonância com Neves (2010), aquele autor afirma que as razões estão ligadas ao seu alto grau de incorporação na economia e na sociedade nacional. Sob a arrogância de um discurso que os denominou pejorativamente índios “misturados”, e classificados numa categoria inferior de indianidade - seja visto de um ponto de vista individual seja coletivo –, os índios no Nordeste sofreram uma desclassificação que os confinou à invisibilidade.

⁷ Segundo Cardoso de Oliveira (1976, p. 14), “a expressão ‘relações interétnicas’ sempre esteve aplicada às que têm lugar entre o conquistador europeu e as populações aborígenes, menos frequentemente entre aquele e os grupos negros trasladados (cujos remanescentes têm sido alvo de estudos de ‘relações raciais’) e muito raramente às relações intertribais”. O autor referido acima discorda dessa diferenciação por considerá-la contraproducente, podendo “levar a um entendimento errôneo de um único fenômeno que apenas diferentemente se manifesta de conformidade com a diversidade das situações de contato”. No que tange à abordagem do presente estudo, concorda-se com Cardoso de Oliveira.

Nessa realidade, ao mesmo tempo como produtor e produto das relações de poder, o discurso, e as práticas sociais que lhe servem de suporte, parece ter assumido um papel importante na condução dos processos históricos que conformaram a condição de cidadania em que hoje se encontram os indígenas de uma forma geral, e no Nordeste em particular. Isto porque o saber estrategicamente construído (ou ao menos difundido) a respeito desse conjunto específico (mas não uniforme) de cidadãos possibilitou a ereção de dispositivos institucionais a partir dos quais um determinado modo de gerir e executar políticas públicas indigenistas foi estabelecido e perpetuado: o regime tutelar.

De fato, todo discurso - ou todo saber - está situado historicamente e se associa às lutas entre forças sociais em confronto. É neste sentido que saber e poder estão intrinsecamente relacionados (FOUCAULT, 2009; MACHADO, 1979) e que “ao exercer-se, o poder forma, organiza e coloca em circulação um dispositivo de saber” (POGREBINSCHI, 2004, p. 183).

Assim como para Foucault, para Bourdieu (2007) o discurso não pode ser dissociado de suas condições históricas de produção e circulação e - na sua dimensão ideológica - assume papel importante (ainda que não determinante) na manutenção e reprodução das estruturas de poder.

Comparados com os povos indígenas na Amazônia, que demandavam dos órgãos oficiais ações em situações de fronteiras em expansão, dominavam e controlavam amplos espaços territoriais e possuíam uma cultura claramente diferente dos demais regionais, os índios no Nordeste – em vista de serem sertanejos pobres e sem acesso a terra, e desprovidos de forte contraste cultural – demandavam uma tutela disciplinadora e pacificadora, com função de mediar conflitos interculturais e políticos, visando a regularizar minimamente o mercado de terras e promover o chamado desenvolvimento econômico (OLIVEIRA, 2004).

As questões fundiárias e as ações assistenciais, portanto, era o que justificava as ações do órgão indigenista nesta região, ao tempo em que, como tecnologia de poder, a tutela estabeleceria, conforme nota Ferreira (2007), um regime concreto de

proteção e controle do Estado sobre os índios. As suposições que orientam uma prática tutelar assentada nesse mandato são duas, segundo Oliveira (2004, p. 225):

i) o tutelado não é plenamente capaz de defender, expressar ou mesmo conhecer os seus interesses, havendo necessidade de alguém que atue ou decida em seu lugar para evitar que ele sofra ou seja lesado em consequência de atos que outros com ele concluíram;

ii) o tutelado não domina plenamente os códigos da sociedade nacional, necessitando de alguém que o oriente, mostrando os modos corretos de proceder em cada situação, disciplinando os seus modos de manifestação e evitando que ele transgrida as normas e entre em choque com direitos, valores e interesses alheios.

Na prática, as relações do Estado com os povos indígenas no Nordeste, desde o princípio, tiveram como eixo dinâmico as questões fundiárias relativas ao domínio das terras indígenas com vistas à expansão do mercado econômico.

Nesse particular, a utilização da mão de obra indígena - não sem conflitos e negociações - consistia num recurso adicional, conforme lembra Albuquerque (2002, p. 106):

no contexto próprio da colonização inicial do Brasil, os aldeamentos missionários representaram grande vantagem: atendiam aos reclamos da grande parceira da colonização, a Igreja católica, e ainda aos interesses dos próprios colonos, possibilitando, especialmente, a concentração de muitos índios, num espaço delimitado, restrito, [onde] havia adestramento e estímulo à utilização dos índios como exércitos particulares e como mão-de-obra em diferentes serviços.

A origem das características dos povos indígenas no Nordeste – sua “mistura”, cultura, demandas e interesses atuais - Oliveira (2004) atribui ao fato deles provirem das culturas autóctones que passaram ao longo de sua história por dois processos de territorialização: sendo um situado na segunda metade do Século XVII e nas primeiras décadas do Século XVIII, associado às missões religiosas; o outro, ocorrido no Século XX, estaria articulado ao órgão indigenista oficial.

No primeiro caso, relativo ao processo de territorialização, famílias de nativos de diferentes línguas e culturas foram atraídas para os aldeamentos missionários, sendo a partir daí catequizados e sedentarizados. Daí procedem as atuais denominações indígenas no Nordeste, coletividades que permaneceram nos aldeamentos sob o controle dos missionários. Trata-se, observa Oliveira (2004), da fabricação de um contingente de “índios mansos” - produto do que o autor chama de

uma primeira “mistura” - para servir aos interesses expansionistas da coroa portuguesa, sobretudo nos territórios localizados no Sertão do São Francisco.

Nesse momento específico das relações de poder, nas quais interagem os colonos, os missionários católicos romanos e os indígenas, sob uma duvidosa mediação do Estado, o capital econômico impera, pendendo a balança entre as forças sociais para o lado dos colonos. Contudo, embora pareça suficiente, o capital econômico – como fonte de poder – não domina completamente o campo, que é dinamizado pelas outras formas de capitais ativos, no caso específico: político, cultural, social, étnico e simbólico. De fato, o acúmulo desses diferentes recursos de capital pelos indígenas, ao longo de seu processo histórico, parece ter permitido mudanças (ainda que lentas e graduais) em suas posições, garantindo espaços mais estratégicos na estrutura de poder (FERREIRA, 2007; GARNELO, 2004; LANGDON, 1999), tal como se observa hoje no campo da política indigenista brasileira e das demais políticas públicas dirigidas a essa população, a exemplo da política de saúde e de educação, em cujos serviços tem-se incorporado um grande contingente de funcionários indígenas⁸.

As relações de poder no processo de colonização no Nordeste brasileiro configuraram-se em um campo no qual dispositivos disciplinadores foram utilizados como mecanismos de exercício do poder. Conforme relata Oliveira (2004), as missões, como unidades básicas de ocupação territorial e produção econômica, tinham uma intenção explícita de acomodar as diferentes culturas, num processo de homogeneização via catequese e disciplinamento pelo trabalho. Havia, portanto, uma situação interétnica cuja constituição relacionava-se à “mistura” e à articulação com o mercado, visando à acumulação de capital econômico.

Outras sutilezas no exercício do poder se referem ao fato de que as missões de algum modo ainda articularam práticas assimilacionistas e preservacionistas, mas os

⁸ A ocupação de espaços nas equipes de saúde é sem dúvida expressão do poder dos indígenas e de suas organizações junto aos poderes públicos estatais, contudo Ferreira (2007, p. 6) alerta para o “grau de subserviência desses agentes aos ditames dos agentes estatais, ou mesmo dos profissionais mais graduados, em geral não indígenas”.

processos posteriores - a criação dos “diretórios indígenas”⁹ - penderam para as práticas assimilacionistas, estimulando casamentos interétnicos e a fixação de colonos brancos nos limites dos antigos aldeamentos. Esse é o processo que Oliveira (2004) denomina como uma segunda “mistura”, cujos efeitos teriam tido um impacto reduzido devido ao “caráter extensivo e rarefeito da presença humana nas fazendas de gado” (p. 25). Talvez esse resultado relacione-se também a um conjunto de estratégias de “resistência invisível” desenvolvidas pelos indígenas, conforme explica Silva (2003), que não raras vezes enganavam os colonizadores para destes tirar as serventias que permitiriam sua sobrevivência e sua reprodução enquanto grupo.

Os mecanismos e instrumentos de poder assumem características que diferem em épocas e contextos, e são utilizados por todos os agentes implicados nas relações de poder. No momento acima referido do processo de colonização no Nordeste, a estratégia da “mistura” desenvolveu uma tática mais ofensiva, que, apesar disso, face às reações dos outros agentes e das contingências locais, teve implicações menos importantes.

Vale lembrar que as resistências indígenas nem sempre foram “invisíveis” e tampouco as diretrizes da política indigenista foram introduzidas de modo absoluto e indiferente às organizações indígenas nas aldeias, suas lideranças (“principais”) e formas de vida. Conforme atestam alguns autores (ALBUQUERQUE, 2002; SILVA, 2000), ao lado das práticas de dominação e controle, seguiram-se diversas estratégias de sobrevivência do mundo indígena.

A terceira “mistura” ocorreu com a publicação da Lei de Terras de 1850, ocasião em que foi iniciado um movimento de regularização das propriedades rurais. Antigas

9 O Diretório dos Índios foi uma lei editada em 1755 por D. José I, rei de Portugal, que dispunha sobre os aldeamentos indígenas do Estado do Grão-Pará e Maranhão. Segundo Silva (2000), em 1757, com o Diretório de Pombal, proibiu-se aos indígenas seus próprios nomes. Tornou-se obrigatório o uso unicamente da língua portuguesa, determinava-se aos diretores persuadir aos índios construir suas casas “a imitação dos brancos, fazendo nelas diversos repartimentos”, para evitar os supostos vícios da “promiscuidade”, segundo a moral cristã da época. Além disso, a execução das diretrizes da política indigenista estabelecida no Diretório Pombalino, em muitos antigos aldeamentos, incentivava a ocupação de moradores colonos e casamentos mistos.

vilas expandem-se e famílias vindas de grandes propriedades do litoral ou das fazendas de gado buscam se estabelecer como produtoras agrícolas.

Sucessivamente, os antigos aldeamentos indígenas vão sendo declarados extintos pelos governos provinciais, incorporando seus terrenos a comarcas e municípios em formação, ao tempo em que pequenos agricultores e fazendeiros não-indígenas vão consolidando suas glebas. Essa teria sido, para Oliveira (2004), a “mistura” mais radical, por limitar seriamente as posses dos antigos moradores, “deixando impressas marcas em suas memórias e narrativas” (p. 26). Com efeito, Silva (2008, p. 29) constata que em diversos discursos oficiais desse tempo verifica-se a negação da identidade indígena dos índios no Nordeste, a que se somavam muitos pedidos de invasores das terras indígenas e autoridades “pela declaração legal da extinção dos aldeamentos”.

Nesse contexto, a lei, e o discurso oficial (dominante) em que baseia sua aplicação, como poderoso instrumento de poder, visava à desintegração da identidade de todo um povo, e com isso retirar desse povo o que tinha de mais essencial em sua natureza indígena, seu capital étnico¹⁰, capital simbólico de caráter intransferível que se refere à essência da pessoa, segundo concebe Durand (2011).

Em decorrência desse histórico, ao final do Século XIX já não havia mais referências aos povos e culturas indígenas no Nordeste, posto que foram destituídos de seus antigos territórios e já não são mais reconhecidos como coletividades, mas referidos individualmente como “remanescentes” ou “descendentes”. Assim é que, observa Oliveira (2004), são reconhecidos pelas autoridades, pelas outras pessoas e por eles mesmos, como “índios misturados”, cujas festas e crenças são mencionadas sob o título de “tradições populares”.

O segundo movimento que caracteriza o histórico dos “índios do Nordeste” tem início na década de 1920, quando em Pernambuco os “Carnijós”, posteriormente denominados Fulni-ô, reivindicaram e asseguraram seu reconhecimento como

¹⁰ O capital étnico, com base em Bourdieu, pode ser concebido como um “capital cultural incorporado”, conforme entende Yáñez (1995), que não pode ser transferido, senão de modo invisível, inadvertido.

autêntico povo indígena, apresentando evidentes sinais diacríticos¹¹ que os alçam à condição de “mais claramente ‘índios’ entre a população indígena no Nordeste” (OLIVEIRA, 2004).

Esse fato, que marca o início da atuação do órgão indigenista no Nordeste, que se pensava excepcional¹², conforme lembra Arruti (2006), favoreceu o início de um processo de territorialização que criou condições, segundo Oliveira (2004), supostamente “naturais” e adequadas de afirmação de uma cultura diferenciadora. Para esse mesmo autor, apesar da intenção do órgão indigenista oficial de seguir com uma política assimilacionista, no caminho da eliminação da tutela, esse fenômeno jamais se realizou completamente.

Considerando a perspectiva dos autores acima citados, essa mudança contextual nas relações do Estado com as sociedades indígenas marcou também mudanças nas estratégias dos indígenas em direção ao reconhecimento de seu estatuto de cidadania e à garantia de seus direitos mais fundamentais, como a terra, a princípio, e posteriormente outros direitos de cidadania.

Antes dos anos 1920, por volta do Século XVIII, a região Nordeste contava com menos de 30 nações indígenas, segundo Arruti (2006), oficialmente extintas antes mesmo de 1880. Por meio de um conhecimento técnico que determinou a reclassificação dos índios, que a partir de então foram denominados caboclos - e convertidos em população comum -, eles perderam a prerrogativa legal da administração dos missionários, juntamente com o direito de usufruto das terras de uso comum dos aldeamentos. Conforme explica Arruti (2006, p. 51),

suas terras foram incorporadas aos “próprios nacionais”, parceladas e comercializadas. Enquanto os próprios aldeados foram dispersos ou acudados em pequenos trechos de seus antigos territórios, passando a ser proibidos de exercer algumas das práticas que os distinguiam. Entre essas, em especial, o toré [...], que foi criminalizada e perseguida.

¹¹Os Fulni-ô mantêm a sua língua (o *Yatê*) e um período anual de reclusão ritual (“Ouricouri”) até os dias de hoje.

¹²A excepcionalidade “era o que justificava que um órgão se desviasse de seu objetivo manifesto, de abertura das fronteiras ao Norte e Oeste do País, para prestar assistência e ‘proteção’ a grupos de uma região de colonização tão antiga” (ARRUTI, 2006, p. 51).

No que concerne ao segundo fenômeno da territorialização a que está se ocorrendo, esse processo trouxe consigo a imposição de instituições e crenças que buscavam determinar um modo de ser “índio”. Dentre os componentes principais dessa “indianidade”, Oliveira (2004) destaca a estrutura política e os rituais diferenciadores.

A organização política passou a compor-se de três lideranças distintas, ocupadas por indivíduos tomados como “tradicionais” e “autenticamente indígenas”: o cacique, o pajé e o conselheiro (membro do “conselho tribal”). Os ocupantes desses cargos eram indicados pelo agente indigenista local, o qual ocupava o topo dessa estrutura de poder e distribuía os benefícios provenientes do Estado - de alimentos a empregos (OLIVEIRA, 2004).

As relações de poder constituem-se de lutas que questionam o estatuto do indivíduo, de batalhas contra o “governo da individualidade”. De um lado, exigem e reforçam as diferenças, pretendendo valorizar o que individualiza, por outro lado, como afirma Foucault (1982, p. 277):

atacam tudo aquilo que separa o indivíduo, que quebra sua relação com os outros, fragmenta a vida comunitária, força o indivíduo a se voltar para si mesmo e o liga à sua própria identidade de um modo coercitivo.

Esse aspecto aponta para o fato de que a identidade deve ser compreendida como uma construção social que se afirma, conforme observa Castells (1999a), num contexto marcado por relações de poder. O espaço no qual essas relações se processam constitui um espaço dinâmico onde o poder circula e se atualiza, segundo Foucault (1979), sendo composto por agentes que agem sobre a ação dos outros, utilizando os mecanismos e recursos de que dispõem para o exercício do poder, em função de seus interesses e necessidades.

No que se refere ao patrimônio cultural, os índios no Nordeste, em face de seu histórico de territorialização acima mencionado e das fortes pressões no sentido de assimilações, estão marcados por diferentes “fluxos” e “tradições” culturais, sendo, portanto, esperado que seus costumes e crenças atuais não lhes sejam exclusivos (OLIVEIRA, 2004). Por essa razão é muito comum que elementos da cultura sejam compartilhados com outras populações indígenas ou outros moradores da região.

Até seus traços físicos são idênticos aos do povo sertanejo, conforme lembra Neves (2010).

Contudo, a territorialização promovida pelo órgão indigenista exigia das comunidades indígenas certas distintividades em relação aos indivíduos regionais, como foi o caso da exigência da realização do ritual do toré, que permite exibir a todos “os sinais diacríticos de uma *indianidade* peculiar aos índios do Nordeste”, conforme explica Oliveira (2004, p. 28).

O Toré é de fato o sinal diacrítico maior da indianidade no Nordeste (GRÜNEWALD, 2005), mas não pode ser tomado como um ritual de prática homogênea entre as diferentes etnias dessa região. Sua presença é marcada por histórias descontínuas, difusas, conforme observa Grunewald (2005), cujos sentidos são múltiplos e constituídos a partir de posicionamentos narrativos diversificados. Para os Xukuru do Ororubá, por exemplo, o toré, além de uma dimensão sagrada, representa uma prática política que marca a continuidade de rituais e a afirmação da identidade indígena e seu direito à terra (NEVES, 2005; SILVA, 2008).

De outro ponto de vista, o toré – como prática ritual institucionalizada de reprodução da etnia – representa, com base em Bourdieu (2011a, p. 94), a exteriorização de um “*habitus* coletivo”, que incorpora e reforça os *habitus* individuais, “por quem os agentes participam da história objetivada nas instituições”. O toré, ao ser reinventado pelos indígenas no Nordeste, os fez se apropriar dessa instituição na prática, tirando-a do estado de “letra morta”, diria Bourdieu, “habitando-a”, fazendo reviver seu sentido, “impondo-lhe as revisões e as transformações que são a contrapartida e a condição da reativação” (BOURDIEU, 2011a, p. 95).

O processo de territorialização, do mesmo modo, não representou um fato externo e homogeneizante, antes a construção da identidade indígena no Nordeste deu-se por atualizações dos grupos e comunidades, que construíram identidades étnicas individualizadas em face do conjunto genérico denominado “índios do Nordeste” (OLIVEIRA, 2004). Assim é que, embora considerados extintos desde meados do Século XIX, os povos indígenas no Nordeste, nas primeiras décadas do Século XX, conforme relatou Silva (2003, p. 43), desenvolveram estratégias (é certo que ainda

pouco articuladas politicamente) para pressionar as autoridades com o fim de obterem “o reconhecimento oficial enquanto povos étnicos diferenciados”. O capital étnico aqui desponta como um recurso essencial no campo da relação de forças característica desse contexto histórico, sendo que sua potencialidade como instrumento de poder (capital simbólico) ainda está por ser enxergada pelos indígenas e reconhecida pela sociedade e, principalmente, pelo Estado.

A reivindicação aqui consiste num reconhecimento da diferença como condição de igualdade. Reivindica-se o que Hannah Arendt (2004, p. 191) afirma ser uma “condição humana da pluralidade, isto é, do viver como ser distinto e singular entre iguais”.

Como se vê, a estratégia dos indígenas em sua incidência na luta política consiste em lograr o reconhecimento social de outros atores e, fundamentalmente, das autoridades estatais, consistindo numa luta que não é apenas pelo poder político, mas pelo poder legítimo de reconhecimento.

Essa característica denota o fato de que o exercício do poder se dá sobre um campo de possibilidades no qual se inscreve o comportamento dos agentes - sujeitos ativos. Reconhece-se, portanto, que os sujeitos *agem* ou são suscetíveis de agir, e possuem uma capacidade de reação (como as atualizações referidas acima). Isso é compreensível porque o *habitus* dos agentes é um princípio gerador de práticas que se constrói dialeticamente, no fazer diário, e do mesmo modo se reconstrói.

Assim, de uma forma compreensiva mais ampla, as estratégias dos indígenas no espaço social de relações de poder onde são agentes ativos, detentores de determinados capitais, remontam à sua condição de indivíduos potencialmente portadores de autonomia, liberdade e racionalidade. De modo que a história só se define como tal, segundo Bourdieu e Wacquant (2008), quando os indivíduos se rebelam, resistem e atuam.

Outra fase do segundo processo de territorialização a que Oliveira (2004) se refere ocorreu entre os anos 1970-80, período em que se torna de conhecimento público

reivindicações e mobilizações de povos indígenas ainda não reconhecidos pelo órgão indigenista nem identificados na literatura etnológica.

Era o caso dos Tinguí-Botó, dos Karapotó, dos Kantaturé, dos Jeripankó, dos Tapeba, dos Wassu, entre outros, que passam a ser chamados de “novas etnias” ou de “índios emergentes” (OLIVEIRA, 2004, p. 30).

Trata-se de um fenômeno que precisa de uma reflexão mais apurada, pois processos históricos e sociais (etnogênese) não devem substancializar os sujeitos neles implicados. Segundo Arruti (2006), o problema da definição está no risco de se confundir processos históricos e sociais com categorias de identificação, fato que pode, por outro lado, transformar estas qualificações – “índios emergentes”, “ressurgentes”, etc. – em categorias secundárias de indivíduos, como se fora índios de segunda categoria.

A etnogênese é um processo social e histórico que pode ser considerado, segundo Arruti (2006, p. 51), como

a construção de uma autoconsciência e de uma identidade coletiva contra uma ação de desrespeito (em geral produzida pelo Estado nacional), com vistas ao reconhecimento e à conquista de objetivos coletivos.

Segundo esse mesmo autor, esse termo refere-se a mecanismos que permitem a um determinado grupo social estabelecer a descontinuidade onde só existia a aparente continuidade, o reconhecimento da diferença em meio à indiferença. Ou seja, a etnogênese consistiu num dispositivo de poder que permitiu aos indígenas, em um determinado contexto histórico, garantir uma situação favorável a suas lutas, num espaço (como o é todo campo de poder) de possibilidades ilimitadas.

Nessa perspectiva, a etnogênese¹³ dos índios no Nordeste tem outros aspectos políticos que não podem ser negligenciados. Arruti (2006, p. 52) associa esse processo à constituição de um campo indigenista no Brasil cujo principal ator teria sido a igreja católica. É nos anos 1970 que a Igreja Católica Romana desenvolve uma atenção especial à temática indígena, quando é criado o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e são realizadas diversas Assembleias Indígenas as quais,

¹³ Substituindo-o pelo termo “viagem da volta”, Oliveira (2004, p. 30) resiste à utilização deste termo por entender que seu uso “pode acabar substantivando um processo que é histórico, dando a falsa impressão de que, nos outros casos em que não se fala de ‘etnogênese’ ou de ‘emergência étnica’, o processo de formação de identidade estaria ausente”.

segundo Arruti, serviram de base para a formação de muitas lideranças indígenas. Aqui é possível notar os primeiros elementos do que se tornaria o movimento social indígena contemporâneo, cujas frentes reivindicatórias transcendem as disputas fundiárias, com a inclusão de temas importantes como a educação e a saúde na pauta de suas reivindicações frente ao Estado. É nesse período que são criadas diversas organizações não governamentais e não confessionais indigenistas, tais como a Associação de Apoio ao Índio (Anai), em 1977, e a Comissão Pró-Índio (CPI), em 1978 (ARRUTI, 2006).

Viveiros de Castro (2006) lembra que durante a Ditadura Militar no Brasil houve uma nova tentativa de “desindianização” dos índios, uma nova tentativa de oficializar sua extinção. Segundo este autor, tratava-se de um projeto de emancipação que o governo ditatorial da época queria realizar na Amazônia, no final dos anos 1970. Esse projeto pretendia criar um instrumento jurídico para discriminar quem era índio de quem não era. A ideia era tirar da tutela do Estado aqueles indivíduos indígenas que teriam se tornado não-índios, ou seja, aqueles que ‘já’ não apresentassem ‘mais’ os estigmas de indianidade reconhecidos como tal para permanecerem no regime especial de cidadania a que tinham direito¹⁴.

O fenômeno conhecido como “etnogênese” estaria relacionado a essa questão, que, segundo esse autor, repercutiu fortemente nas comunidades indígenas (sobretudo naquelas ainda não reconhecidas), as quais trataram de se fortalecer política e culturalmente e resgatar os traços que as diferenciavam da sociedade nacional, garantindo a conservação de seus direitos, ainda que isso representasse, como condição, a manutenção da tutela.

A resposta à questão de saber quem era índio e quem não era acabou por vir de forma totalmente inesperada, “deslocada”, segundo Viveiros de Castro (2006, p. 42), uma vez que o problema da época consistia no que ele denomina “submergência”

¹⁴ Em princípio, este projeto parece grotesco, mas não se pode olvidar que o *desaparecimento* dos indígenas no processo de miscigenação racial, integração cultural e dispersão no conjunto da população regional, embora não tenha se concretizado plenamente, havia sido postulado por escritores e vários estudiosos, como Gilberto Freyre, Estevão Pinto, Câmara Cascudo, dentre outros (SILVA, 2008).

das etnias – por enquanto nada tinha a ver com as ditas “emergências das etnias” -, ou seja, relacionava-se àqueles coletivos

que estavam seguindo, por força das circunstâncias (isto é eufemismo), uma trajetória histórica de afastamento de suas referências indígenas, e de quem, com esse pretexto, o governo queria se livrar.

O autor acredita que o fenômeno posterior da “emergência das etnias” teria sido um resultado jamais imaginado consequente a esse projeto emancipatório do governo. Como se fora um tiro no próprio pé, este projeto desencadeou uma reação política extraordinária na sociedade, foi o momento em que um conjunto de pessoas legitimamente preocupadas com a questão indígena - do lado dos índios - passaram a fazer levantamentos, recenseamentos, buscando problematizar a questão e torná-la visível perante a sociedade em geral. Como efeito dessas ações, ao invés do projeto emancipatório “desindianizar” as comunidades indígenas sob seu foco, terminou por “reindianizá-las”. (VIVEIROS DE CASTRO, 2006). Assim, essa experiência levou a que os índios, antes meros representante do folclore brasileiro, se tornassem mais visíveis como atores políticos.

O efeito acabou sendo reverso porque os grupos indígenas, em face dos riscos a que foram expostos – “se eles não tomassem cuidado iam deixar de ser índios *mesmo*, e rapidinho”, como lembra Viveiros de Castro (2006, p. 42) - reagiram pela defesa de seus interesses, num trabalho coletivo de organização política, dentro de um campo que não lhes era favorável. Mais uma vez ressalta-se que o acúmulo de capital político e social que adquiriram nesse processo refletiu uma mudança estratégica de posição que lhes conferiu como resultados adicionais ganhos de capital simbólico: capital étnico - expresso no respeito a (e reconhecimento de) sua “indianidade” – e político – expresso no reconhecimento do potencial de mobilização e articulação que demonstraram frente à possibilidade de perda de direitos.

A estrutura de poder na qual se baseiam as relações contemporâneas entre indígenas e os agentes estatais sofreu modificações importantes, sobretudo em face do protagonismo político que o movimento indígena vem demonstrando, e está associada a uma dinâmica contraditória que envolve, por um lado, uma luta estratégica pela autonomia e auto-gestão das comunidades indígenas e por outro a

permanência do regime tutelar que caracteriza a política indigenista brasileira, representada pelo ainda vigente Estatuto do Índio (Lei nº 6001/1973) (BRASIL, 1973). As comunidades indígenas estão buscando ocupar espaços institucionais de poder que lhes proporcionem, em algum nível, capacidade de decisão nos assuntos que dizem respeito aos seus interesses mais gerais.

De fato, frente ao regime tutelar, os indígenas – num contexto de relações dialéticas entre as estruturas objetivas que conformam a política indigenista e as estruturas subjetivas expressas em seus esquemas de percepção e ação (*habitus*) – descobriram mecanismos de poder que vêm permitindo a tomada de posições estratégicas no campo de relações mais amplas com o poder público. Nesse sentido, João Oliveira (2006) observou algumas alternativas concretas encontradas pelos indígenas, as quais parecem constituir o que Ferreira (2007) identificou como “protagonismo étnico”, que funcionaria como um contraposto direto às bases simbólicas e políticas do regime tutelar.

As principais alternativas identificadas por João Oliveira(2006, p. 137) foram três:

- a) a primeira, que o autor define como “índios funcionários”, relaciona-se ao jogo clientelista dos índios junto aos indigenistas para garantir acesso aos recursos coletivos, bem como a bens materiais e prestígio;
- b) a segunda o autor denomina “assembleias indígenas”, relacionada à mobilização coletiva por terra e acesso aos recursos assistenciais;
- c) a terceira, chama-se “organização indígena”, que se relaciona à criação de mecanismos modernos e coletivos de gestão territorial e desenvolvimento.

Trata-se de um aspecto importante na história dos índios no Brasil, pois essas experiências parecem ter assumido um papel relevante nas garantias resultantes do estatuto de cidadania que os povos indígenas adquiriram com a Constituição de 1988, que assegurou o respeito à diversidade étnico-cultural dos índios, suas práticas religiosas, relações e direitos diferentes. Tais garantias foram corroboradas no ano seguinte pela Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho

(OIT), de 1989 (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2011)¹⁵, sobre “Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes”, cuja repercussão no país pode ser sentida a partir do ano de 2002. Segundo Arruti (2006, p. 53), é a partir desse momento que “os mecanismos de legitimação das etnogêneses deixam de ser determinados pelo Estado, passando a estar submetidos a uma dinâmica social mais complexa”.

O campo de relações sócio-políticas expresso nesse histórico constitui o campo de forças característico das relações interétnicas no Brasil. Trata-se de um histórico no qual as assimetrias se relacionam, como informa Bourdieu (1996), aos diferentes tipos de capital acumulados desigualmente pelos agentes que integram o campo, e de cujo *habitus* depende a manutenção ou transformação da estrutura dessas relações. A posição de dominação ocupada pelos indígenas se mantém pela via da manutenção do regime tutelar, que os identifica por meio de uma “indianidade” genérica (OLIVEIRA, J.,2006) e os mantém numa posição subalterna que os impede de gerir seus bens e sua força de trabalho, cuja função passa a ser centralizada no Estado.

Por outro lado, o reconhecimento público e oficial de sua identidade étnica também resultou na capacidade desses indivíduos agregarem alguns capitais às suas lutas com as estruturas de poder. A afirmação identitária resulta num tipo de capital eficiente para uma conjuntura cujas regras do jogo estabelecem critérios “diacríticos” para definir o tipo de cidadania a que se tem direito.

Todo espaço social apresenta-se como uma estrutura de diferenças relacionadas à estrutura de distribuição de formas de poder ou de tipos de capital eficientes em tais ou quais sociedades (BOURDIEU, 1996). No caso em tela, como todo espaço social é dinâmico e mutável, a posição dos agentes indígenas mudou (embora sua condição de dominados permaneça), à medida que o valor do seu capital político (a agregação em coletivos) e simbólico (a revalorização dos símbolos de sua cultura) mudou, contribuindo para a mudança na estrutura do campo. A mobilização de um

¹⁵ A Convenção nº 169 da OIT obriga os governos a assumirem a responsabilidade de desenvolver ação coordenada e sistemática com vistas a proteger os direitos desses povos e a garantir o respeito pela sua integridade, e garantir o gozo pleno dos direitos humanos e liberdades fundamentais, sem obstáculos nem discriminação. (SANTOS FILHO, 2007).

grupo não se efetua, contudo, se não houver um reconhecimento mútuo em um mesmo projeto coletivo, conforme destaca Bourdieu (1996), processo simbólico que parece ter se verificado no contexto destacado acima.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Neste capítulo é apresentado o percurso metodológico pelo qual o estudo optou, sendo detalhadas todas as suas fases e as estratégias de investigação. Ao final, são apresentados os aspectos éticos.

3.1 Desenho do estudo

Esta pesquisa consiste num estudo de caso, de abordagem qualitativa, com suporte analítico no campo das ciências sociais, particularmente na sociologia de Pierre Bourdieu.

O estudo de caso é um tipo de investigação qualitativa para o aprofundamento de alguma situação ou episódio, que visa aumentar o entendimento de fenômenos sociais complexos. Segundo Minayo (2004), permite explicitar o *como* e o *porquê* determinada decisão ou conjunto de decisões foram tomadas e, em geral, utilizam como instrumentos documentos escritos ou dados primários recolhidos em campo. Essa autora observa, no entanto, que, embora sejam estas técnicas essenciais, recomenda-se usar múltiplas fontes de informação, construir uma base de dados ao longo da pesquisa e ir formando uma cadeia de evidências relevantes.

O caso, segundo Chizzotti (2005, p. 102), é tomado como uma unidade significativa do todo, sendo considerado suficiente para fundamentar um julgamento ou propor uma intervenção. Segundo esse autor é considerado ainda um marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação. No presente estudo, o caso estudado foi o povo indígena Xukuru do Ororubá, em sua experiência concreta de acesso no cotidiano dos serviços locais de saúde.

A pesquisa se realizou por meio de duas estratégias articuladas. A primeira consistiu na identificação do campo da saúde, especificamente da saúde indígena, e a elaboração de um modelo de análise do acesso a partir da perspectiva do “campo” bourdieusiano (BOURDIEU, 1996; 2004b).

A segunda consistiu na análise das relações de poder associadas ao acesso à saúde indígena, a partir de opiniões, expectativas e experiências dos diferentes agentes envolvidos no campo da saúde e no microcampo (ou microcosmo) de produção do cuidado (usuários/indígenas, trabalhadores, gestores e outros agentes institucionais), buscando identificar elementos indicativos das relações de poder que afetam as possibilidades de acesso efetivo à saúde.

Trata-se de buscar conhecer e analisar a experiência de acesso, em face da estrutura do campo, considerando o *habitus*, sistema de disposições que orienta a percepção do mundo e a prática dos agentes, a posição destes e o capital de que dispõem na luta que concreta e simbolicamente travam em torno da satisfação de suas necessidades de saúde.

Nessa perspectiva, o acesso à saúde foi compreendido relativamente ao campo da saúde, no qual se estabelece e pelo qual adquire algum sentido. Nesse campo de saber e de práticas, que também é um campo histórico, é onde os agentes se movem vinculados por interesses concorrentes, motivados pelo *habitus* que os orienta e pelo capital que os posiciona.

A análise, nessa perspectiva, partiu do que aqui está se denominando “fatores dinâmicos” do processo de busca e satisfação das necessidades de saúde, compreendendo que o acesso ocorre como experiência concreta dentro de um microcampo de poder, que por sua vez, sofre influência do modo como a política de saúde é criada e operacionalizada nos diversos níveis do campo e em espaços histórico-temporais diferentes. Os fatores dinâmicos aqui considerados consistem nas situações críticas que suscitaram as disposições dos agentes envolvidos, em face dos obstáculos encontrados no acesso (sócio-espaciais, organizativos, culturais e econômicos).

Parte-se do princípio de que o acesso à saúde é um elemento condicionado à estrutura do campo da saúde, configurado numa realidade histórico-social concreta onde ocorrem, simultaneamente, a produção do conhecimento, a formulação, a execução e a avaliação das práticas sanitárias. É nesse campo que os grupos de agentes sociais, com um determinado *habitus* de classe, disputam, munidos de um

conjunto válido e variado de capitais, a legitimidade e o reconhecimento de sua atuação. Particularmente, disputam (em nível micro e macrocósmico) pelo poder de fazer ver e reconhecer um direito universal: o direito à saúde.

Cabe ainda observar com Bourdieu (2011a, p. 105) que as práticas dos agentes-usuários/indígenas no microcampo da atenção à saúde não se baseiam em possibilidades médias de auferir a atenção que buscam, visto que suas estratégias se relacionam ao capital que possuem, por isso suas práticas dependem de suas possibilidades específicas. Desse ponto de vista, o acesso (do modo como se compreende aqui, ou seja, como um *capital composto*) assume a função que Bourdieu considera para o capital nesse contexto, como “instrumento de apropriação das possibilidades teoricamente oferecidas a todos”.

3.2 Área de abrangência e período do estudo

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco, particularmente na cidade de Pesqueira/PE, na Terra Indígena (TI) Xukuru do Ororubá, compreendendo o período de 2009 a 2013. Este foi igualmente o período da coleta de dados, contudo as dificuldades iniciais (relacionadas à ausência de alguns profissionais) só permitiram a entrevista com um dos três médicos da TI, ficando os outros dois pra serem entrevistados em março de 2013. Esse período coincide com a consolidação do SUS, após a Lei Orgânica da Saúde e o fortalecimento da “retomada” pelos indígenas Xukuru do Ororubá. Este também é o período no qual ocorreu a criação da Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI), no âmbito do Ministério da Saúde, que substituiu a FUNASA na gestão e execução da atenção à saúde indígena.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram 9 usuários indígenas residentes no território Xukuru do Ororubá; 10 trabalhadores (3 AIS, 2 dentistas, 3 médicos, 1 enfermeiro e 1 assistente social); 7 gestores (5 representantes da SESAI, incluindo o Secretário, e 2 representantes do DSEI de Pernambuco, incluindo o atual diretor). Foram incluídos outros informantes-chave, tais como, 1 membro do Conselho Municipal de Saúde

(representantes do Conselho Local de Saúde Indígena), 3 lideranças (um representante de cada uma das Regiões Socioambientais), o cacique, o Pajé e 3 representantes de entidades do movimento social com reconhecido histórico de apoio às causas dos Xukuru (CIMI 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, Ribeira e Agreste), com o apoio das lideranças indígenas e dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS). A amostra foi do tipo não-probabilística, tanto para os usuários quanto para os profissionais das equipes, técnicos e gestores.

3.4 Técnicas, fontes e instrumentos de coleta de dados

Para o desenvolvimento deste estudo foram utilizados análise documental, entrevista, grupo focal e observações diretas, configurando-se numa triangulação metodológica.

A triangulação, segundo Minayo et al.(2005), é uma estratégia de investigação que permite a combinação e o cruzamento de diversos pontos de vista; bem como associa diversos tipos de informantes e emprega uma variedade de técnicas de coleta de dados. Essa estratégia mostrou-se bastante útil para o tipo de estudo desenvolvido nesta pesquisa.

3.4.1 *Análise documental*

Os dados coletados contribuíram para o conhecimento da política, seu processo histórico e os agentes envolvidos no processo de formulação e implementação. Essa análise permitiu destacar na política – por meio de seus instrumentos legais e normativos – aspectos associados à identificação e à valoração dos capitais que transitam no campo da saúde indígena

Os documentos analisados foram: relatórios de pesquisas realizadas com os Xukuru, normatizações e, ou, publicações oficiais do Ministério da Saúde e da Funasa/SESAI; manuais e relatórios técnicos e legislações.

Buscou-se identificar aspectos relativos ao acesso aos cuidados à saúde, envolvendo 1) agentes envolvidos, seus papéis e as racionalidades de suas ações no espaço social, como um espaço de relações composto por agentes que ocupam posições relativas, as quais são determinantes para definir o comportamento dos indivíduos e dos grupos; 2) mudanças no valor dos capitais, ocorridas por influências externas sobre o setor; 3) fatores estruturais (estratégias, condições organizacionais e mecanismos regulatórios) para o desenvolvimento da política de saúde; 4) fatores ideológicos, políticos e culturais subjacentes aos conteúdos da política; 5) modelo de rede planejado, forma de integração com o Sistema Único de Saúde (SUS); 6) mecanismos de repasse e incentivos e restrições; e 7) mecanismo de coordenação e integração da rede, bem como fatores estruturais (estratégias, condições organizacionais e mecanismos regulatórios) para o desenvolvimento da política.

3.4.2 Entrevistas semiestruturadas

As técnicas de entrevista são muito utilizadas na pesquisa qualitativa, sendo variados os tipos classificados na literatura. No presente estudo, optou-se pela entrevista semiestruturada, que segundo Appolinário (2004) consiste num tipo em que há um roteiro de perguntas preestabelecidas, embora haja também um espaço para discussão livre e informal a respeito do tema de interesse do pesquisador.

As entrevistas foram aplicadas individualmente aos usuários indígenas, aos profissionais, técnicos, aos gestores e aos demais informantes-chave, com base num roteiro contendo temas que serviram como guia para a interlocução com o entrevistado. No caso dos informantes-chave, dos usuários e dos profissionais, aplicou-se a entrevista na própria TI, com exceção de dois médicos, os quais foram entrevistados em Recife. No caso dos gestores, estes foram entrevistados em seu próprio local de trabalho.

As entrevistas foram úteis para o conhecimento das experiências de acesso vividas pelos usuários no microcampo da atenção à saúde indígena. Foram construídas questões relacionadas aos objetivos traçados no estudo, buscando-se conhecer a estrutura das relações de poder travadas na busca dos cuidados de que necessitaram. Ademais, buscou-se extrair elementos relacionados à mediação do *habitus* dos agentes, frente aos “fatores dinâmicos”, isto é, às crises - inscritas nas condições objetivas - geradas pelas incompatibilidades entre as possibilidades de acesso e as necessidades dos usuários (obstáculos de natureza sócio-espacial, organizacional, sociocultural e econômica).

3.4.3 Grupo Focal

Como técnica complementar à entrevista e à observação, o grupo focal, segundo Minayo et al. (2005), constitui um tipo de técnica planejada, formada por grupos pequenos, homogêneos, que visa obter informações relativas a um tema específico. Diferentemente da observação, que foca no comportamento e nas relações, o grupo focal centra-se nos valores, opiniões, relevâncias dos entrevistados. Segundo Carlini-Cotrim (1996), a essência do grupo focal consiste na interação entre os participantes, com o fito de colher dados a partir dos tópicos – um roteiro – definidos pelo pesquisador. A quantidade de participantes não apresenta consenso na literatura, mas esta autora sugere um número entre seis e dez.

A escolha dos participantes é uma decisão relacionada com a temática de interesse do pesquisador, sendo fundamental que haja uma certa homogeneidade entre os participantes, isto é, estes devem possuir algumas características comuns (CARLINI-COTRIM, 1996) .

No presente estudo, foram realizados três grupos focais com as lideranças indígenas da etnia Xukuru do Ororubá (totalizando 14 participantes), representantes das três Regiões Socioambientais (Ribeira, Agreste e Serra), visando ao aprofundamento de questões que envolvem a temática do estudo. A escolha dos participantes acima referidos foi motivada pela natureza mesma do objeto do estudo, que confere a esses agentes uma importância cabal no contexto das relações de poder que se pretende estudar.

A quantidade de grupos foi definida no processo inicial de coleta de dados, visto que dependeu das circunstâncias do trabalho de campo e do nível de abrangência e profundidade que o tema requisitava, conforme orienta Minayo (2004). Os grupos, todos três realizados na TI, tiveram como foco questões relativas à participação e ao controle social na formulação e execução da política de saúde indígena em nível local, buscando compreender o *protagonismo étnico* dos Xukuru, fenômeno no qual procura-se identificar processos de mudança nas relações de poder, isto é, relativas às posições dos agentes indígenas e das variações no valor dos capitais que possuem no campo da saúde.

3.4.4 Observação Direta

O objetivo das observações diretas é analisar *in loco* as relações que se estabelecem entre os diferentes agentes envolvidos no processo de busca e utilização dos serviços de saúde, como ocorrem essas relações e quais estratégias de poder, bem como os recursos de capital, estão presentes.

As observações diretas foram realizadas em uma das três equipes de atenção básica (porta de entrada) existentes no território dos Xukuru do Ororubá, bem como no polo-base (órgão de gestão local), onde se processa, entre outras práticas burocráticas, o gerenciamento dos encaminhamentos aos serviços de referência do SUS. Essas observações foram realizadas em uma semana de trabalho de campo (12 a 16/09/11), durante a qual foi possível a convivência com os costumes e o cotidiano da etnia. A participação nas assembleias anuais do povo Xukuru, durante os anos de 2009 até 2011 foram igualmente momentos estrategicamente utilizados para a observação direta. Ademais, devem-se incluir como estratégicos os diversos momentos de contato com a etnia durante o período de 2009 a 2013, tais como participação em reuniões, inclusive do Conselho Local de Saúde, em atividades culturais/religiosas, como o toré e a pajelança, e também no Abril Indígena/ATL-2013, realizado em Recife/Pernambuco.

Tais observações foram guiadas por um roteiro básico contendo aspectos úteis para identificar as relações e estratégias de poder presentes na experiência cotidiana dos

usuários nos serviços de saúde. Também foram úteis para identificar as práticas políticas, culturais e religiosas dos Xukuru, associadas ao *habitus* do grupo.

3.5 Técnica de análise e sistematização dos dados

O processo de análise qualitativa consiste em extrair sentido dos dados e prepará-los para análises diferentes, que aprofundem cada vez mais o entendimento e, como refere Creswell (2007), fazer representação dos dados e uma interpretação de seus significados mais amplos.

A fase de análise, segundo Minayo (2004), possui três finalidades inter-relacionadas que são mais ou menos consenso na literatura: a primeira, relativa ao contato direto com o *corpus*¹⁶ refere-se à compreensão dos dados coletados; a segunda refere-se à confirmação ou não dos pressupostos da pesquisa; a terceira consiste em ampliar a compreensão de contextos culturais, ultrapassando o nível espontâneo das mensagens. Em conformidade com o que Bourdieu, Chamboredon e Passeron (1999, p. 25) recomendam, o pesquisador deve manter-se permanentemente em vigilância epistemológica a fim de superar as falsas evidências, de evitar a “ilusão da transparência”, que lhe faz escapar a essência da realidade que estuda. Segundo esses autores, quebrar as relações mais aparentes, especialmente por lhes serem as mais familiares, é o caminho para “fazer surgir o novo sistema de relações entre os elementos”.

No presente estudo, 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 Kvale (1996), por ser ele considerado o mais apropriado à finalidade do estudo.

Nesse tipo de análise, conforme Gurgel (2007) são construídas formulações a partir das declarações dos entrevistados; as entradas da entrevista que se relacionam a um determinado assunto do estudo são prestigiadas e resumidas num quadro

¹⁶*Corpus*, segundo Bardin (2004, p. 90), é o “conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”.

organizado por unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos, na coluna da esquerda, e os temas centrais relacionados a estes, que são categorias conceituais, na coluna da direita, seguidos abaixo de ambas pela descrição essencial da questão relacionada ao estudo, conforme demonstra o quadro 1.

Questão de pesquisa	
Unidades Naturais de Análise	Temas centrais
1. Trechos da entrevista relacionados à questão da pesquisa	1. Apresentação do tema que domina a unidade natural, conforme a compreensão do pesquisador, e da forma mais simples possível.
2. Idem	2. Idem
3. Idem	3. Idem
Descrição essencial da questão de pesquisa	

Quadro 1 - Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e Descrição Essencial.

Fonte: Adaptado de Kvale (1996).

A etapa que se refere à sistematização seguiu as orientações de Kvale (1996), que foram as seguintes:

- a) Inicialmente foi realizada uma leitura cuidadosa das falas dos sujeitos que foi útil para compreensão da totalidade do pensamento deles;
- b) Foram determinadas as unidades de significados naturais de acordo com as expressões dos sujeitos participantes;
- c) Seguiu-se para a definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da forma mais próxima das realidades das falas, evitando julgamentos e preconceitos de valor com relação às falas, seguindo para a construção dos temas baseados na compreensão da pesquisadora acerca do que foi anunciado nas entrevistas e nos grupos focais;
- d) Foi elaborado um questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos do estudo;
- e) E, por fim, foi efetuada a descrição essencial dos temas identificados.

No que tange à análise documental e à observação direta, foi utilizada uma análise temática de conteúdo considerando o objeto de estudo, a partir de uma leitura cuidadosa, com vistas a identificar as categorias de análise concernentes aos efeitos

das relações de poder no acesso à saúde, conforme o modelo teórico adotado no estudo.

3.6 Aspectos éticos

Este estudo foi realizado segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/ CNS número 196/96, a qual estabelece diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, e a Resolução número 304/00, no que se refere a pesquisas com populações indígenas. A proposta deste estudo está vinculada a um projeto de pesquisa maior, intitulado “Avaliação da política de atenção à saúde indígena no DSEI de Pernambuco na perspectiva de usuários, trabalhadores e gestores”, financiado pelo CNPq, Edital/Chamada: Ação sobre Saúde Indígena/Ministério da Saúde, processo nº402511/2008-5. Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/ Fiocruz e pela CONEP conforme CAAE - 0012.0.095.000-08.

Toda pesquisa envolvendo seres humanos acarreta riscos. Neste estudo, conforme a metodologia proposta, a relação com os sujeitos se deu a partir de entrevistas, observação direta e realização de grupos focais. Estima-se que os riscos quanto às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual foram minimizados, os quais, conforme a Resolução 196/96 (inciso V-1a), são admissíveis quando oferecem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram indígenas usuários, trabalhadores (AIS e profissionais da EMSI), técnicos e gestores da saúde, bem como lideranças indígenas, representantes do CIMI e Centro de Cultura Luiz Freire. De todos os sujeitos entrevistados foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecendo-se na oportunidade a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados na pesquisa. Também foram adquiridas as cartas de anuência do Cacique Marcos, líder dos Xukuru do Ororubá, da FUNAI, da FUNASA, e da Secretaria Municipal de Saúde de Pesqueira.

4 O PODER DE ACESSAR A SAÚDE

Neste capítulo estão descritos os resultados do estudo, os quais estão distribuídos em três seções e suas respectivas subseções.

4.1 A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Os povos indígenas no Brasil só vieram contar com a presença de um órgão oficial específico, no bojo do qual a atenção às suas condições de saúde fosse minimamente prestada, em 1910, com a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI). Esse órgão, criado num contexto de expansão das fronteiras econômicas do país e da construção de linhas telegráficas e ferrovias, cujas frentes provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis, tinha a função de proteger os índios e promover seu “enquadramento progressivo e de suas terras no sistema produtivo nacional” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 7). De inspiração positivista, a política indigenista que se esboçava nesse tempo tinha por meta “elevar” o índio à categoria de “civilizado”, isto é, estava em voga a noção (equivocada) segundo a qual o índio era um ser transitório, cujo processo de evolução culminaria com sua integração total à sociedade nacional por meio de projetos de educação e agrícolas.

A criação do SPI pode ser considerada um marco importante na política indigenista brasileira (COSTA, 1987), uma vez que retirou a responsabilidade total da igreja na relação com os índios ao tempo em que foram formuladas legislações que buscavam garantir aos índios o respeito à sua cultura e o direito a terra. Conforme Santos et al. (2008), somente décadas depois da criação do SPI surgiram as primeiras iniciativas no sentido da implantação de ações sistemáticas de saúde voltadas para os índios. Todavia, a assistência à saúde dos povos indígenas seguiu sendo baseada em ações desorganizadas e esporádicas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002), atendendo basicamente casos de surtos epidêmicos relacionados à perda do isolamento (CONFALONIERI, 1989).

Em 1967 o SPI foi extinto, sendo sucedido pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) – órgão vinculado ao Ministério da Justiça -, no interior da qual foi criada uma divisão

de saúde. Os serviços de saúde foram organizados a partir de Equipes Volantes de Saúde (EVS), instaladas em pontos estratégicos do país. Essas equipes eram compostas por médico, enfermeiro, técnico de laboratório e dentista, dispendo de transporte para as visitas periódicas, com o suporte das Casas do Índio, que serviam para abrigar os índios durante sua permanência na cidade para consulta, tratamento ou por motivo de convalescença.

Nas aldeias havia pequenas estruturas, chamadas de enfermarias, mas, segundo Santos et al. (2008, p. 1044), “não passavam de farmácias precárias com estoque irregular de medicamentos, sob a responsabilidade de um auxiliar de enfermagem”. Esses autores também referem que as ações das EVS tinham um baixo impacto e um alto custo, sofriam com falta de medicamentos, de equipamentos médicos mais básicos e escassez de pessoal. A atenção primária à saúde dos índios era reduzida e ficava centrada, na maioria das vezes, na distribuição de medicamentos. As precárias condições de trabalho nos postos da Funai, juntamente com os baixos salários, favoreciam a rotatividade de funcionários e das equipes de saúde.

Em face dessa trajetória de iniciativas isoladas, sem integração entre os serviços, em que o órgão indigenista - que centralizava todas as ações no campo da saúde indígena - não se articulava com o Ministério da Saúde, responsável pela coordenação dos programas, não se pode afirmar que houvesse no Brasil uma política de saúde indígena (SANTOS et al., 2008). Essa política só veio a ser criada em 1999, após um processo conflituoso de lutas e embates envolvendo diversos atores da sociedade e do governo.

A dinâmica do campo da saúde indígena até esse momento manteve os agentes indígenas aliados dos processos de discussão e formulação da política de saúde. Aliás, fora do processo também estiveram os trabalhadores e a sociedade civil em seu conjunto, em face da estrutura autoritária que caracterizou o sistema de saúde brasileiro, o que ademais constitui o conhecido histórico de construção das políticas públicas no Brasil.

Conforme observa Garnelo (2004), a política de saúde indígena só pode ser compreendida em sua interface entre a política de saúde de toda a população

brasileira e a política indigenista dirigida às diversas etnias que vivem em território nacional. Nesse sentido, destacam-se a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), onde o acesso à saúde se torna universal e gratuito e se garante a criação de instâncias de participação e controle social no âmbito do SUS. Trata-se de espaços de lutas e disputas que constituem a dinâmica de poder em um campo específico. São igualmente dignos de nota a Lei Arouca (9836/99), que cria o Subsistema de Saúde Indígena, vinculando-o ao SUS; a Portaria nº 70/2004, que estabelece as diretrizes de gestão do Subsistema de Saúde Indígena; o Pacto pela Saúde de 2006, documento que aprova as diretrizes operacionais do SUS; Portaria nº. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que define o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas, Atenção Básica – PAB Variável (IAB-PI), Média e Alta Complexidade (IAE-PI) e o Decreto nº 7336/10, que criou a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI). Este último decreto foi revogado pelo Decreto nº 7530/2011, que, por sua vez, foi revogado pelo que atualmente está em vigor, o Decreto nº 7797, de 30 de agosto de 2012 (BRASIL, 1990a, 1990b, 1999a, 2004, 2006, 2007, 2010, 2011, 2012).

As mobilizações em torno dessa política – que se acentuaram nos anos 1980, no contexto de abertura democrática e de fortalecimento político do movimento sanitário brasileiro, como também das organizações indígenas e indigenistas – levaram à realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, no mesmo ano de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, de onde saiu a formulação dos princípios e diretrizes do SUS, ratificados pela Constituição de 1988.

Vale ressaltar, como o faz Garnelo (2012), que, à época da criação do SUS, a Funai era o órgão responsável pela saúde indígena, fato que, segundo essa autora, teria favorecido a baixa ou nenhuma prioridade posta pelo SUS para a população indígena.

Na oportunidade da 1ª Conferência já havia a recomendação de que a saúde indígena deveria ser coordenada pelo Ministério da Saúde por meio de um subsistema ligado ao SUS, recomendação que foi reafirmada na 9ª CNS, realizada em 1992. Essa Conferência aprovou a criação de um modelo de atenção à saúde

indígena diferenciado, organizado por meio de distritos sanitários (SANTOS et al., 2008).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, realizada em 1993 – a primeira pós-Constituição de 1988 – postulou pelo modelo de Distritos Sanitários como base operacional para o modelo de atenção à saúde das populações indígenas, ligados diretamente ao Ministério da Saúde e administrados por Conselhos de Saúde com participação indígena. Propõe-se a criação de uma secretaria especial dentro do Ministério da Saúde para gerir a política de atenção à saúde indígena (SANTOS et al., 2008).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2001 – a primeira após a aprovação da Lei nº 9.836/99 (Lei Arouca), que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena –, avalia a implantação dos DSEI e discute questões relacionadas à segurança alimentar e autossustentabilidade (SANTOS et al., 2008).

Na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006, é abordada a questão do território dos DSEI como espaço de produção da saúde, proteção da vida e valorização das tradições indígenas. A tônica na autonomia política, financeira e técnico-administrativa dos DSEI é reforçada, ao tempo em que o relatório final reafirma a permanência da Funasa como órgão gestor da saúde indígena (SANTOS et al., 2008).

Segundo Santos et al. (2008), o processo de implantação da política de saúde indígena deu-se de modo bastante conflituoso - sobretudo no que se refere às relações entre a Funai e a Funasa, então FNS -, envolvendo diferentes órgãos, e promovendo mudanças, extinção ou fusão de estruturas, etc. Assim é que, se até a realização da 1ª Conferência a gestão da atenção à saúde dos índios era da Funai, as recomendações dessa Conferência levaram à transferência da coordenação da saúde indígena para a FNS.

A tensão entre a Funai e a FNS, acentuada nesse processo, levou à nova mudança: em 1994 a Funai retomou o controle das ações de saúde indígena, mas no mesmo ano uma nova mudança resulta no compartilhamento da responsabilidade entre as

duas instituições. A FNS responsabiliza-se pelas ações de prevenção e controle de agravos à saúde, saneamento básico e recursos humanos e a Funai assume as ações médico-sanitárias, permanecendo com a coordenação da atenção à saúde indígena. No entanto, em 1998 a coordenação da Funai é considerada inconstitucional pela Procuradoria Geral da República, devido ao fato daquele órgão pertencer ao Ministério da Justiça (SANTOS et al., 2008). Esta tensão em torno da gestão da atenção à saúde indígena, segundo estes autores, só se resolveu com a promulgação da Lei 9.836/99 (Lei Arouca). Esta lei estabeleceu o subsistema de atenção à saúde indígena, vinculado ao SUS, conformando, juntamente com outros instrumentos legais, a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, que a partir de então - até o ano de 2010, quando passou para a responsabilidade direta do Ministério da Saúde - passa a ser coordenado pela FUNASA. Contudo, conforme observa Garnelo (2004, p. 9),

A política do estado mínimo influenciou decisivamente na produção das atuais dificuldades enfrentadas pelo subsistema de saúde indígena, limitando a capacidade de resposta por parte do Ministério da Saúde, à cuja carência de condições estruturais somou-se o amargo embate com o órgão indigenista, que tampouco dispunha das condições necessárias para prover a atenção à saúde indígena.

Conformada num modelo piramidal em rede – à semelhança do SUS – a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena estabelece, por meio da Portaria nº 70/2004, algumas diretrizes de gestão segundo as quais à população indígena deve ser assegurado o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde; o modelo de organização deve voltar-se para a proteção, promoção e recuperação da saúde, de modo a garantir aos povos indígenas o exercício da cidadania; O Subsistema de Saúde Indígena organiza-se na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etnoculturais. A figura abaixo apresenta a área geográfica de atuação do DSEI/PE.

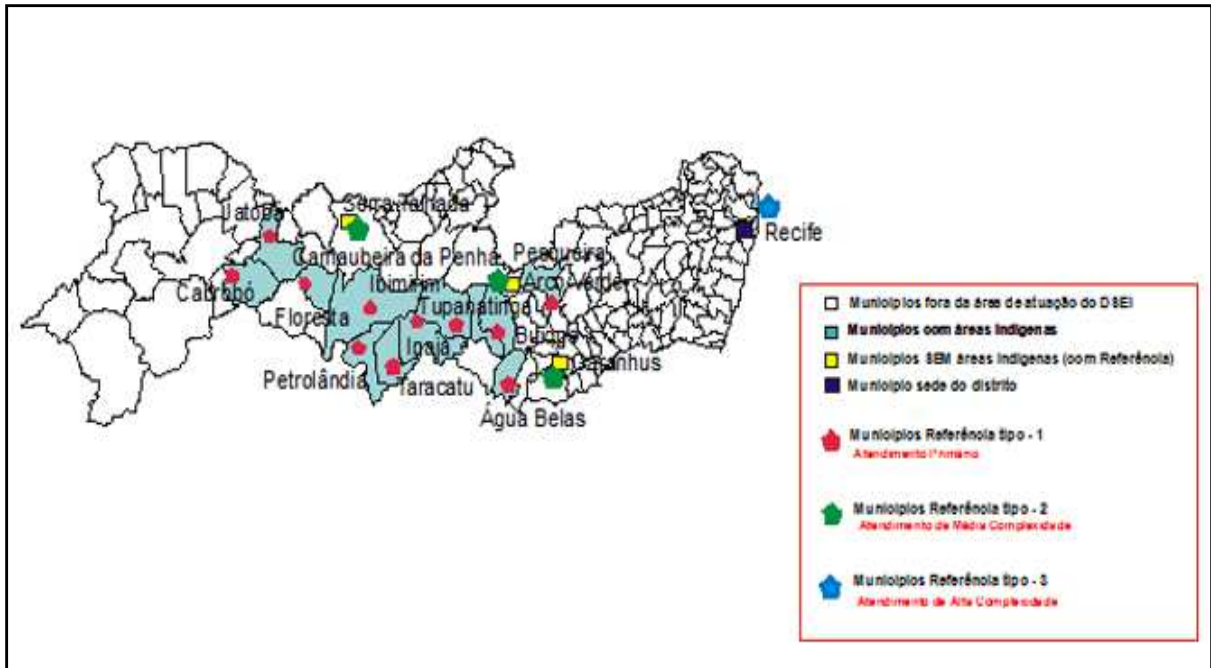


Figura 2 – Área de atuação do DSEI/PE.
Fonte: SESAI (2011).

Os DSEI contam com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do SUS para garantir a assistência de média e alta complexidade.

A Portaria acima referida também estabelece que os DSEI disporão de uma rede composta por: postos de saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (AISAN); pelos Polos-base com equipes multidisciplinares de saúde indígena (compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e auxiliares de enfermagem e de consultório dentário, além dos AIS) e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade. Cada Polo-base gere no nível local um conjunto de aldeias e suas equipes (em alguns casos, também presta assistência à saúde) e realiza a capacitação e supervisão dos agentes indígenas de saúde. Já as CASAI tem a função de abrigar e cuidar dos pacientes e seus acompanhantes durante o período de tratamento na cidade. A figura abaixo apresenta a organização da atenção à saúde no DSEI.

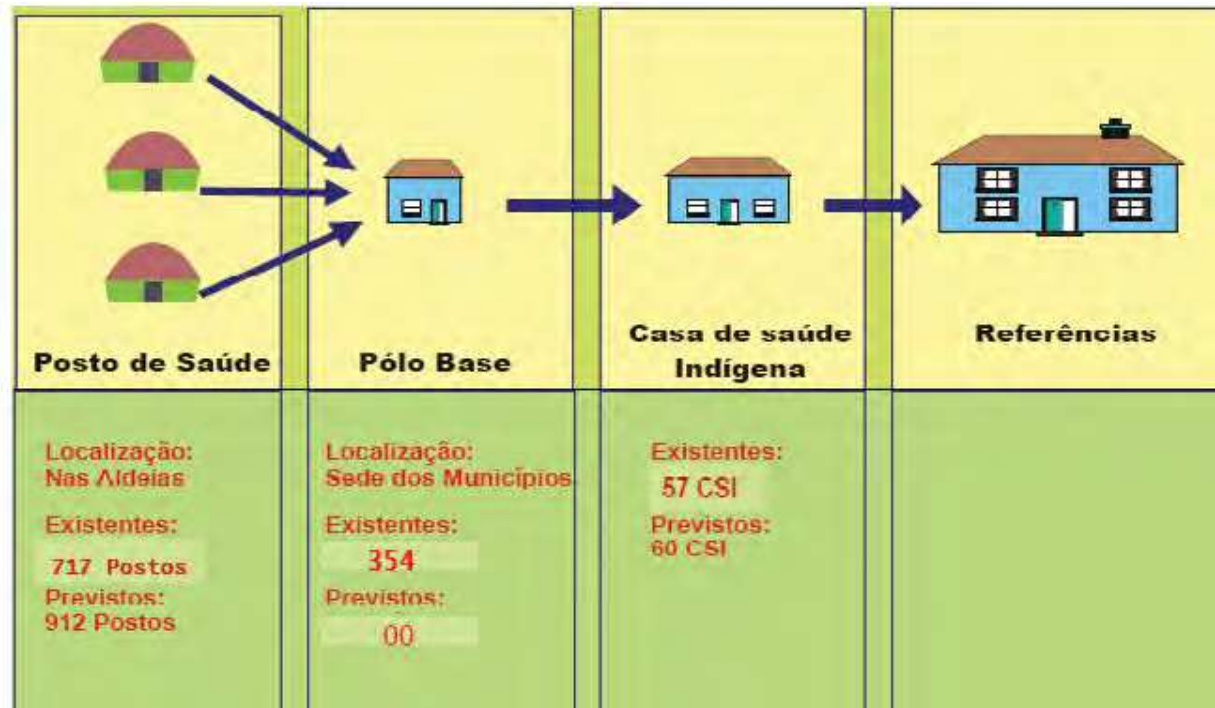


Figura 3 - Rede hierarquizada de Serviços de Saúde nos DSEI.
Fonte: Garnelo (2012).

Conforme demonstrado na figura acima, atualmente o subsistema conta com 717 postos de saúde, com previsão de instalação de mais 912; 354 Polos-base e 57 CASAI, com previsão de acréscimo de mais 60 para esta última.

A participação dos próprios índios - representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais - é enfatizada, como também o respeito às culturas e valores de cada povo e a integração entre a medicina tradicional com práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas.

O controle social é definido nos moldes do SUS, pelo decreto nº 3156/99 (BRASIL, 1999b), que estabelece a criação de um conselho distrital em cada DSEI, composto por 50% de representantes dos usuários e 50% de representantes das organizações governamentais envolvidas, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde, e caráter deliberativo, em função do qual pode aprovar plano distrital, planejar e avaliar a execução de ações de saúde, apreciar prestações de contas de órgãos e instituições executoras das ações de saúde indígena. A participação dos usuários indígenas, porém, não se restringe aí: a lei evoca sua participação também no Conselho Nacional de Saúde/ CNS e Conselhos Municipais e Estaduais de

Saúde, uma vez que os indígenas constituem-se, igualmente, como usuários do SUS (BRASIL, 1999a; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

A Figura 4 representa o controle social no Subsistema em articulação com o SUS.

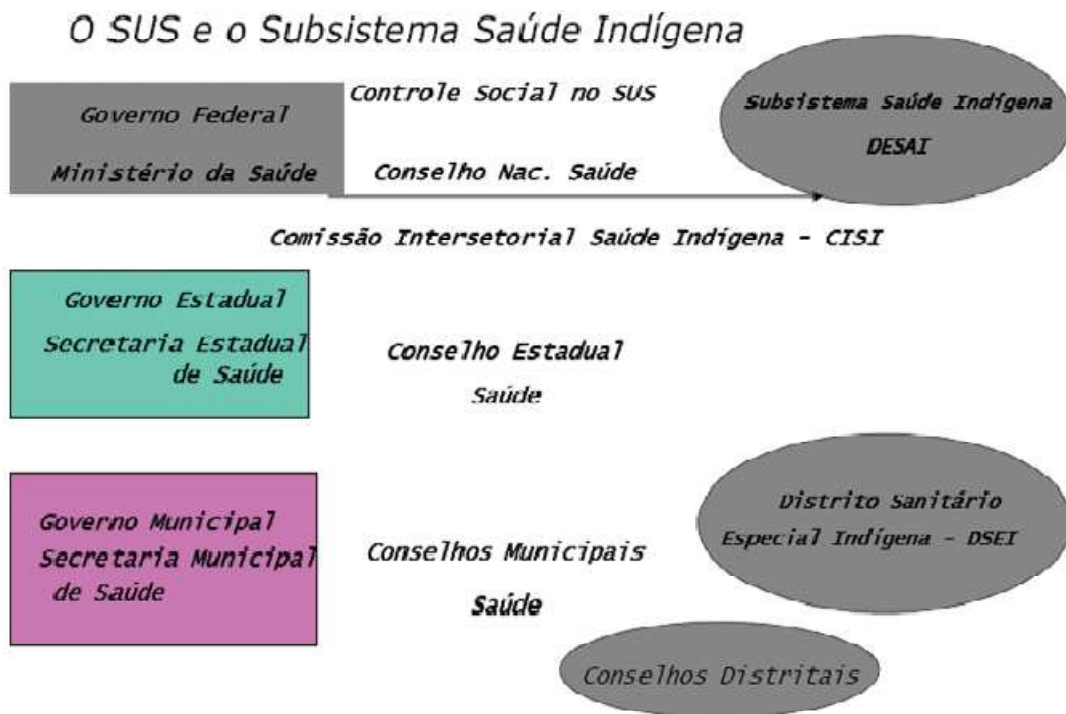


Figura 4 - Controle social no SUS e no subsistema de saúde indígena
Fonte: Garnelo (2012).

Vale destacar, como integrante do controle social relativamente à saúde indígena, a existência da CISI (Comissão Intersectorial de Saúde Indígena), a qual foi criada para assessorar o Conselho Nacional de Saúde, instância deliberativa máxima no controle social da política de saúde no país.

Destaque-se ainda como agente no controle social o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais. Criado através da Portaria nº 644/2006 (BRASIL, 2006) com caráter consultivo, propositivo e analítico, o Fórum atua como instância de assessoramento das políticas de saúde indígena junto à FUNASA. Atualmente, segundo Garnelo (2012), não se sabe qual será o seu futuro devido à transferência da gestão da saúde indígena para a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena.

Conforme se apreende da figura apresentada acima, o controle social consiste num dispositivo importantíssimo para o planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde indígena em todos os níveis do subsistema, sobretudo em face da precária experiência do SUS no trato da saúde de populações diferenciadas, conforme observa Garnelo (2012).

4.2 Os Xukuru do Ororubá: organização sociopolítica e o campo da saúde indígena

Conforme observado anteriormente, não foi sem conflitos que se constituiu o processo de colonização no Nordeste. Os índios nessa região não aceitaram a escravidão promovida pelos portugueses nem a invasão de suas terras e, rebelando-se, formaram um movimento que teve a participação dos Xukuru, dos Paratió e outros povos do Rio Grande do Norte e Ceará, que ficou conhecido como Confederação do Cariri, ou “Guerra dos Bárbaros”, na denominação dos portugueses. Esse conflito durou de 1692 a 1696 (CENTRO DE CULTURA LUIZ FREIRE, 2000).

Os conflitos pela posse da terra nessa região estenderam-se por todo o século XVIII, quando a colonização pelos portugueses atingiu a região do Ororubá, já habitada pelos índios Xukuru¹⁷, que a dominavam juntamente com os índios Paratió (PALITOT, 2003). Na segunda metade do Século XIX, diversas aldeias existentes no Nordeste foram extintas, o que também ocorreu com a Vila de Cimbres, cuja extinção foi decretada em 1879 (FIALHO, 1998). Desta forma, os índios foram forçados a se submeter ao poder dos fazendeiros, trabalhando como mão de obra barata, muitas vezes em suas próprias terras.

O Serviço de Proteção ao Índio (SPI), conforme referido no capítulo anterior, começou sua atuação na Região Nordeste na década de 1920. Essa atuação visava

¹⁷ A presença dos Xukuru na Serra do Ororubá, de acordo com os registros coloniais, remonta ao século XVII. Nesse tempo, missões religiosas chegaram ao Nordeste para catequizar os índios, foi quando os padres oratorianos fundaram, em 1661, a missão do *Arorobá*. Oito anos depois, em 1669, é fundada a aldeia do *Ararobá*, conhecida como Nossa Senhora das Montanhas (FIALHO, 1998).

o reconhecimento dos índios remanescentes dos antigos aldeamentos que estavam sendo expulsos de suas terras tradicionais e, entre outros grupos indígenas, estavam os Xukuru. Entre as décadas de 1930 e 1940, os índios começam a intermediar o reconhecimento de outros grupos, por meio de laços de parentesco ou de visitas para a realização de rituais (ARRUTI, 2006). A rede sociopolítica que os indígenas no Nordeste articularam nesse tempo mostrou-se determinante na luta que enfrentaram para demonstrar sua *indianidade*, de cuja manifestação dependia a garantia dos direitos decorrentes do regime tutelar instituído pelo Estado.

No caso dos Xukuru, esse fato se deu por meio de interferências de religiosos ou políticos, de visitas e notícias de etnólogos e folcloristas. Assim, frente às exigências normativas do órgão indigenista, agente cujos mecanismos de poder utilizado neste contexto consistiam na determinação unilateral de normas e critérios de “inclusão” dos indivíduos na condição de “índios” - portanto de torná-los elegíveis para acessar certos recursos sociais -, os Xukuru utilizaram recursos de poder que até hoje constitui uma característica essencial de sua organização sociopolítica: o capital social, caracterizado atualmente por uma rede ampla composta de agentes e organizações vinculados a diferentes setores da sociedade civil (Igreja Católica Romana, universidade, pesquisadores, políticos, ONGs e agentes vinculadas à saúde pública e à educação, entre outros).

Segundo Silva (2008), os registros das investigações realizadas pelo etnólogo Curt Nimuendajú, em 1934, dão conta da existência de indivíduos Xukuru, destacando que poucos se assemelhavam a índios puros. Na concepção desse etnólogo, os Xukuru tinham uma irrelevante cultura material e poucos indivíduos possuíam caracteres indígenas. Silva (2008) observa ainda que nas primeiras décadas do século XX, mesmo com a extinção oficial da aldeia de Cimbres e diante de todas as proibições de manifestações culturais, os índios Xukuru realizavam seus rituais religiosos.

De fato, essa permanente resistência aos efeitos da colonização presente nos Xukuru é uma característica bastante encontrada entre índios no Nordeste (ALBUQUERQUE, 2002; SILVA, 2003), que desenvolviam formas simbólicas de apropriação da cultura colonial,

reformulando-a, adaptando-a, refazendo-a, influenciando-a, reinventando-a, no que é por muitos autores denominado como religiosidade popular, sincretismo, hibridismo cultural, etc., que permeiam os “500 anos” (SILVA, 2003).

Os Xukuru também foram alvo de desconfiança por parte do órgão indígena oficial (já o eram por parte da sociedade envolvente) quanto à sua identidade étnica. Somente na década de 1950, com o suporte do discurso científico da antropologia na produção de relatórios técnicos, bem como devido a mobilizações incessantes desse povo, os Xukuru foram reconhecidos oficialmente como índios, e o SPI, cujo posto na Serra do Ororubá foi instalado em 1954, assume sua tutela, contudo não regulariza a questão da terra¹⁸ (FIALHO, 1998; NEVES, 2005).

Nesse caso, o discurso legitimado e aceito foi o discurso científico, que funcionou em favor dos indígenas, e por estes foi utilizado para afirmação de sua identidade étnica e, portanto, para valorização do capital étnico. Vê-se aqui concretamente que a identidade étnica constituiu uma propriedade (objetivamente) simbólica que, manipulada estrategicamente, pode garantir os interesses materiais dos Xukuru. Embora raramente o poder público cumpra seu papel no que toca à garantia dos direitos indígenas, assumir a condição de índio nesse contexto representava adquirir a tutela do Estado, que, bem ou mal, lhes permitiria o acesso (ou, no mínimo, a expectativa do direito) à assistência pública (saúde, educação, assistência social, etc.), de que há muito viam-se excluídos, e, principalmente, à terra.

Os Xukuru viveram até a década de 1980 submetidos a diversas formas de violência. O primeiro relatório oficial acerca da situação desse povo, segundo Fialho (1998), foi emitido por um Auxiliar de Sertão do SPI, Cícero Cavalcante de Albuquerque. Nesse documento constam relatos de violência dos brancos contra os Xukuru, como, por exemplo, a proibição dos seus rituais religiosos e da prática de cura com a utilização de ervas medicinais. Apesar da negação dessas expressões culturais ser objeto de muito sofrimento para os Xukuru, a indefinição quanto à

¹⁸Foram necessários quase cinquenta anos para a solução dessa questão, em que operou o protagonismo étnico e político dos Xukuru como determinante e resultante desse processo.

demarcação de suas terras, segundo a autora acima citada, foi o que mais afetou a existência do grupo.

De fato, o Posto Indígena (PI) foi construído no Sítio São José com apenas $6\frac{3}{4}$ hectares para o cultivo comunitário. Sem área suficiente para o trabalho “pouco mudou no já intenso processo de exploração, onde os índios passavam a trabalhadores dos fazendeiros que ocupavam a Serra do Ororubá” (OLIVEIRA, K., 2006, p. 72).

A questão da “indianidade” dos Xukuru volta ao foco do Estado a partir do momento em que a Constituição de 1988 oferece possibilidades legais para a efetiva reconquista de seu território. Mais não só isso. Conforme observa Fialho (1998), a Constituinte, o apoio do CIMI e a expectativa negativa quanto à execução de um projeto agropecuário (o “Vale do Ipojuca”) em suas terras, foram fatores relevantes na mudança da postura política dos Xukuru frente ao órgão indigenista oficial.

O transcurso dos anos 1980 apresenta o clima ideal à redefinição dos espaços ocupados nesse campo de poder. As articulações de diferentes setores da sociedade em torno da elaboração de uma nova constituição federal apresentam possibilidades reais para o movimento indígena e indigenista - que já vinham se fortalecendo desde os anos 1970 (ARRUTI, 2006) - formular e lutar por uma pauta de reivindicações negligenciadas ao longo de um histórico secular de carências e discriminações.

A resistência étnica em face de sucessivos mecanismos oficiais de destituição da identidade indígena, e, com isso, de seus direitos, não é fato recente, conforme já foi explicitado. Contudo, um processo de mobilização dos povos indígenas em torno de direitos e garantias atinentes ao reconhecimento de sua cidadania desponta, nos últimos anos, como uma luta amplamente articulada em busca de autonomia e garantia de acesso às políticas públicas. O caso da política de saúde pode ser considerado, no âmbito das relações entre o Estado e a sociedade, um caso à parte.

Mudanças importantes nas relações entre Estado e Sociedade no país - com repercussões variadas nas políticas públicas, particularmente no campo da saúde -

favoreceram a realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, no mesmo ano de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, de onde saiu a formulação dos princípios e diretrizes do SUS, ratificados pela Constituição de 1988.

Assim é que, estendendo o leque de suas reivindicações para além das disputas fundiárias, a defesa de um sistema de saúde próprio foi o alvo das reivindicações dos povos indígenas nesse setor. A presença maciça de suas lideranças, aliada ao capital político e social de que já podiam se orgulhar nesse momento, foi determinante para incluir na Constituição Federal de 1988 – ainda em processo de elaboração - os artigos 231 e 232, que, pela primeira vez na história do país, atribui aos indígenas o estatuto de sujeitos de pleno direito¹⁹.

De fato, a promulgação da Constituição de 1988 pode ser considerada um divisor de águas. Segundo JoãoOliveira (2006), com ela as coletividades indígenas reconheceram sua capacidade jurídica de representar-se por si mesmas, independentemente da agência indigenista.

Esses foram elementos fundamentais para que posteriormente, em 1999, fosse criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Lei 9836/99) (BRASIL, 1999a), a que se seguiu a Portaria GM 254/2002 que criou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Segundo Santos et al. (2008), o processo de implantação da política de saúde indígena deu-se de modo bastante conflituoso – sobretudo no que se refere às relações entre a Funai e a Funasa, antiga FNS -, envolvendo diferentes órgãos, e promovendo mudanças, extinção ou fusão de estruturas, etc. Assim é que, se até a

¹⁹ Encontra-se em tramitação no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 2.057/91, que institui o Estatuto das Sociedades Indígenas. Paralisado na Câmara dos Deputados desde 1994, este projeto reveste-se de questões controversas, entre as quais, o instituto da tutela. Neste particular, há setores que defendem que a tutela já está superada pela Constituição de 1988; outros acreditam que a tutela permanece em vigor e a defendem considerando que ainda se faz necessária para a defesa dos interesses indígenas. Por último, há quem defenda que a tutela permanece em vigor e deveria ser revogada, pois trata os índios como incapazes e, portanto, é incompatível com a atual luta dos indígenas pela autonomia. Neste sentido, propõe-se sua substituição por leis e normas de proteção dos direitos dos índios e seu patrimônio territorial, ambiental e cultural, as quais deverão estar expressas no novo Estatuto (PANKARARU, 2006, p. 80).

realização da 1ª Conferência a gestão da atenção à saúde dos índios era da FUNAI, as recomendações dessa Conferência levaram à transferência da coordenação da saúde indígena para a FNS.

A gestão da FUNASA, no entanto, sempre foi alvo de críticas por parte dos usuários do sistema, que reivindicavam uma secretaria própria, vinculada ao Ministério da Saúde, com autonomia, respeito às especificidades das diversas etnias e controle social. Decorreu um penoso período de quase 15 anos para que essa reivindicação finalmente fosse atendida, por meio do Decreto nº 7336/10 (BRASIL, 2010), que criou a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI), hoje substituído pelo Decreto nº 7797, de 30 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012).

A questão central nessa política consiste na sua natureza “diferencial”, isto é, no reconhecimento do caráter específico de seus usuários: os variados povos indígenas do país. Esses povos apresentam identidades muito distintas, e lutam por um sistema público de saúde universal que incorpore em suas práticas as diferenças socioculturais que os caracterizam e os singularizam num universo plural.

Seria mais substancial, nesse aspecto, recorrer-se à noção de interculturalidade trazida por Bartolomé (2010), pois esse conceito se refere à dinamicidade da pluralidade, na medida em que implica a vinculação de atores sociais pertencentes a diferentes esferas culturais²⁰.

Em face dessa diversidade, o espaço de atuação da política de saúde indígena constitui-se num espaço específico e complexo, vez que envolve aspectos relativos ao reconhecimento político de indivíduos e grupos cujo acesso a bens e serviços sociais vincula-se a esse reconhecimento. O respeito e a valorização dessa diversidade, contudo, não deve se constituir num obstáculo à unidade, por exemplo,

²⁰Bartolomé (2010), referindo-se ao heterogêneo contingente de indígenas que povoam a América Latina, problematiza a noção de unidade cultural relativamente a esses povos, e defende a ideia segundo a qual a existência da pluralidade cultural e suas projeções futuras dependem das características das relações interculturais. Tais relações vêm se complexificando na atualidade, não apenas pelo vínculo dos grupos étnicos e/ou raciais com cada Estado a que pertence. Trata-se, segundo esse autor, de uma complexidade sistêmica que se incrementa face à relação que essas coletividades estabelecem com empresas transnacionais, os interesses geopolíticos hegemônicos, a crescente demanda mundial de recursos estratégicos e outros agentes que representam as forças mais visíveis e dominantes do mundo globalizado.

da política nacional de saúde consubstanciada no SUS. A diversidade, conforme observa Bartolomé (2010), não constitui um obstáculo à unidade sempre e quando sua existência seja politicamente reconhecida e valorizada como fator constituinte do Estado.

Assim é que a identidade consiste num elemento fundamental relativo à política de saúde indígena e não pode jamais ser ignorada, pois constitui uma fonte de significados associados à natureza dos indivíduos ou coletivo. Segundo Castells (1999a), a identidade, diferentemente da noção de “papel social”, organiza significados e é originada e construída pelos próprios atores por meio de um processo de individuação. Dessa forma, a identidade constitui

um processo de construção de significado com base em um atributo cultural, ou ainda em um conjunto de atributos culturais inter-relacionados, o(s) qual(ais) prevalece(m) sobre outras fontes de significados (CASTELLS, 1999a, p.23).

Para Cardoso de Oliveira (2006) a identidade possui uma autonomia relativamente à cultura e com esta não se confunde, pois a cultura não se limita à sua função diacrítica. Essa variável (a cultura), embora não possua uma relação causal com a identidade, com esta de algum modo se implica. Esse é um aspecto importante porque, embora implicados, a mudança na cultura não “causa” necessariamente mudança na identidade. É claramente esse fenômeno que se observa no curso da história dos índios do Nordeste e, para o que interessa aqui, dos Xukuru do Ororubá, cuja identidade se forja num sistema interétnico denominado por Cardoso de Oliveira (1976, p. 23) de “cultura do contato”, que se expressa num

conjunto de representações (em que se incluem também os valores) que um grupo étnico faz da situação de contato em que está inserido e nos termos da qual classifica (identifica) a si e aos outros.

É nas situações de contato, segundo esse autor, que se define a identidade étnica, diferentemente valorada conforme os contextos e as situações particulares de fricção interétnica²¹. Nesses termos, pode-se compreender o caráter contrastivo da identidade étnica atualizando-a e representando-a num sistema de referências

²¹ Bastante polêmico, o conceito de “fricção interétnica” de Cardoso de Oliveira (1976, p. 27, Nota 14) consiste numa maneira de descrever a situação de contato entre grupos étnicos irreversivelmente vinculados uns aos outros, a despeito das contradições – expressas através de conflitos (manifestos) ou tensões (latentes) – entre si existentes. Cabe acrescentar a crítica corrente a este conceito, que frequentemente o associa à teoria funcionalista parsoniana e à ideia de “integração social” dos índios à sociedade nacional, numa linha fatalmente assimilacionista (DAL POZ, 2003; OLIVEIRA, 1988).

ideológicas (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1976), que os posiciona nas frentes de lutas cotidianas pela sobrevivência.

No Nordeste, segundo Athias e Machado (2001), as organizações indígenas priorizaram em suas reivindicações a questão da demarcação das terras, associadas à identidade étnica, não sendo a questão da saúde uma problemática fortemente incorporada às suas lutas cotidianas.

Assim, os Xukuru, conforme já mencionado, em consequência dos conflitos internos e de suas lutas externas relativos à demarcação de suas terras, sobretudo a partir dos anos 1980 (MAIA et al., 2004; PIANI, 2004), tiveram dificuldades de participar ativamente dos movimentos sociais que culminaram com a elaboração da política nacional de saúde indígena. Nesse período uma inflexão em seu histórico foi determinante para o fortalecimento político da etnia: a partir do final dos anos 1980 os Xukuru iniciam um processo exitoso (porém extremamente conflituoso) de “retomada” de suas terras²².

Esse processo de “retomada” está relacionado a fatores externos de caráter macro político – a ebulição sociopolítica do país relacionada à abertura democrática e o movimento pela elaboração de uma nova Carta Constitucional – e internos de caráter micropolítico – a instituição de uma nova liderança e o princípio da articulação de uma nova organização sócio-política dos Xukuru, com apoio de um sólido capital social em formação, cuja rede tem no CIMI (Conselho Indigenista Missionário), conforme lembram algumas autoras (FIALHO, 1998; OLIVEIRA, K., 2006; SANTOS, 2009), o principal agente articulador. Segundo Kelly Oliveira (2006, p. 88), a instituição dessa nova liderança, representada na figura do índio Chiicão Xukuru, pode ser considerada “fundamental no estabelecimento da ordem política Xukuru” do final dos anos 1980 em diante²³.

²² Vale lembrar que essa não foi a única iniciativa coletiva dos Xukuru visando a “retomada” de seu território. Conforme Silva (2008), relatos orais de lideranças da etnia mostram que houve uma primeira tentativa no ano de 1964, quando os Xukuru apoiaram a ação das Ligas Camponesas e chegaram a ocupar a área de Pedra D’Água. Contudo, a repressão militar frustrou o movimento, levando, inclusive, algumas lideranças à prisão.

²³ Segundo Kelly Oliveira (2006), até então as lideranças indígenas xukuru, instituídas ainda pelo e segundo os preceitos do SPI, atuaram como “lideranças oficializadas”. Essas lideranças exerciam funções burocráticas, assistencialistas e pontuais com a finalidade de controle dos índios pelo Estado.

Outro aspecto a ser associado é o fato de que “os Xukuru perceberam que o poder de garantir suas terras através do reconhecimento de sua identidade indígena é dividido com os outros agentes que interagem no seu campo, englobando instituições e indivíduos” (FIALHO, 1998, p. 120). A partir de diferentes incursões junto a órgãos governamentais em busca de recursos, os Xukuru foram se apropriando de elementos presentes em instituições governamentais com o intuito de se beneficiarem e, assim, foram gradativamente “aprendendo” a reagir (OLIVEIRA, K., 2006), frente à sua posição dominada no campo macro e micropolítico no qual seus interesses estavam em jogo.

Também aqui, como já referido com relação aos indígenas no Nordeste em seus processos de territorialização, a identidade étnica faria a diferença na garantia de direitos, particularmente do direito a terra. Nesse processo, o capital étnico – capital cultural incorporado - vai sendo gradativamente objetivado por meio dos rituais do toré, através dos quais os Xukuru fazem operar o *habitus* do grupo, que pode ser associado a incorporações de princípios gerados em sua relação com o regime tutelar e com a sociedade envolvente. É nesse sentido que Fialho (1998) observa a representação social do toré para os Xukuru, que, embora esteja presente em sua memória coletiva, transcendendo tempo e espaço, é em momentos cruciais que se revela como estrutura demarcadora e diferenciadora, reelaborada subjetivamente a partir de critérios externos e condições objetivas.

A identificação e a delimitação da terra indígena Xukuru ocorreu em 1989 (NEVES, 2005), e dos anos 1990 em diante os índios passaram a se autodenominar Xukuru do Ororubá, para não serem confundidos com outro povo indígena do Estado de Alagoas, denominado Xukuru habitante em Palmeira dos Índios (SILVA, 2008).

Utilizando como estratégia acampar em grupo nas estradas e matas, a “retomada” intensificou as mobilizações de ocupação das áreas abertas e sedes de fazendas. Durante o processo de ocupação, houve resistência por parte dos posseiros e fazendeiros locais, mesmo depois do decreto de homologação das terras (SILVA, 2008). Esses movimentos de mobilização, no entanto, acirraram os conflitos, culminando com o assassinato do líder Xukuru, o cacique Chicão (SILVA, 2008). Foi

apenas em 2001 que ocorreu a publicação do decreto de homologação das terras Xukuru (NEVES, 2005).

A garantia de suas terras e o direito de usufruir dela segundo seus próprios princípios organizativos, culturais e sociopolíticos é considerada uma conquista inseparável da construção da identidade Xukuru e da legitimação de seu capital cultural e político. A homologação de suas terras é ainda importante para sustentar publicamente sua etnicidade, contudo a manutenção e, quiçá, uma eventual ampliação, do seu território faz parte de uma luta interminável, pois ele não se reduz a uma delimitação geográfica e juridicamente estabelecida. Antes, conforme destaca Gallois (2013, p. 41), “o território remete à construção e à vivência, culturalmente variável, da relação entre uma sociedade específica e sua base territorial”.

Na perspectiva dos Xukuru, a terra e o território são reelaborados nesse processo e, tanto simbólica quanto politicamente, se articulam com a própria identidade dos Xukuru. De fato, conforme percebido por Fialho (2003), o “Território Xukuru”

[...] é construído por uma confluência de significados. Ao acionar sinais diacríticos relacionados à religiosidade, à produção de cultura material, ao reavivamento de sua língua e ao estabelecimento de organizações que atentem para a especificidade de ser Xukuru, definem os limites que os destacam da população rural como um todo (FIALHO, 2003, p. 172).

A experiência das retomadas e a morte do cacique mobilizaram amplos setores da sociedade e, como efeito reverso, acentuou a disputa e fortaleceu a organização sociopolítica dos Xukuru, os quais expandiram o escopo de suas reivindicações para o campo mais amplo das políticas públicas, tais como educação e saúde.

A organização sociopolítica do povo Xukuru foi descrita por Gonçalves (2008), baseada no referencial da Reprodução Social de Juan Samaja.

Na *Reprodução Societal*, a autora identificou as tradições, cultura e saber Xukuru, representados pela presença da figura do cacique e do pajé; este coordena a pajelança, ritual no qual ocorre a incorporação dos Encantados de Luz²⁴. O pajé é quem domina - embora não seja o único especialista nativo - as práticas

²⁴ Os Encantados de Luz são espíritos “iluminados” dos mortos, que, na tradição xukuru, guiam as decisões do cacique.

terapêuticas baseadas na manipulação de plantas extraídas da mata. Os Xukuru consideram o pajé um “enfermeiro natural”, que cura através de rezas e das ervas medicinais, algumas delas só ele conhece (CENTRO DE CULTURA LUIZ FREIRE, 2000).

Trata-se de um conjunto de saberes que se configura num poder que se expressa como capital cultural ativo no campo da saúde indígena. Nesse campo a disputa por essa espécie de poder simbólico se revela nos diferentes modos do seu exercício, como por exemplo, o resguardo de certos “segredos” a respeito da manipulação das plantas “da mata”. O conhecimento exclusivo garante o domínio político interno no contexto de disputas entre as lideranças Xukuru, e o poder simbólico, frente a relação destas com gestores e profissionais que interagem no micro campo da atenção à saúde.

Essa dimensão das relações de poder também pode ser encontrada no âmbito das expressões religiosas dos Xukuru, vinculadas profundamente à relação com a natureza. Para esses índios, a natureza é sagrada e dela vem a força que alimenta a vida, devendo ser partilhada de forma coletiva, de modo a garantir a qualidade de vida de todas as gerações. A Natureza é representada por *Tamain*, revelação divina feminina, e *Tupã*, revelação divina masculina. Essas divindades são representadas no Toré que é dançado em todas as comunidades, não apenas como divertimento, mas também para a transmissão de traços culturais e fortalecimento político da etnia (NEVES, 2005). A terra representa um espaço importante de interação do indígena com a divindade, com a cultura, com a fonte de alimento e de vida.

Na *Reprodução Ecológico Político*, onde Gonçalves (2008) identificou o Conselho de Liderança, a Associação Xukuru, a Assembleia Xukuru, o Conselho de Professores Indígenas Xukuru do Ororubá (COPIXO), o Conselho de Saúde indígena Xukuru do Ororubá (CISXO) e a Pós-Assembleia dos Jovens, pode-se claramente observar o capital político acumulado por esse grupo étnico em sua trajetória histórica. E nas Instituições que historicamente interagem com a etnia, como a FUNAI, CIMI, CENTRO CULTURAL LUIZ FREIRE, CENDAP, FUNASA, UFPE, UFRPE e, mais recentemente, o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), pode-se identificar o capital social.

O Conselho de Liderança é constituído pelo cacique, pajé e representantes das aldeias. A referida autora observa a participação ativa das mulheres na organização sociopolítica Xukuru. De fato, segundo Piani (2004), as mulheres estão representadas no Conselho de Lideranças, na Comissão Interna, no Conselho de Professores e de Saúde. Como também são presença massiva em cursos de capacitação na área de saúde.

As decisões são tomadas em assembleia ou pelos conselhos e os encaminhamentos cabem a uma Comissão Interna. Criada em 1992 pelo cacique Chicão, a Comissão Interna tem autonomia para resolver os problemas mais urgentes da comunidade, sem precisar esperara as reuniões mensais do Conselho de Lideranças. Essa Comissão também tem papel importante no controle social do grupo, bastante útil no tempo das “retomadas”, conforme refere Kelly Oliveira (2006, p. 126)

O controle social através da Comissão Interna facilitou o trabalho de organização política do grupo, ao mesmo tempo em que ampliou o controle social, em uma rede cada vez mais complexificada de relações de poder.

Para representá-los oficialmente no campo político de articulação de políticas públicas mais amplas, os Xukuru criaram em 1991, a Associação do Povo Indígena Xukuru, que permanece ativa até os dias atuais. Por meio dela, adquiriram um veículo F-4000, transporte que facilita a ligação entre as aldeias e agiliza, em algumas situações, a condução do povo. A Associação posteriormente possibilitou ao grupo contratar advogados para solucionar problemas de menor complexidade no território, permanecendo os processos judiciais relativos às retomadas e ameaças de morte sob a condução do CIMI, que trabalhava paralelamente à Funai, exercendo uma espécie de “tutela informal”. (OLIVEIRA, K., 2006).

Em consonância às alternativas de ampliação de suas opções políticas frente ao processo de territorialização (OLIVEIRA, J., 2006), os Xukuru realizam assembleias anuais desde 2001, no período de 17 a 19 de maio, com enfoques modificados ano a ano, refletindo os diferentes momentos, ou “dramas sociais”, na linguagem de Neves (2005), por que este povo vem passando. Os Xukuru passaram a organizar

essas assembleias dois anos após iniciarem o “ritual de 20 de maio”²⁵, em 1999, que consiste num ato de protesto pela morte do cacique Chicão, em 1998. A crescente presença da temática da saúde nessas assembleias revela o aumento da preocupação dos Xukuru no campo da saúde, tanto relativas à gestão quanto às práticas de saúde realizadas no território.

Nesse aspecto, pode-se afirmar, como Kelly Oliveira (2006), que o funcionamento exitoso da organização política Xukuru foi resultante da (e ao mesmo tempo determinante para a) ampliação do escopo de suas preocupações, aumentando suas responsabilidades em outros campos:

A saúde e a educação passaram a necessitar de maior atenção do grupo, bem como a questão da segurança e participação em encontros com outros povos. A interlocução com ONGs, que auxiliavam através de projetos de desenvolvimento, também vinha crescendo e os Xukuru foram ganhando notoriedade dentro do Estado (OLIVEIRA, K., 2006, p. 125)

No que tange ao *20 de maio*, este é muito mais do que um ato de protesto e uma expressão do capital político dos Xukuru. Trata-se igualmente de um capital simbólico. Segundo Neves (2005, p. 115), esse movimento consiste numa “construção cultural”, significando, por conseguinte, que se trata de um evento central para os Xukuru, uma tradição construída, que implica “valorizar a criação contínua de significados, valores e práticas sociais”. Se de um lado esse evento rememora a morte de uma das maiores lideranças indígenas do Nordeste, de outro, se trata de um ato cujos aspectos mais evidentes, segundo a autora citada, são a superação das dificuldades, o fortalecimento da identidade étnica e a demonstração pública de coesão social. O capital simbólico se traduz, nesse ato, em capital político, que se atualiza e se fortalece a cada ano de sua realização.

As assembleias anuais, como também o *20 de Maio*, funcionam, no campo mais amplo de lutas dos Xukuru, como estratégias e instrumentos de poder, que refletem, como ação política intencional, uma tomada de posição dos agentes indígenas

²⁵Iniciado em 1999, em memória da morte do cacique Chicão, o “20 de Maio” é um ato público realizado anualmente pelos Xukuru na cidade de Pesqueira. Todos os anos a Assembleia Anual Xukuru, realizada uma semana antes do dia 20 de maio, culmina, nesse dia, com uma marcha que desce do território indígena até o local da cidade onde o ato é realizado.

frente às estruturas objetivas do campo, com o fim de alcançar seus objetivos. Constituem ainda características da participação desses agentes nas relações objetivas estabelecidas com os demais agentes do espaço social, sob os auspícios dos interesses que disputam. De fato, as assembleias denotam o acúmulo de capital dos Xukuru desde o princípio de sua organização sociopolítica:

é por si só um momento em que se consegue visualizar o alcance da organização política do grupo onde, além dos Xukuru, encontram-se lideranças políticas de diversos povos do Nordeste, representantes de ONGs, universidades, pesquisadores e até mesmo políticos, como o deputado federal Fernando Ferro (Partido dos Trabalhadores - PE), que já esteve presente por mais de uma vez na manifestação de 20 de maio (OLIVEIRA, K., 2006, p. 134).

O Conselho de Professores Indígenas Xukuru do Ororubá (COPIXO) também é um elemento integrante da organização sociopolítica e cultural. Segundo Gonçalves (2008), esse Conselho administra a rede escolar da etnia, que é constituída por 41 escolas distribuídas ao longo da área demarcada, composta por 221 profissionais entre professores e outros membros. Existe apenas uma escola de nível médio que se localiza na Região socioambiental da Serra e as demais abrangem o nível fundamental de ensino. A etnia conta com professores exclusivamente índios que atuam da primeira a oitava séries. Identifica-se aqui, entre os Xukuru, a primeira das alternativas conforme classifica João Oliveira (2006), dos indígenas frente ao regime tutelar, os “índios funcionários”. Contudo, destaca-se que esta, para além de se constituir numa prática “clientelista”, pode ser compreendida como estratégia de acesso ao capital burocrático e simbólico que as funções no serviço público podem proporcionar, e efetivamente proporcionam. Por outro lado, o vínculo com os detentores desse capital- que também é político - ocasiona uma transferência de capital para o polo dominado do campo: no caso da saúde, os indígenas usuários dos serviços.

O Conselho de Saúde Indígena Xukuru do Ororubá (CISXO) – Conselho Local – criado em 2000, discute e participa do planejamento e da avaliação acerca das ações de atenção à saúde prestadas na etnia. Sua atuação ocorre de forma que garanta a participação de todas as lideranças das aldeias. Esse é um espaço que originalmente tem funções políticas importantes junto ao Conselho Distrital, mas não possui caráter deliberativo. Nesse caso, a ausência - por determinação da própria lei (Decreto nº 3156/99) (BRASIL,1999b) - de agentes representantes do órgão gestor

enfraquece o potencial desse colegiado como dispositivo de poder, que, no caso dos Xukuru, conta atualmente apenas com a participação de lideranças e alguns trabalhadores indígenas da saúde.

De modo que as reuniões do CISXO resumem-se a resolução de problemas burocráticos relativos à atuação das equipes de saúde e discussão de problemas na gestão do sistema cujas respostas são frequentemente adiadas ou as reivindicações são “contornadas” pelas próprias lideranças das aldeias, que, crendo-se impotentes, passam, em algumas ocasiões, a reproduzir o discurso legitimante do órgão gestor. No setor atinente à política de saúde também é possível verificar, entre os Xukuru, a presença de “índios funcionários”, sobretudo no que se refere ao quadro de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que, por definição, é composto apenas por indivíduos indígenas. No quadro de funcionários de “nível superior”, identifica-se atualmente um enfermeiro xukuru, que ocupa concomitantemente o cargo de Coordenador Técnico da EMSI, e uma assistente social, que é responsável pela interlocução com a Secretaria Municipal de Saúde de Pesqueira e de outros municípios, para fins de agendamento de exames e consultas na rede SUS.

No que se refere às instituições, destacam-se a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, apesar de ser o órgão oficial responsável pela execução de políticas indigenistas, pouco interage com os outros atores que agem no campo da atenção à saúde no território Xukuru.

Também se pode destacar o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), que desde os anos 1980 assessora os Xukuru. O CIMI possui uma inspiração evangélica-teológica-pastoral e suas ações são realizadas por meio de missionários e advogados que prestam assessoria política e jurídica. O Centro de Cultura Luiz Freire (CCLF) também consiste num ator importante junto aos Xukuru, apoiando na assessoria do Projeto Escola de Índio, que compreende acompanhamento e formação de professores indígenas na área de capacitação pedagógica e nas discussões, elaboração e acompanhamento de políticas públicas para educação escolar indígena. A Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) está representada por um professor e sua equipe, que desenvolve pesquisa na etnia há mais de 20 anos, com diversos artigos publicados. Além disso, presta assessoria na formação

de professores/as Xukuru e promove discussões, visitas e pesquisas individuais e de grupos de alunos/as na área indígena.

Mais recentemente, destaca-se a presença do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (FIOCRUZ/CPqAM), que vem desenvolvendo projetos de pesquisas em saúde na TI Xukuru e apoio político nas assembleias anuais e no “20 de Maio” desde o ano de 2007. Um trabalho de pesquisa-ação realizado por pesquisadores da Fiocruz, em conjunto com a Universidade de Pernambuco (UPE) e a UFPE (BRITO; ALBUQUERQUE; SILVA, 2013) recentemente, trouxe à tona questões importantes para a saúde na etnia, relativas ao papel político dos AIS e à construção de ações educativas pautadas nos princípios da educação popular em saúde.

Esse conjunto de meios e recursos de poder (capitais) que se verifica no universo que cerca e de algum modo determina as práticas dos Xukuru pode se traduzir em potenciais estratégias de viabilização de políticas públicas - no caso em tela, de saúde -, dirigidas às suas necessidades, num contexto de relações de poder que pressupõe a capacidades dos indivíduos e/ou coletivos de agir autônoma e racionalmente em busca de seus interesses.

4.3 O acesso à saúde sob a ótica das relações de poder: o campo da saúde e as estratégias indígenas

4.3.1 *Modelo de análise*

Conforme já mencionado, o acesso à saúde tem sido analisado de modo relativamente restrito, vez que os modelos utilizados não comportam a complexidade da realidade social concreta expressa nas práticas dos “agentes em relação”.

Em estudo anterior realizado por Azevedo (2007), foi observado que muitos dos elementos socioculturais e políticos associados ao acesso à saúde não puderam ser melhor explorados em face da limitação teórico-metodológica do estudo, posto que a abordagem utilizada não permitia alcançar níveis mais elevados de reflexão. Essa limitação, no entanto, foi um estímulo à exploração de novos horizontes teóricos, particularmente daqueles atinentes ao campo das Ciências Sociais. Assim, o estudo

da sociologia de Pierre Bourdieu surgiu como uma possibilidade (entre tantas outras) de analisar o fenômeno (concreto) do acesso à saúde na medida em que a compreensão do universo - social, cultural, étnico, político e simbólico - dos indígenas no Nordeste, especialmente dos Xukuru, foi se ampliando.

A apropriação gradativa dos conteúdos que dão corpo e substância ao universo sociopolítico e simbólico dos Xukuru exigiu, por outro lado, uma ampliação teórico-metodológica dos modelos de análise hegemônicos, face às características distintas dessa população. Assim, a aproximação com os “Guerreiros do Ororubá” – sua história de lutas pelo território, sua etnicidade, o universo simbólico e político de seus rituais – indicou o caminho da busca metodológica, que encontrou em Bourdieu uma chave teórica com a qual a complexidade do acesso à saúde como fenômeno histórico-social pudesse ser desvendada e analisada.

O campo bourdieusiano se estrutura como um “estado da relação de força” entre os agentes ou instituições nele inseridos, que competem distribuídos a partir do capital que acumularam em lutas anteriores, e que lhes orienta as estratégias seguintes (BOURDIEU, 2003). O poder dos agentes vai depender das posições que ocupam no campo, do capital adquirido e acumulado ao longo de suas trajetórias históricas (individuais e coletivas), bem como do *habitus* que os especifica e determina de algum modo suas formas de pensar e agir no mundo.

A saúde como um “campo social” é uma ideia que se formaliza em 1974, no *Relatório Lalonde* (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). De modo pragmático, esse relatório, que lança as bases para o movimento de promoção da saúde, caracteriza o campo da saúde tipificando-o em quatro eixos: i) a “biologia humana”, que se refere aos ciclos de vida, do nascimento à adolescência, da maturidade ao envelhecimento, além de biosistemas complexos e herança genética; ii) o “sistema de organização dos serviços”, contemplando as redes institucionais de cuidado, compreendendo componentes de recuperação, curativo e preventivo; iii) o “ambiente”, definido de um modo amplo e abrangente, que envolve o social, o psicológico e o físico; iv) o “estilo de vida”, considerando padrões de consumo e comportamentos de risco, atividades de lazer, participação política, emprego e riscos ocupacionais.

Na concepção de Almeida Filho (2011), o “campo da saúde” se refere, ao mesmo tempo, a esta perspectiva pragmática do *Relatório Lalonde*, e, no universo teórico, à perspectiva bourdieusiana de campo, isto é, como

o espaço social em que sujeitos aplicam conhecimentos e operam tecnologias ancoradas em conjuntos articulados de instituições e redes sociais organizadas para reproduzir saberes e produzir práticas de saúde [...]. Espaço de saberes interdisciplinares e multiculturais e não propriamente como disciplina científica²⁶ (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 111).

Assumindo-se essa perspectiva, o campo da saúde adquire as propriedades que Bourdieu (BOURDIEU, 2004b; 1996; BOURDIEU; WACQUANT, 2008) atribui às estruturas do campo como “espaço social global”, sendo elas:

1) *As relações de força* entre os agentes ou as instituições envolvidas na luta (usuários, profissionais, gestores, prestadores, em todos os níveis da política, as instituições normatizadoras/prescritoras e as instituições formadoras). Essa propriedade se objetiva nos conflitos permanentes de natureza político-ideológica (com reflexos importantes no financiamento e na distribuição dos recursos) inerentes a todos os processos da política de saúde, desde sua formulação e planejamento até sua execução e avaliação;

2) *os interesses implicados*. São diversificados os agentes e as instituições que atuam no campo da saúde, conforme a conceituação de Almeida Filho (2011), sendo igualmente diversificados os interesses nele implicados. Nesse campo de forças os agentes disputam pela hegemonia de modos determinados de pensar, formular, gerir, executar e avaliar a política de saúde e as práticas sanitárias, como também desenvolvem estratégias para a produção e reprodução de sua estrutura básica, isto é, das leis e normas que configuram o campo, segundo seus interesses. Um exemplo contemporâneo dessa relação de forças (dentre muitos possíveis), no caso da saúde indígena, pode ser considerada a publicação da portaria que criou, em 2010, a Secretaria de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SESAI), no âmbito do Ministério da Saúde. Retirando a gestão

²⁶ Almeida Filho distingue o “campo da saúde” (definido conforme já descrito acima) do “campo da saúde coletiva”, cuja “delimitação provisória” o coloca como um “campo de pesquisa, de formação acadêmica e profissional e de transformação de um espaço de práticas sociais especificamente voltadas para lidar com fenômenos, desenvolver conceitos, produzir conhecimentos, aplicar técnicas” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 113).

das mãos da FUNASA e garantindo autonomia administrativa e financeira aos DSEI, esta consistiu numa reivindicação dos indígenas que remonta à realização da primeira Conferência Nacional de Saúde desses povos, em 1986, não por acaso, o mesmo ano de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. As lutas e embates em torno dessa mudança foram longos e penosos, em cuja trajetória se registram as pelepas políticas travadas entre a FUNAI e a antiga FNS, com repercussões seríssimas para o microcampo das práticas de saúde, conforme registram Santos et al. (2008).

A amplitude diversificada que caracteriza o campo da saúde determina - ao tempo que é determinado por ela - a heteronomia de sua natureza, ou seja, o grau de vulnerabilidade que possui frente aos outros campos do espaço social, tais como o campo econômico, político, social ou científico. De fato, segundo Bourdieu (2004b), a heteronomia de um campo se manifesta essencialmente pelo fato dos problemas exteriores lhe afetarem diretamente, em especial os problemas políticos, como é o caso da saúde, conforme se observa no trabalho de Escorel (1999), que também sofre influências diretas do campo econômico e social. Esse aspecto está particularmente associado ao fato da saúde constituir-se, como política pública, em uma política social, portanto inscrita, conforme explica Fleury e Ouverney (2008) no âmbito dos direitos inerentes à condição de cidadania, o que significa dizer que é determinada historicamente no espaço das relações políticas entre o Estado e a Sociedade.

Do ponto de vista econômico, referido ao âmbito da produção e do consumo, o campo da saúde reflete a natureza de uma sociedade que é globalmente de consumo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2009). Assim, na lógica de mercado, esse é igualmente um campo de produção e consumo de produtos e serviços (as ações de saúde), que, apesar de expressar as necessidades (e não raras vezes os interesses econômicos) de grupos dominantes da sociedade, gradativamente, vão fazendo parte, por meio da dominação simbólica, do conjunto de “necessidades necessárias” dos outros indivíduos e grupos (MENDES-GONÇALVES, 1992)

Cabe destacar, ainda, que o campo da saúde no Brasil historicamente mostrou-se articulado às determinações mais gerais do modo de produção adotado no país em seu processo histórico, reproduzindo um certo tipo de estrutura econômica, política e social (CAMPOS, 1991; DONNANGELO, 1976)

Nesse sentido, o conjunto de interesses nesse campo envolvem disputas relacionadas a ações técnicas, estratégias políticas e organizacionais, a recursos financeiros e a diferentes saberes e sistemas terapêuticos.

Finalmente, resta esclarecer, de acordo com Bourdieu (2003, p. 121), que

todas as pessoas que estão acometidas num campo têm em comum um certo número de interesses fundamentais, a saber, tudo o que está ligado à própria existência do campo: daí uma cumplicidade objetiva que está subjacente a todos os antagonismos.

Assim, os enfrentamentos dos agentes no campo não se dão de modo inconciliável, como se o “contraditório” nos interesses envolvidos não tivesse uma natureza dialética e articulada à lógica do campo à qual se submetem e sobre a qual estão de acordo;

3) as *regras do campo* - implícitas e explícitas – evidenciam-se por meio do arcabouço jurídico-legal do Sistema Único de Saúde e do subsistema de saúde indígena e das diversas normas operacionais, estratégias políticas (*lobbies*, por exemplo), normas regulatórias, que dão forma e conteúdo à política de saúde, cuja repercussão reflete no *modus operandi* do microcosmo das práticas sanitárias. Também se incluem aqui outras regras não formais, como a supremacia médica e da biomedicina sobre qualquer outra forma de medicina;

4) *posição dos agentes* como dominantes, podendo ser indicados as corporações médicas, os médicos e demais categorias profissionais, gestores, entre outros) e dominados (usuários, categorias profissionais menos valorizadas na divisão técnica do trabalho, como técnicos auxiliares e Agentes Indígenas de Saúde);

5) *capitais ativos*, tais como o a) *capital econômico* - capital eficiente nesse campo em face das dificuldades que o sistema de saúde público apresenta no

cotidiano da oferta, distribuição e utilização dos serviços de saúde, levando a que altas somas de recursos das famílias sejam despendidas nesse setor (VIACAVA, 2010); b) *capital social* - de importância cabal no que se refere à saúde pública brasileira, tendo em vista que uma rede de relações pode servir (e efetivamente tem servido) de estratégia para o acesso às ações e serviços que, apesar da universalidade e gratuidade do acesso determinado na lei, com frequência não são ofertados com a suficiência de que se necessita (SANTOS, MANESCHY; ESPÍRITO SANTO, 2010; SILVA FILHO et al., 2010); c) *capital cultural* - em suas três formas (incorporado, objetivado e institucionalizado), constitui um capital extremamente ativo nesse campo, entre outros fatores, porque as práticas da saúde pública têm se pautado em relações de hierarquia de saberes e de cultura, nas quais o sistema terapêutico médico se coloca como hegemônico e superior aos outros sistemas terapêuticos de cuidado.

Conforme já afirmado neste estudo, Yañez (1995) apresenta uma ressalva quando à ideia de cultura em Bourdieu. Contudo, em consonância com Bonnewitz (2006), na perspectiva de sua teoria da dominação simbólica, este autor reconhece que a posição de dominação em que os agentes com culturas distintas (não legitimadas pela classe dominante) se encontram no espaço social apresenta-se como elemento de exclusão social, uma violência simbólica, posto que, a exemplo do processo educativo (BOURDIEU; PASSERON, 1996), não se reconhece a distintividade de seu *habitus*.

Trata-se de um aspecto essencial, pois os “detentores da competência legítima” no campo da saúde – médicos, em primeiro lugar, e, secundariamente, os demais profissionais do setor, e os gestores - , em função da manutenção e acúmulo do capital simbólico que essa competência lhes proporciona, tendem a desclassificar e desautorizar qualquer tipo de terapêutica considerada “espontaneísta”:

O profissional tende a ‘odiar’ o ‘leigo vulgar’, enquanto profissional [...]. Ele está pronto a denunciar todas as formas de ‘espontaneísmo’ [...] capaz de despossuí-lo do monopólio da produção legítima de bens e serviços (BOURDIEU, 2004a, p. 182).

Cabe incluir ainda, como capitais ativos, o capital político e o capital étnico. O capital político revela-se um capital simbólico importante em face do processo histórico de construção do SUS, bem como do poder político adquirido e acumulado pelo movimento social nesse processo - incluindo aqui o movimento indígena e indigenista - que culminou num fortalecimento da participação política da sociedade no sistema de saúde brasileiro, conforme relata Escorel (1999).

O capital étnico nesse campo se mostra uma propriedade duradoura ligada à origem dos Xukuru, estruturalmente vinculada à constituição do subsistema de saúde indígena, cujas características, ao menos em tese, buscaram se aproximar das características que distinguem esse povo. De ignorados, negados, os indígenas brasileiros, e, particularmente os indígenas do Nordeste, passaram a ser reconhecidos com a Carta Magna de 1988, e, assim, inseridos na condição de cidadania conferida desde então a todos os demais brasileiros. É que, de acordo com Bourdieu (2007, p. 118), “o mundo social é também representação e vontade, e existir socialmente é também ser percebido como distinto”.

Por fim, no microcosmo do campo da saúde onde se dá a produção do cuidado, o acesso à saúde pode ser considerado um capital particular, que, somente (e somente só) agregando todos ou alguns dos capitais ativos no campo (como se fora um capital “composto”), consiste no “poder de acessar a saúde”. E nessa condição, por meio de qualquer sistema terapêutico (dominante ou desautorizado), os usuários (agentes posicionados na condição de dominados) adquirem o status de participantes do processo de produção da saúde como agentes livres e atuantes nesse espaço que é um campo de força movido por interesses conflitantes.

Ao tempo que é um capital dito “composto”, que confere poder a quem o possui, o acesso também se configura numa relação social, no sentido em que sua existência é determinada pela estrutura do campo da saúde, em que se circunscreve e no qual se torna objeto de disputa. Essa perspectiva coaduna com a perspectiva de Yàñez (1995) segundo a qual o capital, visto sob a ótica

do espaço social, deve ser compreendido conforme seu volume, sua estrutura e sua trajetória no campo;

6) *os habitus dos agentes*, uma vez que suas disposições e práticas são inseparáveis das condições sociais e econômicas objetivas de sua produção. Assim, as tomadas de posição (postura dos agentes) e suas práticas são inseparáveis de sua trajetória de oportunidades dentro do campo. Por outro lado é o *habitus*, como sistema de disposições duráveis e transponíveis, como princípios geradores e organizadores de práticas, que vai os orientar quanto ao modo de agir em face das possibilidades reais ou potenciais de respostas às suas necessidades. Pode-se afirmar, com Bourdieu, que a ação dos agentes frente às possibilidades de acesso à saúde segue essa mesma lógica, que está fundada nas experiências passadas:

caso se observe regularmente uma correlação muito estreita entre as *probabilidades objetivas* cientificamente construídas (por exemplo, as possibilidades de acesso a este ou àquele bem), e as *esperanças subjetivas* (as “motivações” e as “necessidades”) não é porque os agentes ajustem conscientemente suas aspirações à uma avaliação exata de suas chances de êxito [...]. Em realidade [...], as disposições duravelmente inculcadas pelas possibilidades e impossibilidades, liberdades e necessidades, facilidades e impedimentos que estão inscritos nas condições objetivas [...] engendram disposições objetivamente compatíveis com essas condições (BOURDIEU, 2011a, p. 89).

Essas “antecipações do *habitus*, hipóteses práticas fundadas nas experiências passadas”, não passando pelo crivo das regras rigorosas do cálculo, acabam por superestimar as primeiras experiências, ignorando, desse modo, a possibilidade de que as condições objetivas possam ter se modificado.

Em face das características apresentadas em páginas anteriores, no intuito de identificar o campo da saúde, os seguintes aspectos estão incluídos na análise: agentes envolvidos (usuários, gestores, trabalhadores), tipos de capitais que possuem (cultural, étnico, econômico, social, político), interesses envolvidos (oferta, demanda, utilização), espaços ocupados pelos agentes (cargos que ocupam, influência sobre os outros etc.), instrumentos utilizados no exercício do poder (técnicas discursivas, convencimento, uso de determinados capitais, etc.), estruturas objetivas das relações entre as posições ocupadas pelos agentes (modo como as relações se estabelecem ou se estabeleceram historicamente),

habitus dos agentes (diferentes sistemas de disposições adquiridos pela internalização das condições sociais e econômicas que no campo encontram condições favoráveis para se concretizarem). As relações de poder são a base na qual se buscará identificar o comportamento dos sujeitos frente às possibilidades reais ou potenciais de (acumular o) acesso à saúde.

A figura 5 ilustra um esquema sintético da análise. Conforme se observa, no centro do esquema estão o que aqui se denominou “fatores dinâmicos”, núcleo no qual se originam os conflitos que evidenciam os obstáculos na obtenção da atenção à saúde que se deseja. Esses fatores são o que se poderia chamar de desencadeadores do conflito, uma vez que a presença de qualquer deles pode ser considerada determinante para desestabilizar a relação entre os agentes envolvidos no processo. Na parte superior do círculo intermediário encontram-se os usuários e suas organizações, que, de acordo com suas posições no campo e os capitais que possuem, utilizarão determinados recursos de poder para garantir a atenção de que necessitam. Na parte inferior encontram-se os sistemas de atenção à saúde (este elemento também representa a materialidade da política de saúde), onde se situam os obstáculos. Nas laterais, representando os demais agentes presentes no campo, estão os trabalhadores e os gestores/provedores e demais órgãos que compõem o sistema (Conselhos de Saúde, Comissões temáticas, fóruns setoriais). Todos os elementos do campo, conforme indicam as setas, estão inter-relacionados, conformando um espaço de relações de força e de luta, no qual o poder circula e se atualiza de diferentes formas, dando configurações diferenciadas ao processo de busca e utilização da atenção.

Os círculos representam também os níveis de análise. Os círculos internos, propositalmente pontilhados, referem-se (no caso do menor) ao nível da execução da política (microcampo da atenção à saúde) e, no caso do intermediário, ao nível relativo ao espaço das instituições, que mediam as relações entre o nível macro e micro. O maior delimita o espaço da política macro, que envolve os níveis decisórios, normativos, prescritivos do sistema de saúde.

O círculo menor, que se refere ao nível da execução da política, da produção do cuidado, o dia a dia, o cotidiano dos serviços de saúde, é o nível que, em face dos

obstáculos no acesso (fatores dinâmicos), dinamiza o sistema e desencadeia os processos nos níveis superiores.

Esses são espaços de poder diferenciados, porém inter-relacionados, nos quais os agentes agem, posicionados de acordo com os capitais que possuem.

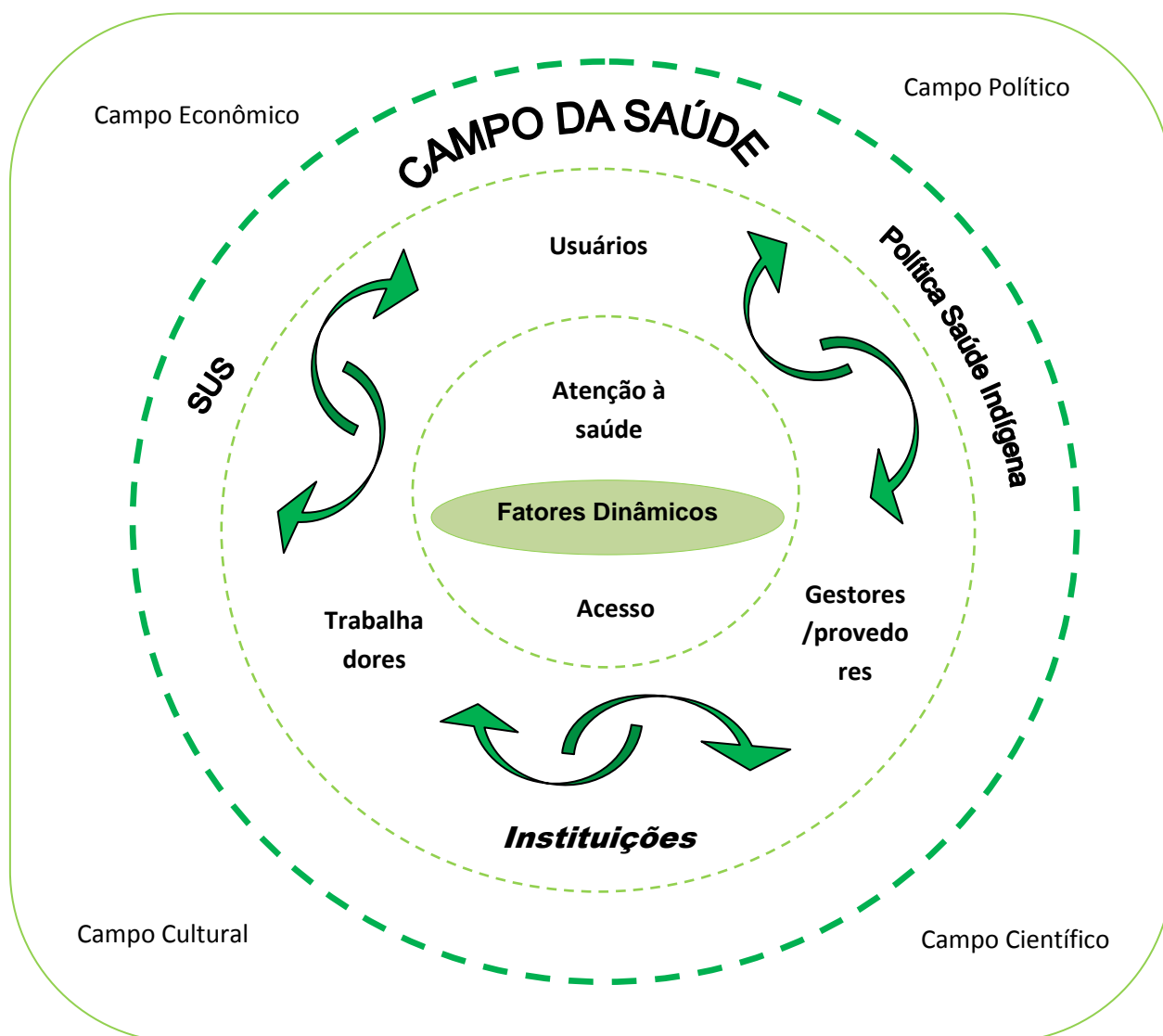


Figura 5 - Esquema Analítico.
Fonte:elaborado pela autora.

Importa neste estudo analisar, em face dos fatores dinâmicos - relativos aos aspectos sócio-espacial, organizativo, cultural e econômico, como as relações entre os agentes se travam e como o *habitus* e sua posição, relativamente ao capital que

possuem no campo, afetam o acesso aos serviços ou ações de saúde de que necessitam.

Tais fatores dinâmicos, à luz das dimensões já convencionadas na literatura especializada sobre o acesso à saúde, conforme já discutido no capítulo 1, são aqui introduzidos como categorias analíticas que refletem as condições objetivas nas quais os serviços e ações de saúde são buscados e utilizados pelos indígenas.

Nesta perspectiva, o quadro 2 especifica os “Fatores Dinâmicos” de análise.

Fatores Dinâmicos (Obstáculos)	Condições Objetivas de Análise
Sócio-espacial	Distância entre a população e os recursos de saúde: necessidade de transporte, existência de morros, serras, estradas acidentadas; modo de gestão e ocupação do território.
Organizativos	<ul style="list-style-type: none"> - demora na obtenção da consulta, tipo de marcação e horário, turnos de funcionamento; - forma de organização dos processos de trabalho, acolhimento, conforto. -Demora para o atendimento na sala de espera da unidade de saúde; -Demora para a realização, e a entrega dos resultados, dos exames laboratoriais.
Culturais	Aspectos relativos às crenças, tradições e valores dos usuários em relação aos outros agentes; diferenças entre os saberes acerca da saúde e da doença e de sistemas terapêuticos; participação e controle social.
Econômicos	Consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência: gastos com transporte, redução da renda em função do tempo despendido; baixa na produção agrícola e na colheita, devido à redução da mão de obra; <ul style="list-style-type: none"> -custo do tratamento: compra de medicamentos e de insumos, despesa com exames, pagamento de consultas particulares ou cirurgias.

Quadro 2 – Quadro de Análise. Fatores Dinâmicos, Condições Objetivas de Análise.

Fonte: elaborado pela autora. Baseado em Bourdieu (1996, 2004a, 2004b); Bourdieu;Wacquan (2008); Donabedian (1984).

4.3.2 Relações de poder na experiência cotidiana do acesso à saúde indígena

4.3.2.1 condições objetivas relativas a fatores sócio-espaciais²⁷ do acesso

A distribuição de responsabilidade sanitária das equipes de saúde dentro do território indígena está definida a partir das regiões socioambientais (Serra, Ribeira e Agreste), sendo uma equipe para cada uma dessas regiões, conforme já discutido anteriormente. Em face do alto número de usuários em cada região, e das dificuldades de deslocamento dos profissionais, as equipes organizam-se de modo a prestar assistência médica uma vez por mês em cada uma das 24 aldeias, que são microterritórios criados pelos Xukuru durante o processo de retomada. Ocorre que alguns relatos afirmam haver situações em que a distância entre os domicílios e o local de atendimento das equipes é considerada muito grande, como foi o caso relatado por um AIS: “o atendimento para alguns domicílios tem uma distância de oito ou nove quilômetros” (informação verbal)²⁸.

A geografia das áreas indígenas é um problema de longa data no plano da execução de serviços de saúde. Dificuldades desse gênero são registradas em diversos estudos, como destacado por Confalonieri (1989), que há muito chamou a atenção para a situação geográfica dos territórios indígenas. Estes possuem características bastante peculiares, com aldeias dispersas e baixa densidade populacional, com implicações negativas para o acesso. Tais dificuldades contribuem para a elevação dos custos da assistência e descontinuidade das ações e programas, como também para a dificuldade de permanência de profissionais, como de resto já se observa

²⁷ O termo “sócio-espacial” (propositalmente grafado separado com hífen) é utilizado neste estudo conforme a aceção de Souza (2007; 2008), para quem o hífen em certos termos técnicos faz toda diferença. No presente caso, ajuda na compreensão de que o termo faz “referência simultaneamente às relações sociais e ao espaço (social) como dimensões da sociedade concreta que, sem se confundirem, são, por outro lado, essencialmente interdependentes”. Ambas as dimensões (relações sociais e espaço) não se confundem ontologicamente, e por isso tampouco se sobrepõem conceitualmente, porque, embora seja um produto das relações sociais, o espaço social pode sobreviver às relações sociais que o geraram, ao menos como substrato material. Souza alerta que “a interpretação ligeira de certas regras, a obediência cega a recomendações de base estética e a analogia acrítica com termos já dicionarizados (como ‘socioeconômico’ e ‘sociopolítico’) são procedimentos arriscados e desaconselháveis, pois podem interferir no trabalho intelectual a ponto de empobrecê-lo. No que tange aos termos sócio-espacial/socioespacial, isso fica bastante evidente” (SOUZA, 2008, p. 161).

²⁸ AIS 01 – Agreste.

entre os Xukuru, onde duas equipes encontravam-se sem os respectivos médicos no período inicial de realização deste estudo.

A questão territorial entre os indígenas, em geral, e, no caso particular, os Xukuru do Ororubá, alimenta-se pelo fato das garantias e manutenção de seus direitos estarem 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. Nesse sentido, não se trata apenas de um espaço geograficamente delimitado, mas de um espaço de relações que, sem desconsiderar os aspectos geográficos, são tanto de natureza política e social, como de reprodução material, cultural e espiritual.

A dimensão territorial constitui, na prática, um campo onde diversos agentes (individuais e coletivos), situados segundo o acúmulo de diferentes tipos de capital (poder), interatuam e se conectam por meio de práticas diversificadas. Assim é que o grau de organização do território pode ser tomado como elemento importante para a solução de problemas. No caso dos Xukuru, a exemplo de questões relativas à saúde, pode-se observar uma certa autonomia do território, ainda que efetivamente as condições de acesso à atenção à saúde se modifiquem muito pouco:

pensando nisso [na distância], já teve algumas vezes que a gente dividiu o atendimento, o atendimento lá em cima, em Bananeira, aí vai, volta pra um ponto mais central [...]. A vacina, agora mesmo, a gente está fazendo isso, a gente está atendendo em três locais: Bananeira, que pega Marabá e Bananeira; aí vem mais pra baixo, que pega Varzinha e Poeira; e depois vem pro final da minha área, que é Tambor (informação verbal)²⁹.

O território também representa espaço de domínio para os Xukuru, onde o poder do cacique, do Pajé e das lideranças se expressa cotidianamente dentro e fora dele. Neste sentido, é lugar de onde se espera segurança, proteção e convivência solidária, conforme se lê no relatório da “VII Assembleia do Povo Xukuru”, realizada no ano de 2007. A questão geográfica relativa às condições objetivas de acesso à atenção à saúde pode ser pensada como elemento problemático, mas a reflexão pode partir do modo como os agentes se apropriam desse espaço e dele extraem sua sobrevivência e os recursos para manutenção de sua saúde.

²⁹ AIS 01 - Agreste.

De fato, 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 Tuan (1983) observa os sentidos de espaço e lugar nas experiências humanas. Para esse autor,

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 (TUAN, 1983, p. 39)

Uma vez que para os Xukuru a terra “é fonte de vida”, a mãe que dá o sustento e a vida, que mantém a “luta em defesa de nossa cultura, tradições e costumes” (CENTRO DE CULTURA LUIZ FREIRE, 2000), os elementos material e simbólico de poder no território se expressam na terra. É a princípios dessa estirpe que os Xukuru se remetem quando dizem: “nós temos aqui remédio do mato [...]”, e, citando diversas espécies de plantas, afirmam: “toda qualidade do mato a gente pega” (informação verbal)³⁰. Esse modo de lidar com o espaço humaniza-o, transformando-o em “lugar”, posto que constitui um centro calmo de valores estabelecidos, o que implica afirmar, por outro lado, a influência da cultura e da experiência na interpretação do meio ambiente (TUAN, 1983).

No caso dos Xukuru, a relação entre cultura e “meio ambiente” de igual maneira se expande, adquirindo também significados simbólicos e políticos. É como se pode interpretar, por exemplo, a ocupação da aldeia Pedra D’água, espaço e lugar pleno de significados políticos e sagrados imanentes para a etnia. Esse foi o meio pelo qual os Xukuru articularam estratégias de distinção dos posseiros não indígenas, para os quais aquele espaço parecia representar unicamente um meio de subsistência material.

O território, contudo, não pode ser considerado um espaço social homogêneo, harmonioso, como se fora um bloco monolítico, autorregulado, constituído por relações de parentesco e solidariedade, ainda que em algumas situações históricas *aparentar* essa homologia possa ser estratégico, tendo em vista as relações que os coletivos mantêm com os outros agentes externos, integrantes de espaços sociais com os quais há conflitos. Foi o caso quando os Xukuru encontravam-se no

³⁰ Grupo Focal Serra.

processo de organização e luta pela “retomada” de seu território. Conforme explica Brandão (2007, p. 13), o território “é uma construção social conflituosa, isto é, uma produção coletiva, dinâmica, multidimensional, com trajetórias históricas em aberto”. A questão da busca pelo hospital parece ser outro complicador, em face das dificuldades de deslocamento do território para espaços/territórios “não indígenas”, isto é, espaços onde outros níveis de relações vão definir e exigir outras práticas sociais, segundo os capitais em circulação.

Assim [no hospital da cidade] ficam dizendo que não tem médico. Assim, quando é o povo de lá, de Pesqueira mesmo, que não é índio, eles atendem muito bem, né?; só quando é os daqui que eles não atendem bem (Informação verbal)³¹.

Aqui, o capital étnico não adquire nenhum significado positivo, ao contrário constitui elemento de discriminação e barreiras no acesso. Cada campo específico - no caso em questão o microcampo da atenção médica 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 se necessita pode ser facilitado ou dificultado. De fato, para Bourdieu (2007),

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 – institucionalizadas em estatutos sociais duradouros, socialmente reconhecidos ou juridicamente garantidos -, 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 (BOURDIEU, 2007, p. 135).

Outro aspecto a ser observado no que tange às questões do acesso relativamente à situação espacial é que, para alguns indígenas, o deslocamento de seu território para áreas não indígenas não parece ser algo simples. E a problemática não se limita à questão do trajeto ou das barreiras geográficas. Estas de alguma forma podem ser reduzidas (não minimizadas como obstáculo efetivo ao acesso), posto que muita gente, na falta de condições financeiras, “desce de pé”, ou “pega carona”, utilizando algum recurso de uma rede social, que, entre os Xukuru, parece ser um capital que se fortaleceu na trajetória que os levou a readquirir suas terras antes esbulhadas.

³¹ Usuária 01 – Região do Agreste

A resistência que o espaço impõe como espaço de relações e de expressões simbólicas está igualmente associada a fatores que se referem à vinculação dos Xukuru com a terra - a Mãe Terra - a Natureza e os Encantados de Luz. A apropriação simbólica desses elementos parece repercutir no apego que esses indígenas demonstram pelo seu território. Segundo Araújo (2011), devido à luta pela terra os conceitos de terra e território são muito próximos no ideal dos Xukuru, tendo, geralmente, as mesmas noções em torno da importância de uma base material vinculada à tradição que permita a sobrevivência e a reelaboração do povo. Isso não implica uma postura de isolamento e desconexão com os acontecimentos globais ou de seu entorno, sobretudo numa era em que os espaços estão cada vez mais definidos como “espaço de fluxos”, que se constitui na “organização material das práticas que dominam e moldam a sociedade em rede” (CASTELLS, 1999b).

Ademais, como refere Garnelo (2003), a desterritorialização que se evidencia no momento atual pode se constituir em possibilidades de que grupos subalternizados, como os indígenas, adquiram mais apoio político, agregando poderes e influência (capital simbólico) que podem ressoar em suas lutas por direitos étnicos e sociais. Diversos grupos indígenas do país têm utilizado o espaço virtual da Internet como rede de veiculação de suas reivindicações e propostas (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2006). Os Xukuru do Ororubá, por exemplo, possuem um *blog* e uma página na internet, onde expõem vários documentários audiovisuais e informações que se reportam à sua cultura e organização sócio-política³².

O que se busca destacar na discussão do deslocamento (em sua dimensão geográfica e simbólica) é a necessidade de ressignificação cotidiana de um *habitus* que foi adquirido ao longo de um processo violento de negação de um eu, e de (re)elaboração de uma identidade que se forja a partir de critérios exteriores. Portanto se trata da reafirmação de valores que, apesar dos processos de subjetivação³³ a que foram expostos, os Xukuru insistem em alimentar, preservando-os em “seu ser”, e que vão para além do que se conhece como costumes e “tradições familiares”, como diria Bourdieu (2011a).

³²<http://xukuruororuba.blogspot.com.br/> e <http://www.xukuru.de/>

³³ Subjetivação aqui no sentido que lhe confere Foucault (1982), que implica uma racionalidade que subjetiva o indígena. Este, como sujeito sujeitado, torna-se sujeito de seu próprio assujeitamento.

Esse aspecto, que se localiza no plano simbólico, mas que tem repercussões nas práticas sociais, contudo, nunca foi efetivamente valorado na gestão do subsistema nem nas práticas de saúde voltadas aos povos indígenas. A lógica assistencial, desde Noel Nutels, quando surgiram as primeiras preocupações efetivas com o estado de saúde dos povos indígenas, em meados do século passado (COSTA, 1987), mantém-se no plano médico-curativo e de controle de endemias. Ademais, embora a lógica dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como territórios de saúde, se proponha a superar esse modelo, posto que adota, entre outros princípios relevantes, o princípio da “atenção culturalmente diferenciada”, esta perspectiva não tem se evidenciado na prática (SANTOS et al., 2008)

O território, embora pensado como processo social de mudança nas práticas de saúde, em que elementos simbólicos estão presentes e determinam em algum nível o modo de apropriação desse espaço pelos agentes, não parece fazer parte do rol de preocupações da gestão atual da SESAI.

Porque o índio não tem salário, não tem parentes na cidade, em regra geral, não tem meio de transporte para suas aldeias, não tem meio de subsistência a não ser lá onde mora. [...] Se eu não puder trazê-lo para a cidade para ter um acesso a um exame complementar, uma consulta especializada, um parto hospitalar, um tratamento cirúrgico, ele não tem como fazer isso. Então o sub-sistema tem essa necessidade que o SUS não tem. Por isso ele é diferente (Informação verbal)³⁴.

Conforme se observa nessa fala, a racionalidade que guia o sentido do território para o gestor consiste em um modelo que não tem nada de novo, o qual não demonstra incluir os usuários indígenas e seus modos próprios de solução de problemas, bem como seus vínculos simbólicos com o espaço, como o já citado caso dos Xukuru em relação a terra e ao território.

Em que pese a nobreza da preocupação, que envolve aspectos importantes da integralidade na atenção, o que se observa é uma lógica hierárquica de assistência que revela igualmente uma hierarquia no poder de decidir a respeito do *como* e *onde* deve se dá o cuidado. Isto é, uma hierarquia de saberes - que pressupõe um saber legítimo e outros subalternos - posto que a racionalidade que subjaz ao modelo não

³⁴Gestor 1 – SESAI.

parece admitir a existência de qualquer outra forma de resolução dos problemas de saúde no território.

Nesse sentido, cabe lembrar a apropriação singular que os Xukuru fizeram do seu território, distinguindo-o em três diferentes regiões, segundo suas características ambientais e à organização sociopolítica da etnia. Assim, o território foi configurado da seguinte forma, de acordo com Gonçalves et al. (2012, grifo dos autores).

(a) **Agreste**, área montanhosa, seca, com muitas pedras e poucos terrenos disponíveis para a agricultura sendo mais propício para a pecuária e a criação de caprinos; (b) **Serra**, Região mais fértil do TI, onde se situam dois brejos de altitudes com reservatórios naturais e cursos de águas que secam apenas em estiagens bastante prolongadas; e (c) **Ribeira do Ipojuca**, [...], que é um local com terras bastante áridas em função das secas periódicas. Esta região insere-se na bacia hidrográfica do Rio Ipojuca e conta com a Barragem de Pão-de-Açúcar, cuja água não é usada para o consumo humano e sim para a irrigação agrícola.

Essa organização territorial foi incorporada pela Funasa quando de sua gestão, que distribuiu as equipes de saúde e definiu a responsabilidade sanitária delas segundo essa “reprodução biocomunal”, no dizer de Gonçalves et al. (2012).

Aqui é possível observar que o capital político dos Xukuru, no processo de *territorialização*³⁵ que caracterizou sua trajetória, e na dinâmica mais recente das relações de poder que travaram com o órgão indigenista no sentido da demarcação e homologação de seu território, fê-los distintos frente ao órgão responsável pela gestão e execução da atenção à saúde. Não foi ao acaso que a distribuição territorial das EMSI, isto é, a microrregionalização da atenção, acompanhou o modelo socioambiental e político de territorialização de suas lideranças. Esse aspecto permite supor que, como agentes ativos nessas relações, os Xukuru souberam “fazer ver” e “fazer crer”, isto é, adquiriram o reconhecimento do poder estatal frente à definição do que entendiam como dimensão geográfica do acesso à saúde em seu território.

Segundo Oliveira (2004, p. 22), a identidade étnica não pode limitar-se às características fenotípicas ou ao grau de permanência dos traços culturais ou

³⁵O termo escrito em Itálico ajuda a fazer a distinção entre a noção de territorialização de Oliveira (2004), da noção de território geográfico utilizado no âmbito da gestão e execução dos serviços de saúde do SUS.

simbólicos observáveis em um povo. Antes, deve superar esta via culturalista de demarcação de fronteiras étnicas à luz da noção de *territorialização*, que implica: i) criação de uma nova unidade sociocultural mediante o estabelecimento de uma identidade étnica diferenciadora; ii) a constituição de mecanismos políticos especializados; iii) a redefinição do controle social sobre os recursos ambientais; iv) a reelaboração da cultura e da relação com o passado.

Nesse aspecto, a fronteira do “ser Xukuru”, na linguagem de Fialho (1998) - ou no que tange ao marco conceitual deste estudo, o *habitus* do grupo - não pode jamais ser dissociada de seu processo histórico de reorganização sociopolítica, processo que lhe conferiu capital político e étnico, estrategicamente maximizados ao transformarem-se em capital simbólico em suas relações com o órgão gestor da atenção à saúde. Pode-se classificar essas estratégias dos Xukuru como “estratégias de investimento simbólico” (BONNEWITZ, 2006), utilizadas para produzir ações suscetíveis de uma ponderação favorável segundo suas categorias.

4.3.2.2 Condições objetivas relativas a fatores organizativos do acesso

O modo de organização da atenção à saúde no território Xukuru segue a mesma lógica do SUS, porém o subsistema, por meio do DSEI, gere e executa apenas as ações básicas de saúde, isto é, aquelas que são realizadas pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (ESMI). Esse sistema de saúde baseado nesta “porta de entrada” está organizado para acolher a demanda e solucionar os problemas de saúde mais frequentes e menos complexos com os quais as equipes se deparam cotidianamente. Como já referido em capítulos anteriores, as demais ações, que envolvem a média e alta complexidade, seguem sendo de execução do Sistema Único de Saúde, no município de Pesqueira ou fora dele. São serviços e ações, portanto, cuja disponibilidade só existe fora das terras indígenas.

No caso dos Xukuru do Ororubá, observa-se que, uma vez avançando no sentido de reconquista territorial, as lideranças voltam-se nos últimos anos para a relevância de

outras políticas públicas, como as de saúde e educação³⁶. Segundo o discurso de algumas lideranças, o início das preocupações, e de ações efetivas no intuito de buscar melhorias ao acesso à saúde indígena no território Xukuru, data do tempo do cacique Chicão, o qual teria até participado de reuniões no Ministério da Saúde.

Durante as observações de campo, particularmente na frequência às Assembleias Anuais do povo Xukuru do Ororubá e no “20 de Maio”, foi possível identificar a evolução do “peso” atribuído pela etnia às questões relativas à política de saúde, no conjunto das preocupações pautadas nesses eventos. Pode-se observar, por exemplo, no relatório final da VII Assembleia do Povo Xukuru do Ororubá, realizada em 2007, a luta pelo direito à saúde entre os princípios pelos quais se regeriam seu “Projeto de Futuro”³⁷.

Os Xukuru, de um modo geral, têm uma avaliação relativamente positiva quanto às mudanças no setor saúde, no que se refere ao acesso, tendo em vista o histórico de carências dessa população e a falta de uma política específica que perdurou até o início da década passada em todo o país.

Antes da Funasa, era Funai, só existia Lica [que antes era AIS, agora é técnica de enfermagem], em Cana Brava, e eu [AIS], em São José. E agora, só enfermeiros são três, né?, que é três equipe, três dentista, tudo é de três. Então do jeito que era difícil antes, agora eu nem acho tanto [...] (Informação verbal)³⁸.

De fato, conforme observa Garnelo (2004), avanços em termos de extensão da cobertura populacional advieram com o subsistema, principalmente em razão da distritalização, que permitiu acesso à saúde onde só existia o vazio. Contudo, as dificuldades de acesso às consultas médicas e odontológicas, exames laboratoriais, medicamentos, entre outros bens e serviços relativos à saúde constituem objeto frequente de queixas e mobilizações coletivas.

³⁶ Especificamente no campo da política de educação, observam-se as contribuições do CIMI e do Centro de Cultura Luiz Freire, organizações que se destacaram apoiando os Xukuru no processo de reconquista territorial e em projetos de educação diferenciada (FIALHO, 2003).

³⁷ O “Projeto de Futuro” dos Xukuru do Ororubá está baseado nos princípios do “Bem Viver”, filosofia apresentada ao grupo pelo CIMI, cujos preceitos incorporam, entre outros aspectos, ideias de preservação ambiental, valores humanos e democráticos e relação de troca e dependência com a terra e seu entorno. Para os Xukuru, o “Projeto de Futuro” se relaciona à garantia do território livre; condições para trabalhar a terra; educação e saúde diferenciada; união, respeito, partilha e solidariedade; permanência na organização e na luta; igualdade de oportunidades; respeito às decisões de suas assembleias e suas organizações internas (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2007).

³⁸ Grupo Focal Serra.

No período inicial de coleta de dados o território Xukuru encontrava-se com duas EMSI sem o profissional médico, dificultando ainda mais o acesso às consultas médicas, aliás, uma das maiores demandas apresentadas pelos indígenas, registradas neste estudo. Mas mesmo na equipe³⁹ onde havia esse profissional com atendimentos semanais, as dificuldades permaneciam.

Às vezes a gente tem, às vezes é assim, tipo assim, ela [a médica] só atende vinte pessoas cada atendimento dela aqui, que é na quarta, né? Às vezes, chega uma emergência, aí ela abre uma exceção, mas, se vê a aldeia, a aldeia Cimbres, eu acho que é uma das aldeia maior que tem, então é muita gente. Às vezes tem... tem gente que fica insatisfeito porque não tem vaga (Informação verbal)⁴⁰.

A deficiência nessa área parece ser frequente, ao mesmo tempo em que dela deriva uma série de outras queixas. Contudo as práticas dos usuários e as soluções encontradas frente à necessidade que apresentam é um aspecto para o qual vale a pena tentar desenvolver um grau mais elevado de abstração, tendo em vista a dimensão relacional do acesso.

As dificuldades de acesso à saúde no território parecem ter sido agravadas pelo fato de que “antes era todo mundo que morava na cidade, que era índio, vinha se consultar, mas agora não”. (Informação verbal)⁴¹. Isto é, os indígenas residentes na cidade podiam utilizar os serviços de saúde, particularmente as consultas médicas, ofertados pelas EMSI da TI. Mas a escassez nesse âmbito levou o cacique a tomar a decisão, com a Funasa, de limitar os atendimentos apenas aos que viviam na TI.

[...] Ai pronto, ai não tem o mesmo direito de quem tem que mora aqui dentro. [...] O cacique disse que quem mora na cidade não tem direito, não, a se consultar. Aqui, também, tirar aposentadoria não pode mais, tirar dinheiro de menino, tem direito não. Se quiser ter a oportunidade, tem que morar aqui (Informação verbal)⁴².

Esse modo de ação no território remete às implicações decorrentes do modo de constituição da identidade étnica do grupo, profundamente associada à demarcação geográfica e à constituição política do território. Na experiência dos Xukuru observam-se duas situações concretas de conflito, cujo princípio e o cerne estão em demandas por uma definição identitária do grupo. Uma espécie de reorganização interna foi necessária nessas situações.

³⁹ Refere-se às equipes que atuavam no território indígena Xukuru em 2010.

⁴⁰ Usuária 02 – Região Agreste.

⁴¹ Usuária 01 – Agreste.

⁴² Usuária 01 – Agreste.

A primeira - originada de uma demanda externa - ocorreu no processo demarcatório de suas terras, quando, segundo Fialho (1998), são promovidos planos de classificação e categorização étnicas com o fim de promover as fronteiras de sua identidade.

Durante esse processo, marcado pela ocupação da Pedra D'água em caráter definitivo, os posseiros, que perderam o direito de permanência nos lotes que ocupavam, conforme registra Fialho (1998), passaram agora a não ser mais ligados à região de Pedra D'água, cujo direito exclusivo de ocupação os Xukuru reivindicavam, tendo em vista sua relação simbólica e política com aquela região. A cisão que se seguiu daí separou indivíduos que até então (à parte as especificidades étnicas) pertenciam à mesma categoria de "agricultores de Pedra D'água" (FIALHO, 1998).

O outro – de origem interna – pode se traduzir como resultado dos conflitos internos ocorridos no ano de 2003⁴³, que culminaram com a expulsão de cerca de 70 famílias da TI Xukuru do Ororubá, as quais formavam um grupo contrário à liderança do cacique. Esses indígenas "dissidentes" passaram a residir em vários bairros da cidade de Pesqueira.

Segundo Neves (2005, p. 145), foi a partir desse conflito que à prática do toré foi agregado um novo significado: se até então o ritual do toré concedia "legitimidade aos Xukuru diante da população da cidade de Pesqueira, dos órgãos públicos e das outras etnias", desde então passou a conotar o "fortalecimento interno" da etnia, diferenciando e legitimando os Xukuru perante aqueles que eram contrários à liderança do Cacique.

De fato, os grupos, face à satisfação de suas necessidades e à realização de seus objetivos, conscientemente ou não, traduzem e recriam os símbolos e os incorporam em suas práticas cotidianas e em suas estratégias políticas. Conforme observa

⁴³Em 2003 os Xukuru vivenciaram um processo de divergência interna que envolvia um grupo residente na Vila de Cimbres, o qual não concordava com a liderança do cacique Marcos. Em 07 de fevereiro desse mesmo ano, o cacique foi vítima de um atentado em que morreram dois indígenas Xukuru. Após esse episódio, os Xukuru, atribuindo o fato ao grupo dissidente (os Xukuru de Cimbres), expulsaram do território as famílias envolvidas.

Cohen (1978), os rituais expressam dialeticamente a ordem simbólica e a ordem do poder. No caso em questão, o ritual do toré assumiu uma função cuja base tinha seus fundamentos nas novas práticas que a realidade social e política da etnia requeria de suas lideranças.

É possível observar a presença “invisível” dessa “identidade contrastiva” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1976) na lógica identitária dos Xukuru, e frequentemente os discursos das lideranças versam sobre este tema:

porque também esses que moram na cidade, eu não considero como índio, não. Porque índio, ele tem que tá dentro de sua aldeia, ele tem que tá junto com seu povo, ele tem que pisar no barro, ele tem que levar chuva... Num é índio de cidade [...]. (Informação Verbal - X Assembleia Anual do Povo Xukuru).

Essa problemática *Índios da cidade/Índios do território* também esteve presente durante o Abril Indígena 2013/PE/Acampamento Terra Livre⁴⁴, no grupo cujo objetivo era discutir as questões relativas à temática da saúde. Foi possível observar o cenário que se desenha para a saúde no DSEI/PE, com forte tendência à municipalização. Utilizando como mote a existência de “índios desaldeados”, aqueles que vivem nas cidades, e, portanto, integram a per capita do SUS-municipal, índios e gestores discursavam em favor da desresponsabilização da (hoje) SESAI pela saúde desses indígenas. Trata-se de uma problemática cujas implicações no acesso parecem evidentes.

O discurso de alguns líderes presentes ao evento demonstrou não apenas o objetivo do órgão gestor mais também a estratégia para garantir a aceitação coletiva dessa proposta.

Fora, compete ao município. O indígena que tiver fora do território tem que ser atendido pelo município (Informação verbal).

Os índios que mora na rua, o município atende (Informação verbal).
Quem tá na cidade tem tudo, acessa primeiro do que quem ta no território (Informação verbal).

A política não fala em índios desaldeados, fala em índios dentro do território (Informação verbal).

⁴⁴“Abril Indígena/Acampamento Terra Livre (ATL)” é um evento realizado com apoio do CIMI todos os anos em Brasília. Em 2013 foi realizado, entre os dias 01 e 03 de abril, o primeiro Abril Indígena de Pernambuco, que teve como objetivo a socialização entre os povos, o fortalecimento do movimento indígena no estado, bem como promover e reafirmar a cultura do “Bem Viver” entre eles (ARTICULAÇÃO DOS POVOS E ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DO NORDESTE, 2013).

Tais discursos, que buscavam na letra da lei⁴⁵ a base para a justificativa da gestora que se fazia presente ao evento, a qual defendia a transferência da responsabilidade pela saúde desses indígenas “desaldeados” para o SUS municipal, parecem de fato associados à noção de identidade contrastiva.

Segundo Cardoso de Oliveira (1976), base da identidade étnica, a identidade contrastiva refere-se a uma identidade que “implica a afirmação do *nós* diante dos *outros*”, uma identidade que não se afirma isoladamente. Afirma-se por meio de códigos que tendem a se exprimir como um sistema de “oposições” e contrastes.

No caso em tela, particularmente no que tange aos Xukuru, a estratégia da gestão parece que vem sendo a de explorar as ambiguidades que permeiam a identidade dessa etnia. Por outro lado, exprime-se no exercício do poder simbólico, poder de “fazer ver” e “fazer crer”, poder que se exerce tanto mais poderosamente quanto é ignorado por aqueles que a ele estão submetidos.

Ademais, considerando o histórico de tentativas estatais de “desindianização” dos índios (OLIVEIRA, 2004; VIVEIROS DE CASTRO, 2006), não se pode descartar essa como a possibilidade de ser mais uma dessas tentativas, ainda que restrita ao âmbito de uma única política. A questão é se os indígenas que vivem na cidade porventura teriam deixado de sê-lo e, portanto, não teriam “mais” o direito a uma política de saúde diferenciada e especificamente adaptada à sua condição de índios, tanto quanto aqueles que vivem na TI.

É legítimo afirmar que essa questão reflete uma problemática circunscrita tanto no âmbito político da política de saúde quanto no campo da “moral do reconhecimento”, no dizer de Cardoso de Oliveira (2006), para quem a ideia de comunidade não se esgota no território étnico. Assim é que, conforme esse autor, os membros dessas comunidades que emigraram para as cidades e que invocam sua identidade étnica são tão índios quanto o morador da terra indígena.

⁴⁵ O Decreto nº 3156/99 Brasil (1999b), que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde e dá outras providências, refere ser essa prestação assegurada no âmbito das *terras indígenas* (grifo da autora).

Portanto, dessa perspectiva, trata-se mais uma vez da exploração conveniente, por parte do gestor, dos conflitos internos da etnia com o fim de auferir “lucros” e garantir seu capital burocrático e simbólico. Trata-se de um aspecto relevante porque essa lógica está sempre presente, orientando as decisões político-administrativas do órgão gestor da saúde, cujas práticas rápida e estrategicamente se atualizam e se reestruturam em função dos dramas sociopolíticos internos dos Xukuru, como modo de garantir a manutenção ou a mudança nas “regras do jogo”.

É nessa perspectiva que se pode pensar a instalação do polo-base na cidade de Pesqueira, após o conflito de 2003, com o fim de atender os “outros” indígenas, aqueles que desde então não residem mais na TI Xukuru. A instalação desse novo pólo indica a legitimação pelo poder estatal do caráter contrastivo da identidade Xukuru. Cabe acrescentar que, perpassando as fronteiras do ser Xukuru, essa característica, contudo, não os esfacela, vez que esses se reconhecem nos outros, que, como resultado de processos sociais complexos, deles se distanciaram. De fato, como observa Neves (2005), os Xukuru nunca duvidaram da identidade étnica dos que foram expulsos, embora o ritual do toré surgisse então como elemento distintivo para os que ficaram, cuja participação no toré comandado pelos que apoiavam o cacique demonstrava o apoio a este.

Nas condições objetivas que o pariram, o poder simbólico demonstrado pelas lideranças “tradicionais” dos Xukuru - tanto interna quanto externamente - parece ter sido a fonte da legitimação da divisão do grupo, que foi rapidamente explorada pelo gestor estatal da saúde. Na realidade, a atitude aparentemente conciliadora do órgão gestor – de criar um polo base para os Xukuru de Cimbres na cidade –, soma-se claramente às estratégias das agências “de contato” oficiais e não-oficiais, mencionadas por Fialho (2011), para consagrar a ideia do faccionismo: “o que pode parecer, inicialmente, uma medida administrativa para dirimir o clima de tensão na região, acaba constituindo um artifício para alimentá-la” (FIALHO, 2011, p.84).

De fato, pode-se contabilizar como mais um desses artifícios a proposta referida anteriormente, de transferência da responsabilidade sanitária da SESAI pelas áreas onde vivem os indígenas “desaldeados” para a gestão municipal.

Conforme observa Bourdieu (2004a, p. 166), “a eficácia simbólica depende do grau em que a visão proposta está alicerçada na realidade”. Assim, fincada na realidade que a gerou, posto que efetivamente havia uma tensão explícita no grupo (referindo-se particularmente ao episódio de 2003), a eficácia simbólica desse poder de divisão e visão das divisões repercutiu claramente nas relações concretas - e nos seus desdobramentos - entre os agentes indígenas e os gestores distritais da saúde.

A identidade de um grupo se processa nas interações sociais, mas não se restringe a elas. São construídas e reelaboradas nessas interações, mas também se compõe de elementos internos que em alguma medida se objetivam. Nesse aspecto, vale destacar uma fala que se repete de variadas formas nas Assembleias Anuais do Povo Xukuru: “terra livre não é apenas tirar as cercas, mas é a mente livre, [expressa] no uso coletivo da terra”⁴⁶. Assim, a terra como espaço que permanece aberto “sugere futuro e convida à ação”. Trata-se, portanto, de um espaço que também é lugar, onde “as vidas humanas são um movimento dialético entre refúgio e aventura, dependência e liberdade” (TUAN, 1983, p. 61).

Por outro lado, as demandas por saúde se situam no campo mais amplo de mobilizações dos Xukuru pela maximização de seu capital étnico e político frente aos órgãos estatais, pois sabem perfeitamente onde estão as fontes de recursos, desenvolvendo estratégias as mais variadas para atingir seus objetivos, sobretudo em situações limites. O discurso observado em um dos grupos focais parece esclarecedor neste sentido:

olhe, uma vez faltou os carro... os carro da Fundação faltou mermo. Aí nós foi pra Recife, tá com uns dois ano. Aí a gente ficou lá, eles ligaro pra Brasília: era falta de carro, falta de médico, falta de tudo. Aí disseram que ia legalizar, ia mandar verba pra pagar. [...] Nossa força é grande, quando nós pisa é pra valer (informação verbal)⁴⁷.

Em outro nível de abstração, essa força grande a que o grupo se refere, afirmando que quando “*pisa é pra valer*” pode ser reportada ao ritual do Toré, em cuja cadência a “pisada” do guerreiro adquire significados políticos e simbólicos que se mostraram bastante concretos durante o processo da demarcação do território e consequente delimitação de suas fronteiras étnicas.

⁴⁶ Liderança Xukuru, na X Assembleia Anual do Povo Xukuru.

⁴⁷ Grupo Focal Serra.

Um certo *habitus* Xukuru parece ter precedido e orientado, no contexto acima descrito, sua ação estratégica frente ao órgão gestor. Durante o processo demarcatório das terras, Fialho (1998, p. 97) identificou o estabelecimento de uma “nova prática” dos Xukuru em suas relações com o órgão indigenista fundamentada no ritual do toré. De fato, conforme lembra uma liderança Xukuru durante a XII Assembleia Anual, em 2011, “[...] Não fosse essa dança nossa, nós num taria reunido aqui” (informação verbal). Assim, essa “nova prática” se refere à

incorporação de valores apresentados, primeiro enquanto discurso ideológico, segundo, enquanto categoria lógica que ordenava a própria representação social (FIALHO, 1998, p. 97).

Desse modo, a garantia da “legalização” da situação caótica do acesso à saúde naquele contexto, identificada na fala do grupo acima referido, pode ser atribuída às interações entre o *habitus* e a estrutura social, que permitiu o exercício do poder - associado ao seu capital étnico e político - e as resistências a ele. Produzido num longo processo histórico de violência simbólica e material, que lhe exigiu diversas reestruturações, o *habitus* revelado na estratégia utilizada pelos Xukuru operou segundo os esquemas engendrados na sua história, não sendo, por isso mesmo, resultado de um cálculo racional e estratégico, conforme observa Bourdieu (2011a; 1996). Dessa perspectiva também compartilha Foucault (1982, p. 275), quando se refere às relações de poder, pois para este autor, “não tem sentido referir-se à razão como uma entidade contrária à não razão”.

No que tange aos serviços de média e alta complexidade, ou seja, ofertados pelas unidades de saúde do município, vinculados ao SUS, há evidentes situações de conflitos com prejuízo, em geral, para os indígenas. Estes, por outro lado, demonstram conhecimento muito claro do direito que possuem ao atendimento hospitalar e ambulatorial do SUS. Esse direito tem arrimo na portaria GM 2656/07 (BRASIL, 2007), que regulamenta o Incentivo de Atenção Básica para os Povos Indígenas (IAB-PI) e Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI). Estes são instrumentos jurídico-administrativos pelos quais os hospitais do Município (Lídio Paraíba e a Casa de Saúde São José) recebem recursos do ministério da Saúde para atender os Xukuru, de modo diferenciado, respeitando suas especificidades étnicas.

Mas não é esse atendimento “diferenciado” que os Xukuru vivenciam nas relações travadas no processo de busca por serviços de média ou alta complexidade em Pesqueira. As dificuldades apresentam proporções enormes por se tratar de serviços localizados “na rua”, como os Xukuru se referem à cidade (Pesqueira), onde a representação social que os “brancos” têm dos Xukuru está frequentemente vinculada a uma imagem negativa associada à retomada de seu território, conforme se observa na fala a seguir.

Já na escola mesmo, é o que mais o povo fala. Ôxe, menina, tu não sois índia não! Tu não sois morena!, fica discriminando, né? Dizendo muita coisa, que os índios só dá pra roubar. [...] Disse que os índios só pegaram... só roubando as terras, né?, ficando... Dizendo coisa, que não era pra tá aqui. Que nós mesmo não é índio, e tudo... Dizem um monte de coisa (informação verbal)⁴⁸.

De fato, nas unidades de saúde da cidade, com muita frequência os usuários e profissionais se reportam a situações como a que segue:

Então às vezes a gente chega lá e eles fazem assim: é não tem médico lá! Mas é um caso de emergência e nem sempre tem médico na hora quando se precisa. Ai fica um relacionamento assim, meio estremecida, né! (informação verbal)⁴⁹.

Em termos de dentista, que várias vezes, não foi uma só, acho que foi umas duas ou três vezes, sempre que quando eu vou, quando eu falo que é da área indígena, eles me barram pra ser atendido (informação verbal)⁵⁰.

Aqui, a identidade étnica é claramente associada a valores negativos. Esse microcampo, que à primeira vista parece refratário ao poder do capital étnico, na verdade o absorve sob a forma de preconceito e discriminação. Para a gestão da Funasa, esse problema está profundamente arraigado numa 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 a FUNASA, e não é. A FUNASA tem a responsabilidade com o subsistema, o sistema é o SUS, o Sistema Único de Saúde, então ele é quem tem a responsabilidade maior com todos os cidadãos brasileiros, não é? Essa articulação a gente tenta resolver ela através da pactuação com algumas unidades de saúde dos municípios e do estado [...](informação verbal)⁵¹.

⁴⁸ Usuária 01 - Serra.

⁴⁹ AIS 02 - Serra.

⁵⁰ Usuário 06 - Agreste.

⁵¹ Gestor 01 - DSEI/PE.

O reconhecimento pelos gestores de barreiras dessa natureza também se associa às experiências negativas anteriores dos indígenas ao se depararem com a necessidade de procurar um serviço de saúde cuja assistência seja na cidade de Pesqueira ou em outro município:

[...] Então, às vezes, a própria população indígena tem alguma reserva em buscar o serviço de referência, né?, não se sente totalmente à vontade pra sair de sua aldeia, pra sair de sua área pra ir, por exemplo, pra Recife. Então, alguns, seja por experiências pessoais, seja por experiência de parentes, né?, às vezes também têm ressalvas. Então, são vários obstáculos que têm que ser transpostos (informação verbal)⁵².

Como já discutido anteriormente, a marca identitária se traduziu numa barreira ao acesso: a unidade de saúde situava-se fora da terra indígena, na cidade, no mundo dos “brancos”, era a “unidade de saúde dos brancos”, na concepção destes, onde as restrições ao acesso no SUS já são muitas e variadas. Nesse mundo, os “índios”, sem os sinais diacríticos esperados (“tu não sois morena...”), deixam provisoriamente de ser “índios”, mas, ao serem transmutados num “cidadão como outro qualquer”, perdem igualmente a condição de cidadania de que goza qualquer outro cidadão naquele microespaço, no qual o exercício do poder se dá numa ordem micropolítica, no sentido de Foucault (1979).

Nessa perspectiva, observa-se uma hierarquia de direitos no acesso à saúde quando a necessidade dos usuários requer a interação entre os dois sistemas. Se, por um lado, como usuários do subsistema de saúde indígena, os Xukuru são colocados numa posição de usuários “privilegiados”⁵³, em nível do SUS sua posição passa a ser de *subusuários*, já que, ao serem usuários exclusivos de seu subsistema, não experimentam concretamente o mesmo direito de acesso dos demais usuários do SUS.

Mas essa questão também está intrinsecamente relacionada ao processo histórico de implantação da política de saúde indígena, que, conforme nota Garnelo (2004), se deu de modo extremamente desconectado do SUS. Não houve uma clara definição de papéis e muito menos dos fluxos de comunicação e acolhimento dos

⁵² Gestor 02 - DSEI/PE

⁵³ A fala de um profissional “branco” do Polo-base, registrada durante a observação direta, mostra claramente essa imagem de usuários “privilegiados”: “os índios estão reclamando sem razão, rapaz!, o plano de saúde deles é melhor do que o meu” (informação verbal).

usuários indígenas quando suas necessidades de saúde ultrapassam a capacidade instalada no DSEI.

Também vincula-se a essa problemática conflitos estruturais entre o SUS e o subsistema. Segundo Garnelo (2012), um dos principais problemas neste sentido é a municipalização, preconizada para o primeiro e rejeitada veementemente pelos usuários do segundo.

De fato, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) (BRASIL, 1990a) regulamenta o que já determinava a Constituição Federal de 1988 no que tange aos princípios organizacionais do sistema nacional de saúde, reafirmando a municipalização como um dos princípios do SUS. Portanto esse é o nível privilegiado de execução das ações e serviços de saúde.

No caso do subsistema de saúde indígena, criado mais de dez anos após a criação do SUS, desde que foi pensado jamais houve a intenção daqueles que o defendiam (indígenas e não indígenas) de mantê-lo sob a gestão das prefeituras, conforme se observa nos relatórios que resultaram das conferências nacionais de saúde indígena realizadas até aqui⁵⁴.

A julgar pela publicação do Decreto nº 7508/11 (BRASIL, 2011), do Ministério da Saúde, que regulamenta a Lei nº 8080/90, o cenário nacional atual do SUS aponta para uma descentralização da atenção à saúde com ênfase na regionalização. O acesso no âmbito da saúde indígena aparece vagamente mencionado no referido decreto, sendo definido apenas que seu regramento será de modo diferenciado, compatível com suas especificidades “e com a necessidade de assistência integral, de acordo com disposições do Ministério da saúde”.

Uma queixa dos municípios nesse aspecto refere-se à sua exclusão desse processo de “regramento”, cujas disposições ficaram no âmbito da competência exclusiva do

⁵⁴ Conta-se atualmente a realização de quatro Conferências Nacionais de Saúde, a primeira realizada em 1986 e a última em 2006. Conforme a Resolução nº 461, de 8 de novembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), a etapa nacional da 5ª Conferência está convocada para o período de 26 a 30 de novembro de 2013, tendo como tema central "SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E SUS: DIREITO, ACESSO, DIVERSIDADE E ATENÇÃO DIFERENCIADA".

Ministério da Saúde, o qual mais uma vez adota uma prática que mantém a desarticulação do subsistema ao conjunto de ações do SUS (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2012).

Vê-se que o Decreto nº 7508/11 só afirma de modo vago e impreciso a competência do Ministério da Saúde no âmbito da coordenação, gestão e execução da saúde indígena. Deixada em aberto, esta questão torna o subsistema ainda mais vulnerável à ação dos municípios no sentido deles garantirem seu espaço político - e sua fatia de recursos financeiros - na execução da política de saúde indígena. Garnelo e Pontes (2012) mostraram que há claramente uma tendência nacional à municipalização da saúde indígena e constataram que, de 2002 até 2005, os repasses de recursos do orçamento da saúde indígena para os municípios mais que dobraram, saindo de 18%, em 2002, e atingindo 41,4%, em 2005.

O referido decreto tampouco apresenta soluções para a questão do acesso da população indígena no âmbito da gestão estadual e principalmente municipal do SUS, cujos conflitos referem-se a relações hierárquicas de poder nas quais os indígenas, em geral, estão em posição de desvantagem.

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, conforme revelado nas falas anteriormente citadas. Aliás, não se trata de nenhuma novidade essa constatação, pois Garnelo (2004, p. 31) já mencionou a existência, nos estabelecimentos do SUS, de uma “recusa sub-reptícia de tratar os doentes indígenas, dificultando a obtenção de consultas, internações e exames”.

Trata-se de uma questão importante porque envolve aspectos como repasse e aplicação de recursos financeiros, contratação de recursos humanos, capacidade resolutive da rede local, entre outros (GARNELO; BRANDÃO, 2003). Outros aspectos igualmente importantes são aqueles de caráter político, que se referem à correlação de forças do poder em nível local, que em geral prejudica os interesses dos grupos indígenas (VIANA, 2006). Adicione-se aí a questão relativa às relações interétnicas locais, que no caso dos Xukuru agravaram-se em face das tensões

criadas no processo de retomada de seu território, cujos conflitos envolveram importantes políticos ligados a fazendeiros da região.

Por outro lado, do ponto de vista político da política de saúde, é possível afirmar, com a mesma autora acima, que

A saúde indígena permaneceu como um espaço político frouxamente articulado com o fluxo principal de decisões na política de saúde do país, enfrentando a difícil condição de ser uma política acessória, voltada para minorias, com escasso poder de intervenção sobre os rumos do SUS (GARNELO, 2004, p. 12).

O acesso também está perpassado pelo nível das relações interpessoais que atravessam todo e qualquer microespaço ou organização social. Assim, em face das situações de escassez na disponibilidade dos serviços de que se necessita, os usuários recorrem à rede social a qual está vinculado. A fala a seguir ilustra essa assertiva.

Geralmente quando se tem mais conhecimento, conseguem mais as coisas, mas ai também não é só ter conhecimento. É as pessoas irem com a sua cara, gostarem de você, conhecer você mais, você ser mais influente, isso geralmente facilita (informação verbal)⁵⁵.

O capital social de que se valem nesses momentos parece refletir uma característica bastante presente no histórico da etnia, mas especificamente, indica uma produtividade nessas relações que vinculam os indígenas a outros agentes do campo. Essas relações efetivamente podem habilitá-los para acessar os recursos de saúde de que necessitam, conforme se extrai da fala abaixo.

Ai nós vim de lá pra cá no sacrifício, ai eu fui falei: “não minha mãe agora não vai pra casa, ela só vai agora quando ficar boa, porque nós sai hoje quando é amanhã volta, ai não adianta...” Aí foi tempo que doutora Célia [uma médica conhecida] chegou, aí, não, ‘a menina tá certa, ela agora vai pro internamento’ [...] (informação verbal)⁵⁶.

A noção de capital social se refere, conforme notam Santos, Maneschy e Espírito Santo (2010, p. 3), às consequências positivas da sociabilidade, podendo constituir-se em “fonte privilegiada de poder e influência, assim como de acesso a bens e serviços aos quais comumente os participantes não teriam acesso”. A presença de uma médica conhecida da usuária foi essencial para garantir o internamento de sua mãe, após várias idas e vindas ao hospital sem resolução do problema.

55 AIS 2 – Serra.

56 Liderança 01 - Agreste.

Outro elemento importante foi a voz ativa da usuária, sua postura reivindicativa, revelando alguma resistência própria do *habitus*, que perante uma situação limite, permitiu a usuária transcender a lógica do campo, reconfigurar o microespaço (a unidade de saúde) das relações de poder e mudar sua posição frente à necessidade que a impeliu a agir, ainda que tal ação, conforme Bourdieu defende, não tenha fundo racional e planejado, posto que já é parte das disposições incorporadas pela usuária em foco, no conjunto histórico da biografia dos Xukuru.

Nesse nível de análise (no microcampo) também se observa a importância das relações de parentesco e vínculos de vizinhança como capital social ativo, principalmente quando a escassez dos recursos ocorre em períodos longos. Foi o caso quando uma das áreas passou um período considerado longo pelos entrevistados sem o atendimento médico, conforme a fala de alguns profissionais, que se expõe abaixo.

O agente, na verdade, ele avisa as pessoas que vai ter atendimento. Só que, assim, ele pode avisar só pra quem ele quer, tem paciente que se queixa que o agente nem avisou (informação verbal)⁵⁷.

Ficaram cinco casas cada pessoa, muitas pessoas da mesma família, é muito comum ... As minhas visitas, teve uma que era só na casa de agente, aí eu falei: 'ó, não dá certo', foi as minhas primeiras visitas que eu fui e não eram pacientes graves (informação verbal)⁵⁸.

Aí tem uma visita no idoso, aí quando chegava lá era a mãe do agente... e era idoso relativamente saudável, é hipertenso, diabético, é, mas ele se desloca, ele anda, ele poderia ter ido, não era paciente grave[...] (informação verbal)⁵⁹.

De fato, as relações familiares e de parentesco, bem como vínculos de vizinhança e compadrio são uma realidade nas organizações sociais (FIALHO, 2003). E no caso de sociedades indígenas essas características são acentuadas pelo conjunto de elementos que as definem, sendo os laços que vinculam seus membros relacionados a atualizações de vínculos interpessoais fundamentais, próprios de cada uma delas (VIVEIROS DE CASTRO, 2006).

No caso em tela, o capital burocrático do agente de saúde - que lhe conferiu poder para decidir quem será e quem não será atendido – consistiu num recurso para a

⁵⁷ Profissional 01 - Ribeira.

⁵⁸ Profissional 01 - Ribeira.

⁵⁹ Profissional 02 - Serra.

solução primeiramente dos problemas de saúde de seus familiares consanguíneos e outras famílias com as quais se supõe que teria algum vínculo afetivo ou relações pessoais positivas.

Em situações contrárias, isto é, quando a família ou o indivíduo não pertence à rede de relações pessoais do profissional, o acesso à saúde é afetado de igual maneira, porém com reflexos negativos. Foi o caso em que a visita médica de uma idosa, que apresentava problemas de saúde e locomoção, foi adiada por quatro vezes porque havia um conflito entre a família da usuária e da agente de saúde, fazendo com que esta última nunca priorizasse a idosa em questão na lista dos elegíveis para a visita médica.

Outro aspecto a se destacar é que no microespaço do campo da saúde que se refere ao espaço específico da assistência, as relações de poder exigem o acúmulo e o domínio de um tipo específico de capital, o capital informacional. Conforme defendem Thiede e McIntyre (2008), a assimetria de informações, quando apenas uma das partes do sistema acumula mais informações significativas, é um fator de *desempoderamento* da parte cujas informações que possui não são suficientes para fazer uso eficiente e adequado da rede, com o fim de suprir suas necessidades.

Um exemplo nesse sentido é o conhecimento que os indígenas precisam possuir para acessar os recursos que, bem ou mal, estão disponíveis na rede de atenção que compõe o SUS, uma vez que se trata do número de escolhas possíveis. Assim, o capital informacional, nessas relações, constitui elemento importante para a garantia do acesso. A fala a seguir pode servir de exemplo.

Tem dificuldade, geralmente. Às vezes também por falta de informações. Tipo: tem um menino doente, essa semana, [uma criança], que estava tossindo, com febre, aí a mãe dele levou ele pra a Casa de Saúde, só que aí precisava do cartão do SUS [...], aí ele não pode ser atendido na Casa de Saúde (informação verbal)⁶⁰.

A questão do uso de medicamentos, sobretudo aqueles de uso contínuo ou controlado, e a conseqüente demanda que se faz ao subsistema consiste num conflito permanente entre os Xukuru, e entre estes e os gestores, posto que se faz

⁶⁰AIS 02 – Serra.

uma crítica frequente à “medicalização” da etnia. Essa questão tem sido fonte de análise e discussão nas assembleias anuais desse povo, posto que o resgate, a apropriação e a manutenção das tradições e costumes de seus ancestrais são reiteradas vezes exaltados nessas ocasiões.

Nesse sentido, o uso de medicamentos parece ser algo “estranho” ao grupo, elemento, que, presente, não é parte constituinte do seu “projeto de futuro”, pois neste projeto o lugar da saúde não é outro senão aquele onde a Natureza é a fonte: “não tem um comprimido que não tenha um pedaço de pau”(informação verbal), conforme lembra uma das lideranças Xukuru.

Contudo, os longos anos de contato com a sociedade nacional não podem ser negligenciados nessa análise, uma vez que essas interações repercutiram gravemente na saúde dos povos indígenas, cujas condições os dados epidemiológicos disponíveis demonstram serem mais desvantajosas do que dos não indígenas (SANTOS; COIMBRA JR., 2003). Outro aspecto refere-se ao fato de que, nesses processos interativos, vários símbolos - tais como o toré, a pajelança, a Natureza e a cura que deriva de suas plantas, entre outros - são reelaborados em função das relações de força, nos diversos campos em que os agentes indígenas interatuam. Desse modo, a utilização de medicamentos pelos Xukuru revela mais uma faceta das ambiguidades do universo cultural da etnia, reelaborado nas relações de contato.

É por essa via que se pode compreender que a dificuldade de acesso a medicamentos ofertados pelo subsistema consiste numa fonte de sofrimentos para os Xukuru: “às vezes pede um remédio passa um ano pra vim. Passando um ano pra o remédio chegar, a pessoa já tem morrido (informação verbal).”⁶¹

Segundo Garnelo e Sampaio (2003), o modo de concepção da saúde e da doença está estreitamente relacionado às demandas das populações indígenas dirigidas aos conselhos. Ao longo do processo colonizatório foram sendo instituídos diversos modelos de atenção à saúde, levando a que esses povos aprendessem a valorizar a

⁶¹ Liderança 02 – Ribeira.

medicina curativa, expressas em demandas por remédios, exames, hospitais, entre outras tecnologias disponíveis. Mais não só isso, tais demandas adquirem caráter simbólico e político no contexto das relações de poder relativamente ao campo da saúde indígena, posto que estão vinculadas à disputa sempre presente pelo reconhecimento e a expansão de direitos de cidadania.

Segundo Cardoso (2004), pode haver uma relação intrínseca entre a conquista de benefícios relativos à saúde e transformação dessas conquistas em aumento de capital simbólico e político de suas lideranças, internamente frente ao grupo, como também do grupo frente aos outros grupos e aos órgãos públicos. Entre os Xukuru, é comum atribuir-se ao cacique os benefícios a que a etnia tem acesso no campo da saúde:

é só com Marquinho [o diálogo com a Funasa], ou então a coordenadora branca que tem no polo. [A Funasa] chama Marquinho, conversa com Marquinho, e Marquinho reúne a liderança, Conselho de Saúde, Conselho de Educação, e faz uma reunião e a gente junto conversa (informação verbal)⁶².

A relação das lideranças Xukuru com a gestão da Funasa revela-se algo produtiva para esta última, no sentido de que busca com as primeiras uma “parceria” que ao fim e ao cabo lhe soa bastante conveniente por evitar conflitos e mobilizações dos indígenas, evitar, por fim, o poder da “pisada” do toré. O discurso do gestor reforça essa reflexão:

[...] se você tem uma comunidade participativa, você conseqüentemente vai ter uma maior resolutividade dos problemas de saúde por parte dessa comunidade, nessa comunidade, e isso facilita a organização do serviço, isso facilita a organização da aceitação das decisões, isso facilita a relação dos profissionais de saúde com a comunidade [...] (informação verbal)⁶³.

Na realidade, a participação dos indígenas atribuída pela Funasa não pode ser requerida por ela de modo diferente, posto que a Funasa nunca desenvolveu uma política efetivamente participativa, apesar dos avanços que se contabilizam hoje. Autores como Garnelo (2004) e Athias (2004) mostram que a distritalização foi um processo fortemente centralizado em nível nacional, de modo verticalizado, com pouco espaço de articulação com as Coordenações Regionais (CORE).

⁶²Grupo Focal Serra.

⁶³Gestor 01 – DSEI/PE.

Assim é que, Athias (2004) observou, no caso específico do DSEI de Pernambuco, que a implantação dos distritos sanitários e a estruturação dos conselhos locais de saúde ocorreram de modo controvertido, pois os indígenas, apesar de envolvidos, não entendiam exatamente o significado da distritalização, sendo ainda escassa sua compreensão sobre o papel específico do controle social.

Outra perspectiva é aquela na qual os indígenas buscam acessar os bens e serviços dos “brancos” como forma de a eles se igualarem em termos de acesso a esses bens e recursos, muitas vezes compreendidos como de melhor qualidade. Nesse aspecto vale a lembrança de um dos gestores entrevistados, o qual, de modo queixoso, afirmava que os indígenas eram exigentes ao ponto de só quererem remédios “de marca”, numa alusão ao fato de que a distribuição de remédios genéricos era criticada por alguns indígenas Xukuru. De igual maneira, reivindicavam o acesso aos hospitais privados da cidade (conveniados ao SUS), segundo um entendimento – muito em voga no senso comum – de que esses serviços, por serem privados, ofereceriam maior qualidade e melhores resultados.

Os índios às vezes são mais exigentes, aí não querem hospital e só querem a Casa de Saúde. Às vezes há uma divergência por causa disso, por eles não querer ser atendidos no hospital e só querer ser atendidos na Casa de Saúde. A casa de saúde por ser particular (informação verbal)⁶⁴.

Aqui a demanda à saúde pode ser vista como reprodução do princípio de consumo individual da lógica capitalista, que privilegia o consumidor abstrato e anônimo em detrimento do indivíduo em sua individualidade concreta, como observa Mendes Gonçalves (1992), para quem a riqueza da participação ativa e consciente se confunde com

o empobrecimento da personalização de fachada, auto-engodo de consumidor **VIP** que almeja a diferença como um fim em si mesma, e não pelo que possa ter de substantiva e qualitativa (MENDES GONÇALVES, 1992, p. 57, grifo do autor).

Para Bourdieu, essa perspectiva passa por uma lógica de distinção segundo a qual assemelhar-se aos consumidores - os brancos detentores de poder econômico - desses produtos cuja “superioridade legítima” parece, por isso mesmo,

⁶⁴ Profissional 03 - Serra.

inquestionável, elevaria de igual maneira o status dos índios, que supunham por essa via estar pleiteando a elevação de sua cidadania⁶⁵.

O modo de gestão e organização da política de assistência farmacêutica também explica em parte a questão das dificuldades de acesso aos medicamentos nos DISEI. Segundo diagnóstico realizado pela Fundação Nacional de Saúde (CONSÓRCIO-IDS-SSL-CEBRAP, 2009), de maneira generalizada essa política apresenta contradições e conflitos de hierarquia que repercutem bastante na oferta de medicamentos em nível local. Em 2007, a Funasa publicou a Portaria 047/2007 que relaciona 154 itens de medicamentos cuja aquisição, a partir de então, só poderia ser realizada pela presidência da Funasa. A repercussão dessa decisão administrativa, contudo, foi drástica, conforme o diagnóstico acima mencionado. Houve notadamente uma flagrante contradição com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e a PNASPI, que preconizam como eixos norteadores a descentralização da gestão e das ações de assistência farmacêutica. Ademais,

em que pese uma possível redução nos custos diretos com a aquisição centralizada de medicamentos, aumentam os custos indiretos, como por exemplo, com a armazenagem no nível central de grandes quantidades de medicamentos, o transporte para todo o país, as perdas com medicamentos vencidos, as entregas atrasadas, erradas e em quantidade insuficientes, entre outros (CONSÓRCIO-IDS-SSL-CEBRAP, 2009, p. 90).

Também foi observado no diagnóstico que, da lista apontada na Portaria nº 047/2007, apenas 57,1% estão incluídas na lista da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), sendo este um percentual considerado muito baixo e relacionado ao fato de “não ter havido as etapas de seleção e de programação conforme preconiza o ciclo da Assistência Farmacêutica” (CONSÓRCIO-IDS-SSL-CEBRAP, 2009, p. 90).

⁶⁵Trata-se de uma postura semelhante àquela que Bourdieu atribui ao *habitus* da classe popular (dominada), cuja disposição provoca uma autoeliminação das classes desfavorecidas (Bonnevitz, 2006), uma disposição que tende a eliminar o improvável, a “fazer da necessidade virtude”, isto é, desejar apenas o que tem chances de ser consumido. No caso dos Xukuru, o desejo de acessar esses bens para cujo consumo seu *habitus* e as condições de sua produção não lhes habilitam, em face da percepção criada pela sua trajetória e pelas experiências ulteriores no acesso à saúde, só pode ser compreendido como uma negação da visão dualista que separa o sujeito de sua história, o determinismo da liberdade, a consciência do inconsciente, entre outros dualismos. Isto porque o *habitus* sempre apresenta os limites históricos e sociais de sua produção, mas também tem a arte de inventar e produzir práticas em número infinito e relativamente imprevisíveis (BOURDIEU, 2011a).

As relações de contato interétnico são bastante complexas e, sem dúvida, refletem-se nos processos sociais que envolvem a questão do acesso a recursos (como os medicamentos, por exemplo) e serviços sociais. Cardoso (2001, p. 18) observou entre os Kalapálo, indígenas do Parque do Xingu, que a natureza das demandas por esses serviços expressava uma certa cultura política interna à etnia segundo a qual importa “conquistar o que o mundo dos ‘brancos’ tem a oferecer”.

Nessa colocação não está necessariamente implícita uma intenção de superação da relação tutelar que caracteriza ainda hoje os povos indígenas perante o Estado. Na verdade, conforme já observava Darcy Ribeiro (1982), a sociedade brasileira não oferece estímulos e atrativos suficientes para que nela os indígenas queiram se dissolver.

No caso dos Xukuru, a experiência da conquista do território, por meio da qual se evidenciou sua capacidade de luta e, ao mesmo tempo, a necessidade de sua manutenção e existência dentro desse espaço coletivo, parece ter desenvolvido internamente uma consciência de direitos associada à sua capacidade de autossustento e autonomia.

Pra que a gente possa impulsionar de fato a sustentabilidade do nosso povo aqui no nosso território. E que nós tenhamos de fato a nossa autonomia não só política, mas financeira do nosso espaço, do nosso território. E esse é o grande desafio para que nós tenhamos aqui no território Xukuru a nossa autonomia financeira, que nós possamos estar desenvolvendo as nossas ações sem ser preciso estar correndo atrás de quem quer que seja (informação verbal)⁶⁶.

As vias formais de acesso aos bens necessários à garantia dessa autonomia são muito bem compreendidas pelas lideranças Xukuru, que veem na elevação do capital cultural institucionalizado – não apenas do capital escolar e étnico – um recurso necessário à sua incorporação ativa no campo mais amplo das relações sociais, demonstrando conhecimento e aceitação das regras do jogo.

A gente tem um potencial enorme, eu acho que aqui sim nós temos condições de termos os nossos advogados, nós precisamos aqui de pessoas formadas em administração porque nós precisamos ter aqui as nossas instâncias de organização pra poder pensar na escoação da produção [...], pensando na qualidade desse produto, pessoas formadas em marketing que possa estar pensando no marketing, numa marca Xukuru [...]. Tudo isso nós precisamos porque nós temos uma etapa nova de luta, não pense que a luta era só pela recuperação do território, a luta ela

⁶⁶ Fala de uma Liderança na X Assembléia anual do povo Xukuru-2010.

continua. Precisamos de pessoas aí formadas em veterinário, agente ambiental [...]. Quando a gente pensa os nossos projetos voltados pra agricultura orgânica, não é?, pensando no meio ambiente, temos que ter sim agentes, engenheiros agrônomos, tudo isso é importante pra que nós possamos fazer uma boa administração no nosso território. Então essa fala é mais pra estimular, pra mostrar pra vocês que no nosso território é possível se viver, é possível se viver aqui com qualidade de vida (informação verbal).⁶⁷

Esse discurso mostra que os Xukuru não pretendem se “dissolver”, mas não porque requerem a tutela, e sim, ao contrário, porque lutam por autonomia como grupo diferenciado no conjunto da sociedade brasileira. Uma autonomia cuja causa e o resultado constituem o poder que acumularam nos labirintos das relações sociais e políticas que precisaram adentrar, e sair, num movimento contínuo que requer a entrada das novas gerações Xukuru nos diversos campos de luta, conforme se lê abaixo.

É claro que a nossa juventude tem aí também desenvolvido o seu papel, o seu trabalho e ainda um grupo um pouco pequeno mas a gente está através do ponto de cultura, através das escolas, dos professores de arte, estão desenvolvendo também a nossa juventude (informação verbal)⁶⁸.

Contudo, a visão de um dos gestores do SUS municipal a respeito do acesso à saúde para os Xukuru demonstra em alguma medida que a relação tutelar permanece, agora convertida em ações de caráter piedoso, dissimuladas por uma aparente situação de equidade:

Acho que os investimentos que têm com os povos indígenas têm esse passo à frente da outra população, até mesmo porque os indígenas acabam tendo os dois benefícios, tem o benefício [do subsistema de saúde] indígena e tem dentro de Pesqueira como não indígena, porque como é SUS você não pode negar o atendimento. Como eles têm esses dois lados termina eles estando um passo a frente na questão de qualidade e integralidade, né? Você vê a questão das vacinas. [...] Todas as vacinas é pra todas as faixas etárias, não tem divisão, nós aqui já temos divisão e a quantidade de vacinas não é suficiente pra todo mundo, que deveria ser. Não é prevenção, né? Deveria ter, então essas diferenças eles estão um passo a frente com isso (informação verbal)⁶⁹.

Embora pareçam “privilegiados” e os recursos financeiros do subsistema, conforme relata Garnelo (2004), tenham se feito muito presentes⁷⁰, esse fato não repercute hoje na experiência concreta dos Xukuru:

⁶⁷ Fala de uma Liderança na X Assembléia anual do povo Xukuru-2010.

⁶⁸ Liderança 03 – Agreste.

⁶⁹ Gestor 03 – Secretaria Municipal de Saúde.

⁷⁰ Entre 1999 e 2004, o orçamento federal para saúde indígena variou entre cento e oitenta a duzentos e cinquenta milhões de reais, com uma aplicação per capita de aproximadamente R\$ 500,00

Eu acho que não pode ficar sem médico! Quando acontece um problema corre para o hospital, quando acontece um problema corre para a Casa de Saúde. Como essa semana mesmo, daqui dessa Aldeia mesmo, foi duas pessoa pra Casa de Saúde, não... pra o Hospital Dr. Lídio Paraíba, foi duas pessoa pra lá (informação verbal)⁷¹.

Aqui se observa um dos grandes problemas na qualidade dos serviços geridos pelos DSEI, que se refere ao predomínio de intervenções pautadas pela demanda espontânea de medicina curativa (GARNELO, 2004). No caso relatado pela liderança acima, as intervenções foram ainda mais pontuais, posto que só se realizaram nas situações de adoecimento que evoluíram ao ponto de se acionar um serviço de urgência.

Esse é um fenômeno que precisa ser mais bem analisado, posto que sinaliza uma baixa eficiência dos serviços de saúde indígena, principalmente quando a análise da fala dos usuários e dos profissionais evidenciam as precárias condições de infraestrutura no atendimento local. A falta de materiais e insumos básicos nos “pontos de atendimento”, e até nos locais que funcionam efetivamente como postos de saúde, fizeram parte das queixas mais frequentes dos profissionais. Faltam desde energia elétrica e água até maca para exame clínico dos pacientes, foco de luz, seringa e luva.

A gente tem que ter muito insumo pra poder dar um atendimento de qualidade, tipo, as vezes você precisa lavar um ouvido, tem que ter soro tem que ter... tem que ter seringa, tem que ter... às vezes você precisa fazer outra coisa... Não precisa encaminhar... não adianta sem ter insumo... porque aí sua resolutividade diminui muito, muito (informação verbal)⁷².

A dificuldade é grande, e nos locais que têm posto é bom o atendimento, mas nos locais onde não tem posto é difícil. É difícil porque os pacientes não querem ficar expostos, as casinhas são pequenas e tem que ficar ouvindo a consulta do outro, né?, e tem muito índio que tem vergonha de passar o que está sentindo na presença de outras pessoas, aí devido ao local que é pequeno aí tem dificuldades (informação verbal)⁷³.

De fato, as observações de campo também evidenciaram tais dificuldades. Observaram-se atendimentos médicos cujas salas não possuíam travas, nem

por ano. Proporcionalmente, esses valores representavam um investimento três vezes maior que o gasto em saúde para a população brasileira como um todo (GARNELO, 2004).

⁷¹ Liderança 04 – Serra.

⁷² Profissional 01 – Ribeira.

⁷³ Profissional 04 - Serra.

isolamento acústico, sequer uma parede separando o usuário em atendimento daqueles situados na “sala” de espera.

Ademais, a trabalhosa logística que se faz necessária em face dessas situações, observada por um profissional, conforme relato abaixo, faz lembrar os antigos atendimentos volantes do tempo ainda do SPI, realidade também apontada por Garnelo (2004).

Então, assim, mesmo que a gente estruture o melhor... a gente coloque tudo, peça as coisas ao DSEI pra gente ter pra levar, dá muito trabalho descer todas essas coisas do carro montar um campo de atendimento, botar tudo dentro do carro de novo pra no outro dia montar[...] (informação verbal)⁷⁴.

Nesses termos, não é difícil inferir que existe alta demanda para atenção especializada e serviços de emergência do município, cujos números não foi possível aferir no presente estudo. De qualquer modo, os resultados do estudo realizado pelo Consórcio IDS-SSL-Cebrap (2009, p. 8), no componente “modelo de organização” anui essa inferência, uma vez que propõe a necessidade de

garantir aos polos estrutura tecnológica compatível com a atenção básica. Nos casos onde há forte demanda por procedimentos de maior complexidade justifica-se proceder a análise de custo efetividade para avaliar a possível adoção de tecnologias mais complexas.

Assim, o subsistema de saúde indígena, em que pese o propósito de ser diferenciado e assumir princípios filosóficos de uma política afirmativa, repete em suas bases operacionais os mesmos limites do SUS relativamente à atenção primária configurada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que ao fim e ao cabo também derivou de valores que se referem à equidade e à universalidade da atenção.

4.3.2.3 Condições objetivas relativas a fatores socioculturais do acesso

Neste item, a questão das especificidades culturais, valorativas, religiosas dos Xukuru, associadas à natureza das suas tradições, ganham importância cabal. Como também aspectos relativos à autonomia, controle e participação social.

⁷⁴ Profissional 01 - Ribeira.

Observou-se, nessa questão, uma preocupação acentuada das lideranças em torno da manutenção de suas tradições, cultura e valores, posto que os Xukuru encontram-se num processo de “esquecimento” que põe em risco a permanência de aspectos muito caros à identidade cultural desse povo, arraigada que é à manutenção e reprodução do seu território.

Ao se buscar conhecer de que modo tais elementos são valorizados pelas equipes de gestores e profissionais, observou-se que os Xukuru reconhecem que há abertura de alguns deles para o diálogo, contudo lamentam o fato dos próprios indígenas atribuírem pouco valor às suas marcas e tradições, sobretudo quando se trata de participação em eventos específicos, como também da utilização de terapêuticas tradicionais de cura, como a utilização de plantas medicinais que existem em abundância no território.

As pessoas terminaram é... como tem um médico, tem num sei o que, tem remédio, tem a farmácia básica, então as pessoa passaram a procurar muito essas coisas, sabe?, esses medicamentos, e a gente entendeu que isso é ruim porque termina esquecendo. Hoje você tem uma dor de cabeça ou uma diarreia ninguém procura mais um chá no mato, raramente você vê isso (informação verbal)⁷⁵.

De fato, a prática da medicalização parece ter se tornado um hábito introduzido de modo generalizado entre os Xukuru, conforme o relato abaixo.

Aí, eu já vou partir para tomar medicamento, só é quando eu tomo medicamento, quando eu me sinto prejudicado, assim da saúde [...]. Se eu sentir qualquer probleminha, ai tem que partir pra o médico (informação verbal)⁷⁶.

A medicina alopática tem predominado entre esse povo, como de resto se observa em outras etnias, como mostra o estudo de Andrade, Souza e Nogueira (2011), os quais identificaram a predominância de práticas biomédicas associadas à alta medicalização entre os Jenipapo-Kanindé e Pitaguary no Ceará. No caso dos Xukuru, foram verificadas 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 sabe fazer(informação verbal)”⁷⁷.

⁷⁵ Liderança 02 - Ribeira.

⁷⁶ Usuário 02 - Agreste.

⁷⁷ Liderança 01 - Agreste.

Essa prática pode ser relacionada ao fato de alguns profissionais não-indígenas demonstrarem claramente que não veem nenhuma diferença entre os indígenas Xukuru e os demais moradores da zona rural do Nordeste brasileiro, conforme se extrai da fala abaixo:

eu já trabalhei muito tempo na zona rural e eu não noto diferença não. Pelo menos os índios daqui são praticamente civilizados e a gente não vê. Lá pro Amazonas, pro Pará, pode ser, mas os daqui é o pessoal da zona rural (informação verbal)⁷⁸.

Em conformidade com uma visão que parte da perspectiva de que um dia os índios seriam incorporados à “civilização” e, portanto, estariam numa escala evolutiva superior, essa fala expressa um desconhecimento do processo histórico de territorialização pelo qual os indígenas nordestinos passaram, conforme explicam vários autores, a exemplo de Oliveira (2004, 2006) e Arruti (2006). Tal perspectiva se dá à revelia da Política Nacional de Saúde dos Povos indígenas, a qual insta gestores e trabalhadores a concretizarem no cotidiano a articulação entre o sistema terapêutico indígena e as práticas sanitárias do subsistema. Ademais, destaca que

o reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p.17)

O estudo de Leite, Langdon e Diehl (2011) entre os Kaingàng, em Santa Catarina, encontrou situação semelhante, levando os autores a concluir que, no caso dessa etnia, os profissionais não encontram diferenças entre indígenas e não-indígenas, percebendo o território onde trabalham como um lugar igual a qualquer outro. Como resultado, suas práticas terapêuticas também refletiam esse ofuscamento, uma vez que afirmaram não ser necessário práticas culturalmente adequadas.

Mas também é fato que alguns profissionais apresentam uma certa identificação com relação aos costumes, tradições, crenças, entre outros elementos, da cultura Xukuru, embora ainda se trate de um processo pouco interativo, como se fizessem uma concessão, ou como se as práticas terapêuticas dos Xukuru fossem apenas valorizadas devido à possibilidade de diminuir uma demanda incômoda para a unidade, como no caso abaixo:

⁷⁸ Profissional 03 - Serra.

olha, eu respeito às culturas deles e acho até que eles devem usar mesmo, porque, por exemplo, uma dor, uma febre, não precisa nem vir pra gente, profissional, no caso, um médico, um enfermeiro, eles tendo, tendo os costumes que eles têm, as ervas, os tratamentos eles mesmo podem se cuidar e se curar [...]. Então eu acho que eles devem usar, devem aproveitar se eles sabem, devem por em prática [...] (informação verbal)⁷⁹.

Tal “concessão” parece embasada na negação da possibilidade de uma relação dialética entre os saberes dos indígenas e dos profissionais nas práticas de saúde dentro do território. Na verdade, trata-se de uma relação de poder cujas bases vão além dos limites do território, posto que envolve disputas pelo domínio e imposição (violência simbólica) do saber reconhecido como legítimo. 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 (“não precisa nem vir pra gente, profissional”), reduzindo a demanda reprimida, e, de outro, que opere de forma paralela à prática médica dominante.

Trata-se igualmente de um certo desconhecimento quanto às práticas terapêuticas utilizadas pelos Xukuru, as quais não se resumem aos chás, efusões ou lambedores. Pode-se reconhecer na fala do cacique Xukuru outras formas de acessar a saúde, restabelecer e estabilizar o equilíbrio do corpo.

não só o pajé, mas têm outras pessoas, os curandeiros, pessoas que também entendem do, desse processo mais místico nosso, e que independente do pajé, outras pessoas fazem, né?, tranquilamente, esses remédios caseiros, né?, tem as rezas, que é importante, né?, os rituais que acontecem, então, isso tudo é espaço que se procura. A gente percebe algumas pessoas meio...algo que está afligindo, que muitas vezes está relacionado com a questão da mediunidade, que nós chamamos de mediunidade, que é a relação com os encantados, com a natureza (informação verbal)⁸⁰.

Da fala acima nota-se que o sistema terapêutico Xukuru é bem mais complexo do que supõe o relato do profissional já mencionado anteriormente. Formando um cenário plurimédico, nesse sistema, conforme descreve Souza (2004), convivem o sistema de cura nativa, a biomedicina e a medicina popular não-indígena. Esses sistemas são acessados de modo alternado ou simultâneo, sendo importante destacar que eles operam por meio de interações dinâmicas nas quais seus elementos são apropriados, recriados e ressignificados (SOUZA, 2004). Segundo esta autora, o sistema nativo é o recurso mais utilizado, sendo os especialistas de

⁷⁹ Profissional 03 - Serra.

⁸⁰ Liderança 05 - Cacique.

cura reconhecidos pelo grupo como os detentores por excelência desses saberes. A fala exposta por outra liderança acerca do que entende por “saúde” revela o nível de incorporação dessas práticas.

Ter saúde pra mim é primeiro está bem espiritualmente, é poder se alimentar bem, é poder trabalhar e desenvolver, e poder, inclusive a partir do trabalhar e desenvolver-se, ter condições de acessar a saúde independentemente de ela ser pública ou não, isso é, acho que algo pertinente a cada ser humano, mas antes de qualquer coisa é estar bem consigo mesmo, com suas culturas, seus costumes e tradições e ter respeitada essa prática que é fundamental pra todos nós (informação verbal)⁸¹.

Frente à fragilidade da saúde, quando percebem a necessidade de buscar recursos para o reequilíbrio do corpo (para “poder trabalhar”) e da mente (para estar “bem espiritualmente”) essa liderança e outros usuários revelam:

olhe se for um problema de saúde que eu entenda que está ligado ao espiritual eu vou atrás do pajé, eu vou atrás da mediunidade do meu povo. Se for um problema típico, um problema básico tipo uma dor de barriga, ou uma dor de cabeça forte e tal eu busco sempre, eu procuro sempre as pessoas que trabalham com a medicina tradicional, eu sou muito adepto da medicina tradicional e eu costumo me cuidar também com as plantas... é, mas, se eu sentir que é um problema que o remédio caseiro e as plantas não vão estar dando resultado, aí sim, eu procuro um médico (informação verbal)⁸²;

olha, eu tomo medicamento, que eu vou no médico e tomo medicamento, mas eu tomo remédio do mato, nós temos erva aqui que é medicinal. Então só a droga que vem das farmácias não resolve o problema, a gente resolve muito também com as nossas plantas medicinais, a mata também que a gente planta (informação verbal)⁸³.

Trata-se do acúmulo de um capital cultural que, incorporado e reproduzido por meio do que Berger e Luckmann (1985) denominaram socialização primária e secundária⁸⁴, são repassados de geração em geração e através das próprias experiências de situações de doenças vividas, conforme foi notado por Souza (2004). Esse processo – constitutivo do *habitus* – reforça a demarcação das fronteiras da identidade Xukuru e fazem frente a um processo crescente de

⁸¹ Liderança 03 - Agreste.

⁸² Liderança 03 - Agreste.

⁸³ Liderança 01 - Agreste.

⁸⁴ Segundo Berger e Luckmann (1985, p. 175), a socialização é um processo amplo e consciente de “introdução de um indivíduo no mundo objetivo de uma sociedade ou de um setor dela”. Sendo que esse processo se dá em dois momentos: na infância, quando ocorre a “socialização primária” e, posteriormente, na “socialização secundária”, quando o indivíduo já socializado experimenta processos subsequentes de introdução no mundo objetivo. A socialização primária tem valor mais importante para o indivíduo porque se dá por meio de “outros significativos”, sendo, portanto, carregada de emoções. E, neste sentido, é a estrutura básica de toda socialização secundária.

biomedicalização da saúde e da vida (ILLICH, 1975). Deste modo, a análise do acesso à saúde indígena não pode limitar-se a uma perspectiva que o reduza ao consumo de bens, serviços e tecnologias ofertados nos sistemas culturais de saúde dos “brancos”, seja no Subsistema de Saúde Indígena, no SUS, ou em outros.

Também é verdade que as relações de contato interétnico demonstram, conforme lembra Langdon (2004), que os indígenas se apropriam e reeditam muitos aspectos da medicina ocidental. Neste sentido, a autora observa que

os limites entre a biomedicina e as medicinas tradicionais são bastante permeáveis, tornando o itinerário terapêutico muito mais complexo e resultante de diversos fatores, e não só da percepção de eficácia (LANGDON, 2004, p. 45).

Vale dizer, necessita ter em conta as diferentes opções terapêuticas desses usuários num contexto de contato interétnico (condições objetivas de uso) e suas interações com o *habitus* dos agentes (condições subjetivas de uso). Nesse sentido, a política de saúde indígena necessita orientar suas intervenções, seja em nível do planejamento, da gestão, da execução ou da avaliação, sob a luz das diferenças culturais que marcam a distância entre o “mundo indígena e a sociedade envolvente, hegemônica e dominante”, conforme faz lembrar Cardoso de Oliveira (2006, p. 40).

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. A fala de uma importante liderança indígena, durante uma reunião ocorrida no polo-base, e reproduzida por um dos profissionais de saúde durante as entrevistas neste estudo, aparece a princípio como se os indígenas Xukuru estivessem “acostumados com pouco”: “quanto mais vocês atendem, mais o povo vai querer, vão gostar, eles tão mal acostumados [...]” (informação verbal).

Caso a análise parta de considerações a respeito do processo histórico de territorialização dos índios no Nordeste, bem como do processo de “retomada” e reconstituição da identidade étnica dos Xukuru, passando, ainda, pela trajetória de construção de seu modelo de organização sociopolítica, a fala acima adquire uma racionalidade e um significado próprios, frente às relações de contato interétnico. É

nessa lógica que igualmente se insere a apropriação que esses indígenas fazem do subsistema de saúde *vis à vis* sua relação com a saúde e a doença.

Segundo Bourdieu (2011a), embora as práticas dos agentes nem sempre sejam conscientes, isto é, nem sempre tenham resultado de um processo de organização de estratégias e táticas de ação, isto não quer dizer, em absoluto, que sejam desprovidas de racionalidade. Aquela liderança referida pelos profissionais acima mencionados acrescenta em sua fala que um aumento da presença dos médicos nas aldeias (em termos de tempo e número de consultas) iria “mal acostumar [os] índios”. O que parece estar latente aqui é um conflito simbólico dentro de um campo igualmente simbólico de produção e legitimação de verdades que fazem a diferença na vida cotidiana da etnia. A racionalidade - (talvez) não racionalmente consciente - que a fala em foco incita a crer é aquela que guarda coerência com a preservação das fronteiras da identidade dos Xukuru: trata-se de uma postura atenta aos limites que estabelecem até onde o modelo médico do “branco” pode ir.

O modo de percepção dos Xukuru sobre a saúde e a doença vincula-se profundamente à sua relação com a terra (e o território) e a natureza, onde se encontra toda a fonte de vida, e de onde se retira a “força pra continuar na luta”. Conforme demonstrado por Souza (2004), essa relação se expressa claramente no “modelo etiológico xukuru”, o qual se configura numa complexa rede de interações e comunicações que envolve princípios da biomedicina, da medicina popular e de saberes médicos nativos, sendo que a partir destes últimos se apropriam e reelaboram os outros. Embora a autora acima referida não tenha como foco de preocupação a relação desse modelo com os processos socioculturais e políticos acima mencionados, essa relação parece ululante.

Nesse sentido, o núcleo da fala daquela liderança indica a busca por um limite à “intrusão” de um modelo de atenção cuja “iatrogenia” não repercute apenas no âmbito biológico do indivíduo, mas também, e fundamentalmente, no âmago coletivo da cultura de um povo que busca, justamente por meio dessa cultura, se reproduzir material e simbolicamente. Portanto, essa fala parece mostrar a vivacidade da resistência xukuru frente às práticas estatais de permanente violência simbólica. No caso em tela, essa violência se revela na tentativa de imposição ou inculcação de

um modelo de cura que sorrateiramente subtrai dos xukuru elementos profundamente associados à sua identidade, referidos ao uso da medicina nativa, em que pese as boas intenções dos agentes individuais ou o grau de ignorância que tenham dos resultados de suas ações.

Vale notar que atitude semelhante de resistência foi observada no evento “Abril Indígena 2013/PE/Acampamento Terra Livre”. Neste encontro, durante as discussões do grupo que refletia sobre o tema da saúde indígena, ouviu-se de um dos indígenas presentes: “nós têm nossas cura, mas nós é que sabe o que é tradicional”(informação verbal)⁸⁵. Isto é, segundo esta fala, o “branco” não tem legitimidade para falar das práticas de cura dos índios, e apenas a estes cabe esse direito e esse conhecimento. Ou seja, sua fala indicava que a competência legítima para falar pelos índios e em nome da saúde destes, nesse campo simbólico de luta pelo saber/poder simbólico, pertencia somente aos índios. E mais: apenas a estes pertencia o direito legítimo de praticar sua medicina, não sendo autorizado aos médicos brancos “receitar” os remédios nativos, cujos princípios ativos estão para além do que se pode extrair das plantas, folhas ou cascas encontradas na mata. Trata-se de princípios cujas fontes estão na cosmologia dos Xukuru e na relação da etnia e, principalmente, de seus “especialistas de cura”, com a Terra e a Mãe Natureza.

É verdade que talvez não tenha sido um processo consciente de resistência o que impulsionou as falas citadas acima, mas os resultados dessas posturas, que parecem ordenadas e consequentes, como se fossem racionalmente orquestradas, podem induzir processos de mudança nas relações interétnicas. É por essa via que pode ser vista a constituição do movimento indígena no Brasil, isto é, como a realização de um *habitus* coletivo que se estruturou ao longo de processos históricos conflituosos de afirmação e reconhecimento. Tais processos exigiram constantes elaborações e reelaborações da cultura indígena como forma de distinção em face das possibilidades de ganhos relativos à cidadania em condições

⁸⁵ Informação extraída por meio da observação direta, realizada durante a participação da autora no evento.

objetivas semelhantes, como no caso da criação da Política Nacional de Saúde Indígena, cuja atenção preconizada é específica e diferenciada.

Conforme já observado, a reconquista entrelaçada e simultânea do território e da identidade étnica Xukuru é ao mesmo tempo a origem e o resultado do protagonismo dessa etnia nas suas relações com o Estado, sendo que a manutenção dessa conquista guarda relação profunda com a manutenção de sua cultura, ainda que esta já tenha passado por um profundo e extenso processo de “aculturação”. De fato, conforme observa Barth (2000), as distinções étnicas não dependem do isolamento nem da ausência de aceitação social. Não é imperioso que a interação leve à

destruição pela mudança e pela aculturação: as diferenças culturais podem persistir apesar do contato interétnico e da interdependência entre etnias (BARTH,2000, p. 26).

Os Xukuru entenderam que o capital étnico – capital cultural simbólico – poderia se constituir num recurso de poder sob os auspícios dos ventos democráticos dos anos 1980. Portanto, enquanto durar as condições objetivas que requeiram a manutenção e a reprodução desse capital, diversas serão as estratégias às quais recorrerão. A reelaboração cultural desse povo consiste em um conjunto de estratégias nesse sentido: a realização de suas práticas religiosas, como o toré e a pajelança, as práticas políticas e simbólicas, como as assembleias anuais e o “20 de Maio”, bem como sua *performance* nos eventos religiosos da cidade de Pesqueira⁸⁶. Acrescentem-se ainda as práticas escolares de tentativas de “descolonização” e, no que particularmente interessa aqui, as práticas que visam à manutenção da medicina nativa.

Em face dessa realidade, a falta de conhecimento dos profissionais parece fazer parte da origem e do cerne da problemática concernente às condições objetivas de acesso sociocultural na TI Xukuru. Ao ignorar o complexo que forma o modelo etiológico Xukuru, conforme descrito por Souza (2004), alguns profissionais não apenas demonstram desinteresse pelo território onde atuam, mas, e sobretudo,

⁸⁶ Neste último caso, Neves (2005) analisa, sob um olhar antropológico, as diversas *performances* efetuadas nos rituais, como ocasiões em que estão presentes dimensões que envolvem a crença pública, interesses competitivos, reconhecimento e influência, liderança e poder.

revelam o baixo poder que representa o capital cultural dos Xukuru no microcampo das práticas médicas, demarcando sua posição como dominados nesse campo, onde o poder do conhecimento (tido como) legítimo da biomedicina impera. É aqui que o poder simbólico desse tipo de capital possui um peso importantíssimo, pois é justamente nos campos onde menos o capital econômico tem valor que se sobrepõe o valor do capital cultural, conforme lembra Bourdieu (2007).

O que se evidencia é que o respeito às práticas terapêuticas indígenas como outro sistema cultural de saúde no interior da relação médico-paciente não tem sido levado até suas últimas consequências. Conforme observa Langdon (1999, p. 09).

Os dois sistemas [sistemas culturais de saúde] conhecem o mundo e constroem seus saberes como óticas diferentes sobre o que consta como verdade e ou o que é evidência.

Trata-se de uma limitação importante na questão do acesso à saúde desde que, em muitos casos, há 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] 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 (informação verbal)⁸⁷.

O que parece estar em disputa aqui é o monopólio da competência legítima, que maximiza o capital cultural, transmutado em poder simbólico, que define o profissional médico como “coisa particular”, demarcando as fronteiras que o distinguem do leigo.

A violência simbólica expressa nessa relação explica em parte a expressiva valorização da biomedicina por parte de muitos indígenas Xukuru. Em um dos grupos focais realizados, uma liderança presente reproduziu, como exemplo, o que ouviu de uma indígena de sua região quando um profissional “mais sensível” lhe orientava o uso de lambedores ou plantas com propriedades medicinais, facilmente

⁸⁷ Grupo Focal Serra.

cultivadas nos canteiros de sua casa: “eu vim [ao posto de saúde] pra passarem medicamento, num foi mato!” (informação verbal)⁸⁸.

Por outro lado, essa violência choca-se claramente com os princípios de valorização das tradições e costumes indígenas, bem como de suas terapêuticas tradicionais, consubstanciados na Política Nacional dos Povos Indígenas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 17):

A melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença. O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

A utilização de terapêuticas locais, o uso de plantas medicinais, também foi associada, por parte dos usuários, não à redução da demanda, mas à redução da oferta de equipes de saúde, especialmente o médico, na área:

A gente faz remédio em casa, porque assim... Demora, médico não vem, assim, às vezes vem um mês só, tem vezes que passa dois meses sem vir. Ai, já que não tem, né? Ai tem que curar em casa mesmo (informação verbal)⁸⁹.

A ambiguidade que perpassa essa colocação expressa algo das sutilezas do contato, e suas repercussões no cotidiano dos Xukuru frente às situações de adoecimento. Nessas situações, diversas são as motivações que levam alguns indígenas a buscarem mais frequentemente a cura nos medicamentos de farmácia do que naqueles remédios⁹⁰ cuja origem encontra-se em seus sistemas terapêuticos de cura. Como exemplo, uma das lideranças xukuru observou que a facilidade de acesso aos medicamentos do “branco” consiste num problema.

Eu acho que... eles veem todo dia médicos nas aldeia, caixa de remédios, né?, nas aldeia. Aí mãe, quando a criança precisa, ou alguém da casa, aí ela, com preguiça, talvez, aí não quer ir mais na mata, buscar uma folha de mato ou uma casca pra fazer chá. Talvez ela saiba que aquilo serve, serve

⁸⁸ Idem.

⁸⁹ Usuária 03 - Serra.

⁹⁰ Diehl e Rech (2004, p. 149), embasados em Schenkel (1991), diferem “medicamento” de “remédio”. O primeiro é entendido como “substância ou preparação que se utiliza como remédio, elaborada em farmácias ou indústrias farmacêuticas e que atende especificações técnicas e legais”. O segundo se refere a “uma acepção mais ampla, sendo aplicado a todos os recursos terapêuticos utilizados para combater e/ou prevenir doenças ou sintomas, como plantas in natura, repouso, benzeduras, rituais de cura etc.”

pra tal doença que ela tá sentindo [...], acha melhor o médico que tá na porta dela, a caixa de remédio que tá na frente dela (informação verbal).⁹¹

Algumas questões merecem ser compreendidas nesse aspecto. Em primeiro lugar, a facilidade não é tão grande quanto a fala mencionada parece referir, pois uma das grandes queixas dos usuários está exatamente na dificuldade de acesso aos medicamentos: “eu sempre tomo remédio mesmo, eu sempre compro”(informação verbal)⁹². Estes, sobretudo os de uso contínuo, segundo foi referido por alguns profissionais e lideranças, só se dispõem com uma certa abundância no início do mês, quando a farmácia do polo-base é abastecida.

Em segundo lugar, a percepção de “facilidade” pode estar relacionada à histórica precariedade de atenção à saúde que caracteriza a política de saúde nas áreas indígenas no Brasil. A importância desse histórico pode ser dimensionada na medida de sua influência nos esquemas de percepção e de ação dos indígenas, levando-os a entender (pelo discurso dos gestores) e aceitar (pelos seus esquemas internos de percepção do mundo) como facilidade a oferta, agora mais frequente, desses insumos e a presença, em tempos menos espaçados, de profissionais de saúde na área para prescrevê-los.

Em terceiro lugar, o uso de medicamento nas áreas indígenas tem de fato, como ocorre em outros nichos, relação com a oferta (suprimento e disponibilidade) e com a demanda, mas esse aspecto deve ser posto relativamente aos fatores que vinculam um lado (disponibilidade) a outro (demanda), sobretudo em se tratando de contextos locais. E no contexto dos Xukuru, já se discutiu no item a respeito de fatores organizacionais do acesso os diferentes aspectos vinculados à sua organização sociopolítica como um desses fatores locais intervenientes no processo de busca e utilização de recursos do subsistema de saúde.

Segundo Diehl e Rech (2004), a oferta de medicamentos é uma prática que está presente nas relações entre os índios brasileiros e a sociedade não-indígena em todo o processo de interação. Ocorre que, para além das normatizações biomédicas que determinam o uso racional dos medicamentos, os indígenas aprenderam a

⁹¹Grupo Focal Serra.

⁹²Usuária 04 – Agreste.

demandá-los e os incorporaram em seus sistemas terapêuticos locais conforme suas próprias racionalidades. Foi o caso dos Xukuru (SOUZA, 2004), mas os fatores que mediam e influenciam nas demandas são diversos (DIEHL; RECH, 2004), podendo-se supor que se relacionem às aquisições ocorridas nessas relações de contato, e as disposições a elas associadas, as quais orientam a percepção e ação dos indivíduos.

Como forma de manifestação decorrente de relações interétnicas recentes, com o sentido claro de correr na contramão de sua história de contato, pode-se citar as Assembleias Anuais do Povo Xukuru, onde os elementos definidores de suas fronteiras étnicas são reavivados e explorados como estratégia de coesão e fortalecimento do grupo.

De fato, as Assembleias Anuais têm se constituído em um dispositivo⁹³ fundamental para a revalorização e reprodução da “etnicidade” dos Xukuru, sendo a relação com a Terra e a Mãe Natureza recorrentemente assumida como base de todas as suas práticas sociais: “a terra é a nossa mãe. É dela que tiramos a força para continuar vivendo como Xukuru” (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2007). Por essa razão, o toré e a pajelança são sempre executados e exaltados no início das atividades de todas as assembleias, denotando uma forte necessidade de sua transmissão para os jovens Xukuru, buscando incentivar nestes o desejo de assunção, perante os não-indígenas, de sua identidade étnica. Dessa continuidade depende o “projeto de futuro” dos Xukuru, no qual se expressa a necessidade de preparar os jovens para serem lideranças xukuru e assim, “assumirem o destino dos guerreiros”.

As lideranças xukuru são consideradas “guerreiros” que têm a missão de defender o território, considerando nisso a defesa de suas tradições, seus valores, seus rituais e a preservação da natureza. Esses guerreiros, em geral, são “os mais velhos”, os “toiopi”, valorizados por sua experiência e pela relação que mantêm com os

⁹³Segundo Agamben (2005), literalmente, um dispositivo é qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes.

Encantados. Não é por acaso que as lideranças são os responsáveis pela execução do toré em suas aldeias.

Assim, sabedores, por meio de sua trajetória sociopolítica, de que o capital que lhes permite o acesso à saúde que consideram “muito melhor do que era antes” - apesar das dificuldades reconhecidas largamente (GARNELO, 2004) – e aos demais bens e serviços sociais, é o capital étnico, os Xukuru buscam estratégias de manutenção e reprodução desse capital. É bem verdade que, tratando-se da sobrevivência e melhoria de condições de vida, pode-se elencar uma série de estratégias desenvolvidas, sendo a mais visível atualmente a realização, desde 2008, da Assembleia dos Jovens Xukuru, que ocorre imediatamente após as assembleias anuais.

Pela mesma razão, por diversas ocasiões ouve-se as lideranças referirem que “a luta não parou”, que “tá sempre começando”, instando-se imediatamente os jovens a não cederem às ameaças do consumismo e *esquecerem* de sua ligação com a Terra: “dizer pra vocês, jovens xukuru, não vamos abandonar a terra porque é dela que sobrevivemos” (informação verbal)⁹⁴. Contudo, uma compreensão mais minuciosa dessa questão, por meio de um estudo que investigasse a real disposição (no sentido do *habitus*) desses jovens para responder a essas expectativas, seria fundamental para avançar no deslindamento da trajetória futura dos Xukuru.

Isso porque as lideranças já há muito lamentam – e combatem – o que Agamben (2005) constata como “destruição da experiência”, provocada pelo mundo contemporâneo, onde nenhum evento vivido no cotidiano se traduz numa experiência que valha a pena, confrontado com o vivido no passado. No contexto dos Xukuru, no entanto, esse esquecimento não pode ser associado apenas à frivolidade do cotidiano na contemporaneidade, mas, sim, vinculado aos processos colonizatórios, que os impuseram formas e estilos de vida alheios às tradições e valores que “os antigos” lhes repassaram ao longo de várias gerações. É sob este foco que se lê a preocupação revelada na fala de uma expressiva liderança Xukuru, quando afirma: “fomos obrigados a esquecer, a viver sem as nossas tradições,

⁹⁴ Informação extraída por meio da observação direta, durante a participação da autora na XII Assembleia do Povo Xukuru, realizada em 2011.

nossos costumes, 500 anos e estamos aqui [...]” (informação verbal)⁹⁵. Em face dessa constatação resta-lhes desconstruir essa história, refletir: “quais os valores negativos temos que tirar, que esquecer e “construir um novo modelo de vida para nós?”.

Nesse novo modelo, o respeito à experiência dos mais velhos é frequentemente exaltado, sendo estes os responsáveis pelas primeiras falas durante a abertura das assembleias anuais. Contudo, esse movimento choca-se com a realidade que caracteriza um presente no qual “toda autoridade tem seu fundamento no ‘inexperienciável’”, e “ninguém admitiria aceitar como válida uma autoridade cujo único título de legitimação fosse uma experiência” (AGAMBEN, 2005).

De outro ponto de vista, a experiência passada dos Xukuru e os embates que protagonizaram para a reconquista do território demandavam uma liderança “tradicional” cuja experiência a legitimava de modo suficiente, sendo ela uma das condições de produção de seu *habitus*. Contudo, as condições objetivas atuais (agora não mais de conquista do território, mas de manutenção e ampliação dessa conquista) em que os jovens Xukuru são chamados a agir, e no interior das quais seu *habitus* se estrutura, apresenta-se sob uma realidade bastante distinta. Sob a égide de um espaço social globalizado, em que os fluxos informacionais articulam e põem em contato de modo ainda mais invasivo – mesmo que recíproco - as diversas identidades e formas de ser e estar no mundo (CASTELLS, 1999b), os Xukuru encontram como desafio presente a adesão dos jovens aos projetos político-sociais da etnia, uma vez que as disposições internas desses jovens encontram-se demasiado distantes das condições que originaram o *habitus* dos “mais velhos”.

Esse aspecto revela um conflito de gerações que, no entanto, não se expressa completamente senão por uma oposição de *habitus*, conforme nota Bourdieu (2011a, p. 103, grifo do autor, 16):

os conflitos de gerações opõem *habitus* produzidos de acordo com os *modos de geração* diferentes, isto é, por condições de existência, que, ao impor definições diferentes do impossível, do possível e do provável, oferecem a alguns como naturais ou razoáveis a experiência das práticas

⁹⁵Idem.

ou das aspirações que os outros sentem como impensáveis ou escandalosos, e inversamente.

Frente a essa problemática interna, observa-se que a “viagem da volta” Xukuru, reportando-se ao termo utilizado por Oliveira (2004), que se iniciou no processo de “retomada”, mostrou a importância política das lideranças “tradicionais” para a etnia, que eram os mais velhos, os “toiopé”, sendo que o processo político atual busca resgatar a importância igualmente simbólica dessas lideranças como estratégia de formação de novas lideranças cujo foco são jovens de outra geração.

E não se separa na lógica política dessa etnia a reconquista do território da conquista por outros direitos garantidos em lei, como aqueles relativamente à saúde. E nesse sentido, o controle social nesse campo soma-se às outras esferas de luta, sendo importante destacar os espaços políticos coletivos criados pelas lideranças, os quais revelam caminhos para a superação da tutela no sentido da autonomia indígena, relativamente à definição e à elaboração de políticas que lhes digam respeito.

Assim, observaram-se, sobretudo durante as assembleias anuais, tentativas das lideranças indígenas de desconstruir o estigma da tutela e da incapacidade, enxertadas como estratégia de colonização em sua autoestima e no imaginário social, pelo “mundo dos brancos”.

A busca de autonomia e quebra do estigma da tutela, bem como de espaços de poder no campo da política de saúde, é um processo recente entre os Xukuru, mas já vem amadurecendo e se tornando um importante capital político favorável à melhoria da qualidade na atenção à saúde no seu território.

As falas de alguns agentes a esse respeito parecem indicar a influência desse capital no acesso dessa etnia 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 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 Fundação Nacional de Saúde (informação verbal)⁹⁶.

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, a saber, os Conselhos Distrital e Local de Saúde.

Contudo, diferentemente da temática da educação, que desde o princípio da reconquista territorial sempre esteve presente em seus reclamos, face à larga assessoria prestada pelo CIMI e, particularmente, pelo Centro de Cultura Luiz Freire nesse sentido, o movimento dos Xukuru em torno da saúde surgiu, de certo modo, por força de pressões externas ao território, que se iniciaram com a criação do subsistema de saúde no ano de 1999 e da publicação, em 2002, da Política Nacional de Saúde dos Povos indígenas.

A avaliação corrente da atuação dos indígenas no DSEI de Pernambuco, sobretudo em se tratando de sua participação no Conselho Distrital (ATHIAS, 2003), demonstra relações de poder bastante assimétricas, sendo as organizações indígenas os agentes menos empoderados nessas relações, conforme referiu uma liderança indígena presente no Abril Indígena 2013/PE, cuja queixa era de que não havia diálogo no Conselho Local de Saúde de sua etnia.

Uma razão de fundo para essa questão pode ser atribuída ao contexto e ao modo de implantação dos distritos sanitários na região, que ocorreu em meio a um processo complexo de demarcação e regularização territorial, campo de luta para onde confluíram as demandas iniciais dos povos indígenas de Pernambuco. Nesse contexto, a participação dos indígenas foi pouco enfatizada pela Funasa, o que resultou num processo, que, segundo Athias (2003), se constituiu sem a devida observância dos pontos de tensão que caracterizam a realidade sociopolítica de cada etnia. Também se pode adicionar a essa problemática a frágil experiência das lideranças indígenas nas negociações com os órgãos não indígenas do Estado, como a própria Funasa. Até então, o órgão mediador de suas relações com o Estado

⁹⁶ Informante-Chave 01 - CIMI.

fora a Funai, inclusive na gestão da saúde, ainda que se leve em conta o complicado período de alternância com a Funasa (1994 a 1999).

Embora as relações políticas dos movimentos indígenas frente às ações do Estado já tenham avançado bastante no âmbito micropolítico das políticas públicas, denotando um certo protagonismo étnico (GARNELO; SAMPAIO, 2003), o fato é que permanecem as estruturas sociopolíticas e econômicas nas quais o regime tutelar segue sendo um “mal necessário”. E é nessa ambiguidade básica em que são configuradas as relações que os povos indígenas mantêm com os órgãos públicos que gerem as políticas de saúde das quais são os usuários finais.

Assim, 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. Daí se pode compreender que a incorporação desses novos espaços de poder introduzidos na estrutura sociopolítica dos Xukuru seja tributária dessa ambiguidade. Nesse sentido, a participação elogiada pelo gestor distrital, quando refere que os Xukuru são “muito participativos” na gestão local do subsistema, não possui o mesmo sentido daquela de que fala uma representante do Centro de Cultura Luiz Freire a respeito desse povo:

Eu acho... o Xukuru é um povo muito participativo, um povo muito valente, então quando quer as coisas vai pra cima, vai atrás, vai buscar, foi assim que eles aprenderam essas coisas (informação verbal)⁹⁷.

Aqui, o sentido da participação evoca um certo protagonismo dos Xukuru na busca pelos bens e serviços de que necessitam. Esse protagonismo, no entanto, em certa medida se realiza em função do capital político de sua liderança maior, o cacique, maximizado em forma de capital simbólico, mediante o qual este assegura ganhos para a etnia, conforme se observa na fala a seguir.

Eu vejo, por exemplo, Marcos, Marcos participa do distrito, está sempre nas reuniões, tem sempre que está discutindo com um e com outro sobre as reivindicações do grupo (informação verbal)⁹⁸.

Esta “modalidade” de participação, que lembra as formas tradicionais de exercício da liderança, instituída pelo SPI e reproduzida pela Funai, não é exclusiva dos

⁹⁷ Informante Chave 02 – CCLF.

⁹⁸ Idem.

Xukuru, antes constitui, conforme observa Athias (2003), uma característica bastante forte nas relações políticas travadas entre os povos indígenas e o DSEI de Pernambuco.

As associações indígenas não estão presentes nos espaços de negociação. A liderança exerce esse poder de representação e a fala dessas lideranças são escutada como aquela que define a direção nos processos de negociação. Trata-se de uma participação onde a liderança estabelece de antemão com a comunidade. Quem garante [o] acesso aos “bens” e aos “recursos” é a liderança (ATHIAS,2003, p.11).

Por outro lado, essas relações são o reflexo de um *habitus* indígena objetivado na história particular do cacique, sendo esta já uma trajetória cujo capital foi transferido – simbólica e politicamente – pelo seu pai, que o antecedeu no cacicado. Nesse sentido, a apropriação desse capital pelo cacique, na prática, fê-lo meio pelo qual a organização Xukuru encontrasse sua plena realização. Isso é o que Bourdieu (2011a, p. 95) denominaria a “virtude da incorporação, que explora a capacidade do corpo em levar a sério a magia performática do social”.E basta participar das assembleias anuais do Povo Xukuru e do “20 de Maio” para observar essa “magia performática” corporificada: expressa, sobretudo, nos acessórios que o cacique utiliza, tais como a pintura no rosto e no corpo e o uso de um cocar que pertenceu ao seu pai, cacique Chicão Xukuru, mitificado como uma das maiores lideranças indígenas do Nordeste, e representado no imaginário da etnia como uma figura “encantada” que retornou ao mundo dos “encantados de luz”, de onde parece que nunca saiu. A fala seguinte reforça essa perspectiva.

[...] Foi uma figura [o cacique Chicão], foi um Deus que estava na terra pra nós, foi um Jesus que desceu do céu que veio ajudar a gente aqui, tanto que ajudou e foi embora de novo (informação verbal)⁹⁹.

O modo e critérios de condução de Chicão à liderança dos Xukuru, bem como o legado simbólico deixado pelas condições de sua morte, são elementos que permitiram a Fialho (2011), baseando-se em Max Weber, associá-lo tanto à figura de uma “autoridade tradicional” como “carismática”. O carisma não foi extinto com sua morte, pois Chicão, conforme já afirmado acima, “tornou-se uma figura mítica de extrema importância para o universo simbólico xukuru” Fialho (2011, p. 77).

⁹⁹ Liderança 01 - Agreste.

4.3.2.4 Condições objetivas relativas a fatores econômicos do acesso

Embora muitos entrevistados referissem estar satisfeitos com um sistema de saúde público e gratuito, dificuldades foram observadas por alguns deles nesse aspecto, tais como o gasto com transporte para buscar atendimento especializado ou realizar exames fora do território - em que pese a existência de alguns veículos locados pela Funasa para o transporte dos indígenas: “olha, geralmente a gente marca e não tem carro pra ir, eles têm que pagar pra ir até lá fazer o exame”(informação verbal).¹⁰⁰

No território indígena Xukuru, existem três automóveis disponibilizados pelo DSEI (um para cada Região Socioambiental), cuja finalidade é transportar indígenas para os serviços de saúde de Pesqueira e de outros municípios, em casos de urgência e emergência, ou para tratamento nos Hospitais do Recife. Contudo, tem uma operacionalização limitada, segundo os usuários, cujas experiências cotidianas mostram essa insuficiência.

Os gastos com medicamentos foram frequentemente referidos, posto que, apesar dos usuários afirmarem que recebem sempre que precisam, queixam-se da demora na entrega: “se tiver o remédio [no polo-base], eles trazem e entregam na mesma hora, e quando não tem aí eles têm que mandar pro DSEI, aí demora”(informação verbal).¹⁰¹ O relato de alguns profissionais mostra igualmente essa mesma face do sistema:

Sim, tem a farmácia, mas nem todas às vezes tem a medicação. Falta medicação. A farmácia que eu tento é no polo, porque se eu deixar a receita para ir pro DSEI a medicação demora aí o paciente que precisa logo vai lá e gasta (informação verbal)¹⁰².

Nesses casos, os indígenas que podem, compram, os que não podem assumir essa despesa, aguardam, na esperança de apresentarem alguma melhora, ou, em caso de agravamento, seguem, de urgência, para o hospital da cidade, pois para esses

¹⁰⁰ AIS 03 - Ribeira.

¹⁰¹ Usuária 01 - Agreste.

¹⁰² AIS 03 - Ribeira.

casos, há carros com prioridade para o deslocamento dos indígenas. “No hospital, na emergência [...], sempre se consegue”(informação verbal)¹⁰³.

Na questão específica dos medicamentos cabe refletir sobre alguns aspectos relativos à esfera da política de saúde, que consiste na questão da assistência farmacêutica no âmbito do subsistema, em sua interface com o modelo etiológico da etnia, e do *habitus* dos agentes xukuru frente às suas necessidades de saúde.

Conforme observam Diehl e Rech (2004), os medicamentos representam um dos maiores mercados do mundo, e no caso brasileiro, o mercado farmacêutico é um dos setores da economia brasileira que mais cresceram em 2011, sendo que vem se expandindo largamente nos últimos anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE AÇÃO RESPONSÁVEL, 2013). Esses dados mostram tanto o nível da invasão dos medicamentos (DUPUY; KARSENTY, 1979; ILLICH, 1975) no âmbito da sociedade brasileira, quanto à função que cumprem na “medicalização” dos problemas da vida.

Relativamente no que concerne ao universo das sociedades indígenas, é notória a realidade dessa “invasão”, constituindo-se num desafio para o subsistema de saúde 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. A questão é relevante e atual, conforme demonstra diagnóstico realizado pelo Consórcio -IDS-SSL-CEBRAP (2009, p. 94), o qual sugere que a atenção à saúde nos DSEI caracteriza-se pelo “assistencialismo hipermedicalizante, de caráter curativo, e que não segue protocolos definidos e recomendados pelo Ministério da Saúde”.

Existem múltiplas explicações para o fenômeno das demandas por medicamentos em áreas indígenas (DIEHL; RECH, 2004; PELLEGRINI, 2004). No caso dos Xukuru, vale lembrar as observações trazidas por Souza (2004) a respeito de seu modelo etiológico, no qual há terapêuticas para cada grupo distinto de doenças. Assim, a referida autora notou que as doenças são classificadas em função da complementaridade dos sistemas terapêuticos que interagem em nível local

¹⁰³ Usuária 01 - Agreste.

(biomedicina, medicina nativa e medicina popular não indígena) e que o itinerário terapêutico começa com os especialistas de cura nativos.

Assim, ao tempo em que potencializa o poder simbólico dos “especialistas de cura”, a utilização desse capital cultural, que também é um recurso de poder relativamente ao campo da saúde, 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.

Contudo, a percepção de alguns profissionais é de que os Xukuru são “hiperutilizadores do serviço de saúde e são hipermedicalizados [...]”(informação verbal)¹⁰⁴, sendo muito com uma referência a gastos, às vezes exorbitantes (comparados com os recursos financeiros de que dispõem), que eles despendem com a saúde. Esse mesmo profissional, baseado nos motivos das demandas que se lhes apresentam diariamente, sugere que as práticas médicas anteriormente presentes no território promoviam certos “vícios” nos usuários, os quais parecem ter desenvolvido uma dependência por medicamentos benzodiazepínicos, mesmo aqueles que, segundo sua percepção, deles não necessitavam. Trata-se da criação de uma demanda cuja relação com a oferta jamais será recíproca, desde que, mesmo no caso daqueles usuários para os quais a racionalidade médica determina a necessidade de uso, os medicamentos são parte de um campo de relações de poder no qual a síntese do processo saúde-doença é reduzida ao organismo humano, conforme observa Lefevre (1983).

Segundo esse autor, em nível da superestrutura, numa sociedade de consumo, introduzida precocemente no universo de produção capitalista moderno, a publicidade e a propaganda têm papel fundamental na divulgação do que se poderia chamar de consumo legítimo para a realização de um desejo, sempre inadiável e teoricamente ao alcance das mãos. Nesse macrocampo, a saúde, como “valor altamente desejado”, passa de desejo à realidade, sendo que sua realização só

¹⁰⁴ Profissional 01 - Ribeira.

pode ser concretizada no âmbito micro do corpo, através do consumo de medicamentos. Assim é que

a função simbólica do medicamento pressupõe que a enfermidade seja considerada um fato orgânico, enfrentável através da mercadoria remédio, que é vista como o único modo cientificamente válido de se obter um valor altamente desejado (a saúde), no contexto de uma sociedade imatura (LEFÈVRE, 1983, p. 501).

Essa redução da ética do cuidado em nível “mais imediata e universalmente acessível” (ATLAN; BOUSQUET, 1994, p. 14) tem implicações importantes para a saúde pública em termos de planejamento e prioridades na alocação de recursos, pois colocada a questão nesse patamar, as ações curativas passam a constituir-se hegemonicamente no âmbito da política de saúde, do que resulta a demanda por (e a prescrição de) medicamentos. Contudo, a demanda, distribuição e acesso aos medicamentos não respondem apenas a imperativos de nível macro, sendo igualmente resultantes de processos sociais locais cuja complexidade vai variar em função das situações dinâmicas em que são incorporados e utilizados.

E assim, faz muito sentido no âmbito da saúde indígena a ideia segundo a qual o consumo dos medicamentos deve ser compreendido como fenômeno cultural, conforme observam Diehl e Rech (2004), para quem a compreensão da questão passa pela perspectiva do contato interétnico, por meio do qual a biomedicina passou a ocupar parte importante do cotidiano dos povos indígenas.

No caso dos Xukuru, o uso de medicamentos foi incorporado ao seu sistema terapêutico por meio de processos de reelaboração simbólica e política condizentes com a luta pelo reconhecimento étnico e reconquista de seu território, e, embora, de um modo geral, busquem primeiro a medicina nativa (SOUZA, 2004), o uso de medicamentos, quando estes não estão disponíveis no subsistema, repercute nos gastos financeiros das famílias.

Aí, eu vou fazer o quê?, 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, quando não tem eu compro (informação verbal)¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Usuário 05 - Ribeira.

Gastam porque se eles levarem a receita e não tiver a medicação, eles têm que comprar a medicação que vão precisar (informação verbal)¹⁰⁶.

A relação entre a disponibilidade de bens e serviços, a demanda e o acesso de fato tem implicações na economia das famílias indígenas Xukuru, que pouco ou nada conseguem fazer em face da retórica oficial – reproduzida por algumas lideranças - sobre a escassez de recursos e os esforços despendidos pelo órgão gestor para a solução dos problemas locais referidos ao acesso.

A falta de medicamentos na farmácia do polo-base involucra outro tipo de demanda financeira na saúde, que é o transporte para buscar o medicamento na cidade. Os veículos disponibilizados pelo DSEI são para deslocamento de usuários para os hospitais em caso de urgência/emergência. Nos outros casos, os indígenas necessitam despende recursos financeiros para se deslocar, que representa um custo elevado, segundo alguns profissionais e os próprios usuários. Mais recentemente, a informação que consta no mural informativo do DSEI desde dezembro do ano passado, ou seja, há cerca de quatro meses, é de que não havia mais disponibilidade de veículos para transporte dos pacientes, nem compra de medicamentos¹⁰⁷ pelo polo-base.

Ocorre que essa problemática, ainda não resolvida, foi apresentada por lideranças indígenas durante o encontro “Abril Indígena – Acampamento Terra Livre/PE/2013”, como grave limitação no acesso à saúde. Face à indignação de algumas lideranças pela falta de solução do problema, o que ocasionou fortes críticas à atuação do DSEI nos territórios, inclusive com referência à ausência de diálogo com o Conselho Local, uma das lideranças presentes, que se apresentou como assessor indígena do DSEI/PE e membro do Conselho Distrital, tomou para si a responsabilidade pela defesa do gestor e da atuação do Conselho Distrital. Segundo essa liderança, o DSEI não poderia ser responsabilizado pela falta dos veículos, pois o gestor só pode fazer “o que a política permite (informação verbal)”¹⁰⁸ e a “gestão não é intransigente”, referindo-se à aludida falta de diálogo nos Conselhos.

¹⁰⁶ AIS 03 - Ribeira.

¹⁰⁷ Em algumas situações extremas de necessidade de medicamentos, na falta destes na farmácia do polo-base ou da Secretaria Municipal de Saúde, o DSEI efetuava a compra em algumas farmácias do comércio local.

¹⁰⁸ Informação extraída por meio da observação direta, realizada durante a participação da autora no evento.

Demonstrando bastante conhecimento da gestão, o conselheiro justificou, ainda, argumentando que uma redução dos recursos da União implicaram diminuição de quatro milhões de reais para a saúde indígena em 2013 e que a autonomia tão desejada para os DSEI “teria seu ônus e bônus”. Um ônus seria a falta de liberdade do DSEI (como ocorria na gestão da Funasa) para alocar recursos de uma área a outra e, por essa razão, os recursos não poderiam mais ser geridos dessa forma, a gestão tem que saber previamente de onde tirar e onde gastar o recurso, hoje “não tem de onde tirar”. Com discurso semelhante justificou a falta dos veículos nas aldeias em razão da “reestruturação da frota”, e a posição segundo a qual não haveria mais compra de veículos pelo DSEI, todos seriam terceirizados, e que estavam em processo de contratação da empresa responsável.

Conforme se pode observar, o discurso em tela apresenta elementos de convencimento muito semelhante ao discurso de um gestor, e não de um usuário do subsistema, impondo o ponto de vista da instituição quase como uma autoridade estatal. De antemão, cabe observar que essa liderança, com alto poder de vocalização e retórica, representava politicamente os indígenas do estado de Pernambuco no Conselho Distrital de Saúde Indígena. Portanto, possuía autoridade social para falar em nome do grupo e capital simbólico para ser reconhecido no campo da saúde indígena do estado.

Segundo Ferreira (2007), em estudo realizado com os Terena, esse grupo étnico, em seu processo histórico de luta pelo reconhecimento, formularam diversas estratégias nas relações com as instituições sociais e políticas, dentro de um escopo mais amplo situado entre a resistência ao regime tutelar e a colaboração com o órgão indigenista. Às práticas colaboracionistas, nunca vistas sem sua interface – as de resistência -, o autor atribuiu a denominação de “cogestão indígena”, que parece ser a que está presente no contexto situacional referido acima, sendo notório um misto de realização de projetos pessoais e coletivos.

A mesma liderança acima mencionada, agora numa postura reivindicadora do protagonismo dos indígenas, refere que “a comunidade é quem coloca os conselheiros”, e questiona a atuação dos conselhos locais de saúde, dos quais deveria ser cobrada participação ativa nas reuniões.

Ademais, o ano de 2012, quando se deu a transição da gestão da saúde da Funasa para a SESAI, trouxe bastantes complicadores no andamento da saúde indígena numa perspectiva mais geral. De modo que diversos processos no âmbito do Ministério Público Federal foram instaurados no sentido de regularização das ações de saúde na maioria dos Distritos Sanitários¹⁰⁹.

Outras questões são complexas pelo limite de atuação do DSEI, visto que envolve a relação com a municipalidade, como é o caso de consultas com especialistas e exames laboratoriais. Neste último caso, o acesso para grande parte dos usuários é por via de pagamento em serviços privados, conforme se vê na seguinte fala: “se for preciso um exame urgente, urgente e não tiver vaga pra marcar, eles têm que pagar pra fazer aquele exame” (informação verbal)¹¹⁰.

Relatos de profissionais da TI Xukuru referem que os gastos com exames médicos, como eletrocardiograma, são incompreensíveis, pois os indígenas pagam valores muito acima do que o SUS paga para que eles tenham acesso gratuito.

Absurdo é eles pagarem cem reais num eletro, [...]eles dão cem reais num eletro que muitas vezes vem sem laudo. [...] O eletrocardiograma pelo SUS custa cinco reais, eles pagam cem!, do bolso deles(informação verbal)¹¹¹.

De fato, pagar por exames particulares é muito frequente na etnia, mesmo repercutindo negativamente nas despesas do já precário orçamento familiar.

Alguns deles quando precisam tem que pagar, porque não vão poder esperar porque demora muito pra esperar e tem casos de doenças que não podem esperar. Não é verdade?, não podem esperar têm que se deslocar, aqueles que têm condições e se deslocam e fazem os exames particulares (informação verbal)¹¹².

Uma postura de conformismo ou resignação, frequentemente referida pelos profissionais relativamente aos usuários, pode ser observada na fala anterior. Para alguns profissionais essa postura representaria um “estar acostumado” à má qualidade na assistência que sempre receberam, seja por meio do SPI, da FUNAI ou da Funasa. É verdade que o povo Xukuru, como os demais indígenas no país,

¹⁰⁹Em 2012, foram instaurados 98 inquéritos civis públicos para apurar o estado crítico da saúde indígena e cobrar políticas públicas de atenção ao caso. Ver: <http://noticias.terra.com.br/brasil/ministerio-publico-federal-promove-39dia-d39-da-saude-indigena,150857bb7b68b310VgnCLD200000bbcceb0aRCRD.html>. Acesso em 07 de abr de 2013.

¹¹⁰ AIS-03 - Ribeira.

¹¹¹ Profissional 01 - Ribeira.

¹¹² Profissional 04 - Serra.

sempre “padeceram a ausência de cuidados de saúde” (informação verbal)¹¹³, como disse uma usuária indígena durante o “Abril Indígena – Acampamento Terra Livre/PE/2013”. No entanto, tal postura não pode ser dissociada dos efeitos da colonização sobre o *habitus* xukuru, que contribuem, numa esfera simbólica, para engendrar um subproduto de cidadania relacionado à tutela, e que está associado a categorias como inferioridade, infantilidade e incapacidade, entre outras de *status* semelhante.

Situações como essa evidenciam que tais efeitos são simultaneamente efeitos da dominação, desde que a “adaptação a uma posição dominada implica uma forma de aceitação da dominação”, conforme explica Bourdieu (2011b, p.360).

Às vezes, mesmo com o poder de compra para adquirir o medicamento, falta a garantia da consulta médica, posto que há medicamentos para cuja aquisição é necessário a posse do receituário médico.

Mas se é o mês que o médico não vem, que eu dependo de medicamento encaminhado pelo médico, aí eu fico sem. Receita, só se vende com receita médica, entende?, e no dia que o médico não vier, eu vou ter que ir pra cidade mesmo, mentir e fazer um apelo pra pegar uma requisição (informação verbal)¹¹⁴.

A saída encontrada numa situação limite pode consistir em criar alguma estratégia de acesso, ainda que para isso tenha que “mentir” e fazer algum “apelo”. Desse modo, os indígenas vão, de alguma forma “contornando” a escassez dos serviços de saúde na etnia, dando forma a um certo modo de se relacionar com o subsistema, que consiste em descobrir as chances de acesso e apostar em estratégias que mobilizem algum capital que lhes empodere e lhes habilite para acessar o serviço de que necessitam.

Também há casos de gastos com serviços privados de saúde, principalmente quando envolvem problemas de saúde bucal.

Pagar, por que aqui é de mês em mês por causa da Aldeia, a Aldeia aqui atende de um mês uma vez atende de outro, Sucupira atende outra, Jatobá atende outro e dai por diante [...]. É um dentista só. Não tem como atender

¹¹³ Informação extraída por meio da observação direta, realizada durante a participação da autora no evento.

¹¹⁴ Usuário 05 - Ribeira.

a todo mundo numa semana, tem que ser dividido. Então, olha quem vai esse mês, ai o camarada já foi esse mês ai não vai o mês que vem. Já vai em outro mês. Ai, camarada, tem gente, dente podre na boca, vai em Pesqueira, paga e tira (informação verbal)¹¹⁵.

O trabalho das equipes de saúde bucal apresenta grande limitação em face da necessidade de um espaço mais estruturado para se realizar, pois os procedimentos não podem ser realizados em qualquer sala, uma vez que o profissional necessita de um equipo (cadeira odontológica, compressor, foco de luz, caneta de alta rotação, etc.) que não pode ser instalado em qualquer lugar. Também há problemas por causa do número limitado de atendimentos por mês: apenas 8 pessoas em cada uma das três regiões socioambientais.

O perfil epidemiológico da população indígena é muito pouco conhecido e, no que tange à saúde bucal, a situação é ainda mais precária. Dos três levantamentos nacionais ocorridos no Brasil (1986, 1996, 2003), em nenhum deles o segmento indígena foi incluído na avaliação (GARNELO, 2012). Apesar da precariedade dos dados, já se tem por consenso que esse perfil está associado a mudanças no padrão alimentar resultantes do contato interétnico, bem como associa-se à ingestão, no caso específicos de algumas etnias, de alimentos adocicados e ricos em amido (ARANTES, 2003; GARNELO, 2012).

No caso dos Xukuru, estudo recente desenvolvido por Maurício (2012) com indivíduos entre 10 e 14 anos de idade evidenciou uma presença moderada de cárie na etnia, quando avaliados indivíduos com idade de 12 anos, posto que a média para esses indivíduos (2,73) mostrou-se superior à média total dos indivíduos avaliados (2,38). Para a autora, apesar desses índices satisfazerem as metas da Organização Mundial de Saúde (abaixo de 3), não há motivos suficientes para acomodações, pois

a existência de mais que o dobro de dentes cariados por indígena em relação à população de Recife revela que a necessidade de tratamento odontológico é bem maior entre os Xukurus, sendo [este] um provável reflexo da dificuldade de acesso aos serviços de saúde (MAURÍCIO, 2012, p. 79).

De fato, as dificuldades de acesso aos atendimentos odontológicos são referidas por grande parte dos profissionais e usuários, sendo muito comum menções aos gastos

¹¹⁵ Liderança 01 - Agreste.

com esse tipo de serviço de saúde na iniciativa privada, cujos consultórios se localizam na cidade, exigindo gastos adicionais com o transporte para deslocamento. Conforme Viacava (2011), as barreiras de acesso à saúde bucal nos serviços de saúde do SUS já são em si extremamente limitantes, levando a que os gastos da população com a saúde sejam altamente concentrados na assistência odontológica.

Já se viu anteriormente que as dificuldades de acesso assistência odontológica na TI levam a que os serviços do SUS, apesar das diferentes barreiras de acesso, sejam muito procurados pelos indígenas.

Mas eu... já tá com, já tá com média de um ano por ai, ou menos ou mais do que isso, que eu sempre tento buscar uma vaga pra dentista. Entendeu? Pra obturação (informação verbal)¹¹⁶.

Essa fala mostra que, na prática, as dificuldades de acesso na TI fazem com que a atenção odontológica torne-se frequentemente emergencial, uma vez que a garantia de atendimento ante uma necessidade sentida como tal só se efetiva em circunstâncias de dor, e sofrimentos a ela correlatos, como o caso abaixo exemplifica.

Ah, aqui espera muito tempo, tem pessoas que esperam quatro meses, cinco meses, porque todo mês aparece aquele mais necessitado, que não dorme, que grita, aí tem que colocar (informação verbal)¹¹⁷.

Assim, uma necessidade sentida pelo usuário que não caiba no “sentido” de necessidade que a racionalidade prática do sistema impõe como legítima, que, nesse caso, parece ser aquela que requer a imediaticidade da intervenção, frequentemente não é acolhida justamente no âmbito das práticas onde mais deveriam sê-lo: na atenção primária.

Embora a fala dos profissionais de saúde bucal refiram práticas educativas na programação de suas ações, basicamente orientações sobre escovação, distribuição de creme dental e palestras nas escolas, o núcleo de suas práticas encontra-se mesmo no âmbito curativo-individual, posto que essas práticas se baseiam em

¹¹⁶ Usuário 06 - Agreste.

¹¹⁷ AIS 03 - Ribeira.

levantamentos de necessidades que igualmente se localizam nesse âmbito, conforme se nota na fala abaixo.

O agente de saúde é que marca, temos uma ficha chamada ficha 1, onde é feito o levantamento na casa do paciente, onde é feito o levantamento de todos os familiares. Eles fazem uma visão, não precisa ser exatamente as cáries, mas o que eles forem vendo eles anotarem, têm quantas cáries? 6 cáries? Tem 7 cáries?, quando vai no consultório, já tem aquela ficha, que nos olhamos e complementamos. [...] Na verdade, isso foi feito pra dar prioridade aos mais necessitados, mas é difícil convencer algumas pessoas a se tratar, outras que têm pessoas que têm necessidade, mas não são tão urgentes, aí a gente dá prioridade pra quem precisa mais, do que tentar insistir (informação verbal)¹¹⁸.

O reconhecimento das necessidades de saúde da população nas práticas das equipes é fundamental no acesso (EGRY et al., 2009), sendo que esse reconhecimento, no caso em estudo, não parece estar sendo mediado pelas necessidades reconhecidas pelos próprios usuários. No caso dos Xukuru, esse reconhecimento não pode se resumir ao âmbito biológico-individual da atenção, que, em geral, como se vê, culmina em uma assistência paga (com dificuldades) e fora de seu espaço-lugar. Ainda menos suas necessidades podem ser vistas por meio de princípios que não reconheçam o *habitus* da etnia e sua relação com as práticas terapêuticas que demandam e utilizam. Parte-se da perspectiva de que os objetos “doença” ou “necessidade de saúde”, como objetos de conhecimento - e reconhecimento - são uma construção social relativamente a um campo de relações constituído de disposições estruturadas e estruturantes, como afirmaria Bourdieu.

¹¹⁸ Profissional 03 - Serra.

5 CONCLUSÕES

O estudo buscou identificar como se configuram as relações de poder no acesso à saúde no Subsistema de Saúde Indígena, dentro do Território Indígena Xukuru do Ororubá, utilizando como base teórica a sociologia de Pierre Bourdieu.

A reflexão partiu do pressuposto de que a complexidade que envolve a análise do acesso à saúde em parte reflete a dinâmica do campo da saúde, a correlação de forças e a ação do Estado em sua interlocução com os agentes e a sociedade. O acesso também não é refratário às relações de poder presentes no campo micro e macro da política de saúde indígena, sendo, de algum modo, resultado dessas relações, nas quais os conflitos envolvem as especificidades socioculturais do povo Xukuru do Ororubá, a manutenção do seu território, o reconhecimento de sua identidade étnica e o respeito à sua organização social e política.

A partir do modelo de análise utilizado, foi possível evidenciar que o modo como o acesso vem sendo abordado na literatura apresenta limitações ao escopo de possibilidades de análise por não incorporar aspectos sociológicos intervenientes no acesso, sendo este um fenômeno relacional. Visto por esse ponto, a análise do acesso pode ser realizada com recursos que expuseram as relações de poder que o cercam e o caracterizam, desafiando o subsistema de saúde e instando-o a refletir sobre a efetividade de suas ações, relativamente às especificidades etnopolíticas dos povos para os quais dirige sua atenção.

Nesse sentido, o campo da saúde indígena foi identificado como um espaço no qual interagem diversos agentes, segundo suas posições e os capitais (que são poder) incorporados e adquiridos, e orientados pelo *habitus* que os especifica. Essa perspectiva contribuiu para evidenciar que as barreiras de acesso à saúde também devem ser pensadas como resultado das relações de poder que perpassam toda e qualquer relação social.

O acesso à atenção à saúde indígena logrou vários êxitos desde a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos Indígenas, que trouxe para esses povos serviços e ações nunca antes vistos desde os primeiros contatos com a sociedade nacional, mesmo com a instalação do SPI. A Constituição de 1988 pode

ser considerada um marco nesse aspecto, desde que pela primeira vez os indígenas brasileiros adquiriram o *status* de cidadania que cabia a todo e qualquer cidadão do país. Foi a partir daí que tiveram legalmente reconhecidos seus direitos territoriais, fundados na identidade étnica, e a garantia legal de acesso a bens e serviços sociais (como educação e saúde), diferenciados segundo suas especificidades.

Os movimentos sociais indígenas e indigenistas e o protagonismo étnico que se evidencia na realidade brasileira atual têm se mostrado relevantes para modificar, em alguma medida, as “regras do jogo” e contribuir, como capital político importante, para avanços no campo da saúde em direção à qualidade de suas ações no que se refere ao acesso. Do mesmo modo, as contradições sociais locais, e os conflitos que os povos indígenas vivenciam em torno da luta pela terra, apresentam-se como importantes intervenientes no acesso. Essa questão repercute em dificuldades no âmbito das ações de saúde de média e alta complexidade, disponíveis apenas nos serviços de saúde geridos pelos municípios.

Outra questão focada para compreensão da temática abordada consistiu na identificação de aspectos associados ao *habitus* xukuru. Este, entremeado por ambiguidades e contradições relacionadas a uma identidade contrastiva, ora mediou o acesso de modo positivo, ora de modo negativo. O *habitus* xukuru foi identificado nas práticas terapêuticas indígenas, nos movimentos de mobilização e protestos em torno da regularização da atenção, nos sistemas simbólicos (e políticos) da etnia, como o toré, nas suas relações com o órgão gestor da saúde e na sua organização sociopolítica, que tem na Terra e na Natureza a origem e o fim do sentido de suas práticas.

De igual maneira pode-se evidenciar que os capitais ativos no campo da saúde indígena, especificamente no nível do microespaço da atenção, constituíram recursos de poder associados ao acesso. No nível macro, destacam-se o capital social, o capital político e o capital cultural étnico, que permitiram a criação da política nacional de saúde indígena. 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 esse depende da articulação com o SUS. E essa foi uma situação encontrada com frequência devido à baixa capacidade resolutiva da atenção primária na TI Xukuru, em face das limitações

logísticas, operacionais e de recursos tecnológicos básicos para a solução dos problemas de saúde que deveriam ser resolvidos nesse nível de atenção.

Nesse particular, destacou-se que o desconhecimento - ou o não reconhecimento - do modelo etiológico da etnia, sua organização sociopolítica e a representação simbólica de seus rituais configurou-se num exercício da violência simbólica, que resultou em situações de exclusão que confinaram os indígenas à condição de *subusuários* do SUS.

Observou-se que 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 interagem de modo recalcitrante 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”.

A saúde indígena, como política decorrente de ações do Estado, é perpassada pelo histórico das relações de contato, nas quais o regime tutelar deixou suas marcas, implicando nas disposições orientadoras das práticas, sejam elas dos agentes gestores e executores da política, sejam dos usuários indígenas e suas organizações sociais.

Cabe ressaltar ainda as remitentes tentativas dos xukuru em “fazer ver” e “fazer crer” a legitimidade de seus sistemas simbólicos e políticos. Índícios dessas tentativas foram diversos, mas este aspecto ficou mais claro, principalmente, por meio de discursos das lideranças, sendo o mais eloquente aquele que indicava um intento de não “mal acostumar” os índios, proferido como resposta final às questões relativas ao aumento de consultas médicas no território. Nesse discurso observou-se a imposição de limites, por parte das lideranças, a um modelo de atenção cuja “iatrogenia” não repercute apenas no âmbito biológico do indivíduo, mas também, e fundamentalmente, no âmago coletivo da cultura de um povo que busca, justamente por meio dessa cultura, se reproduzir material e simbolicamente.

Nesse sentido, foi observado que as limitações no modelo de saúde praticado pelo subsistema na TI Xukuru, relativamente ao acesso, referem-se primordialmente a esse tipo de incongruência, sendo a medicalização da etnia sua expressão mais visível. Trata-se de um modelo cuja prática adotada “na ponta” do sistema revelou-

se unilateral, 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.

De igual maneira, essa questão revela a supremacia do poder médico no microcampo da atenção à saúde indígena, cujas ações tendem a perpetuar um modelo médico-assistencial curativo e individual que funciona 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 do capital que o diferencia e o empodera: o capital cultural étnico. E nessa perspectiva, a relação médico-paciente tende a constituir-se num “diálogo de surdos”, em que opera a violência simbólica, destituindo a autonomia e a capacidade dos usuários quanto ao modo de “consumir” as ações de saúde de que necessitam.

Desse modo, um esforço voltado à compreensão dos sentidos que mobilizam as práticas dos usuários indígenas faz-se necessário na condução da política de saúde indígena, tendo em vista a natureza distintiva da população a que se destina.

6 RECOMENDAÇÕES

A partir das conclusões apresentadas acima, são destacadas a seguir algumas recomendações como forma de contribuir para mudanças estratégicas na operacionalização do subsistema de saúde indígena no DSEI de Pernambuco, e, particularmente, no que tange às práticas realizadas no âmbito da TI Xukuru do Ororubá.

- a) Que sejam incorporadas às práticas sanitárias realizadas no âmbito dos territórios indígenas as práticas terapêuticas das etnias, levando-se em conta o modo de compreensão da saúde e da doença de cada povo, em consonância com o *habitus* que os orienta e os especifica no campo das relações que travam com os gestores e trabalhadores da saúde;
- b) Que as expressões culturais, sociopolíticas e rituais dos indígenas sejam incluídas nas capacitações dos profissionais de saúde, buscando compreendê-las como capital – recurso de poder – associado ao modo de produzir saúde no território, levando-se em conta que esses aspectos influenciam no acesso à saúde e no resultado das intervenções;
- c) Que os espaços de participação política no campo da saúde indígena sejam valorizados como espaços de poder e de empoderamento, nos quais a participação dos usuários se efetive como prioridade política da gestão do subsistema no DSEI de Pernambuco, visando a autonomia dos indígenas e a consequente eliminação da tutela;
- d) Que a organização interna das etnias, seu modo de apropriação da cultura, dos valores e das práticas sanitárias dominantes, seja compreendido e assumido pela gestão como um dos aspectos determinantes da relação dos usuários indígenas com os serviços de saúde locais, sendo esta uma questão a ser considerada na implementação dos programas e políticas de saúde no território. Nesse particular, cabe destacar a necessidade de se repensar a prática da medicalização, que foi considerada excessiva na etnia e perniciosa para a cultura e tradições ancestrais dos Xukuru;

- e) Que as ações e serviços de saúde na TI adquiram maior capacidade resolutiva, com a melhoria dos equipamentos, insumos e tecnologias locais, evitando encaminhamentos desnecessários, internações evitáveis e gastos financeiros adicionais para os usuários;
- f) Como consequência dos aspectos levantados acima, vale destacar a necessidade de eliminação de práticas etnocêntricas e autoritárias tanto no âmbito da gestão quanto no da execução da política de saúde indígena, tendo em conta que os indígenas também produziram e acumularam diversos conhecimentos acerca do processo saúde-doença e das intervenções em saúde que lhes dizem respeito.

REFERÊNCIAS

- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Services Research, Chicago, p. 208-220, 1974.
- AGAMBEN, G. O que é um dispositivo. Outra Travessia, Ilha de Santa Catarina, n. 5, p. 9-15, 2005.
- _____. Infância e História: destruição da experiência e origem da história. Ensaio sobre a destruição da experiência. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2005.
- ALLEGRETTI, A. C. V. Capital social e sua relação com a saúde bucal. 2007. Dissertação (Mestrado)- Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2007.
- ALBUQUERQUE, M. C. Seara Indígena: deslocamentos e dimensões identitárias. 2002. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em História Social, 2002.
- ALMEIDA FILHO, N. O que é Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- ALVES E. R. Pierre Bourdieu: a distinção de um legado de práticas e valores culturais. Sociedade e Estado, Brasília, v. 23, n. 1, p. 179-184, 2008.
- ANDERSEN, R. Revisiting the Behavioral Model and access to medical care: does it matter?. Journal of Health and social behavior, Washington, v. 36, p. 1-10, 1995.
- ANDRADE, J. T.; SOUZA, C. K. S.; NOGUEIRA, M. S. L. Saúde indígena, intermedicalidade e controle social entre os Jenipapo-Kanindé e Pitaguary no Ceará. In: Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 5., 2011, São Paulo. Anais. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011.1 CD ROM.
- ARTICULAÇÃO DOS POVOS E ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DO NORDESTE, Minas Gerais e Espírito Santo. Abril Indígena Pernambuco 2013. Disponível em: <<http://apoinme.org.br/2013/03/abril-indigena-pernambuco/>>. Acesso em: 10 maio 2013.
- APPOLINÁRIO, F. Dicionário de Metodologia Científica: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2004.
- ARANTES, R. Saúde bucal dos Povos Indígenas do Brasil: panorama atual e perspectivas. In: COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A. L., (Org.). Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 2003. p. 49-72.
- ARAÚJO, A. L. O. Una mirada Agroecológica en la pisada Xukuru do Ororubá: un presente de posibilidades. 2011. Dissertação (Maestría) - Universidad Internacional de Andalucía; Universidad Pablo de Olavide; Universidad de Córdoba, Maestría en Agroecología un Enfoque para la Sustentabilidad Rural, Córdoba, 2011.

ARRUTI, J. M. Etnogêneses Indígenas. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Ed.). Povos Indígenas no Brasil 2001/ 2005. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006,p. 50-54.

ATHIAS, R. Conselhos de saúde, participação e políticas públicas de saúde indígena. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS - GT POVOS INDÍGENAS, 27., 2003. Anais... Disponível em: <http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=449%3Aanais-do-encontro-gt&catid=1044%3A27o-encontro&Itemid=316>. Acesso em: 24 mar. 2013.

ATHIAS, R. Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. LANGDON, J.; GARNELO, L. (org.) Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa, Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 217-232.

ATLAN, H.; BOUSQUET, C. Questões sobre a Vida. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARTH, F. O Guru, o iniciador e outras variações antropológicas. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2000.

BARTOLOMÉ, M. A. Interculturalidad y territorialidades confrontadas en América Latina. RUNA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v.1, n. 31, p. 09-29, 2010.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. A Construção social da realidade. Petrópoles: Vozes, 1985.

BIRMAN, J. A *Physis* da Saúde Coletiva. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p.11-16, 2005. Suplemento.

BITTAR, M. M.; AGUIAR, J. G. G.; TORRES, A. R. R. A vida na aldeia versus a vida na cidade: o que pensam os indígenas da casa de saúde do índio – Goiânia. Estudos, v. 35, n. 11/12, p. 1195-1210, 2008.

BONNEWITZ, P. La sociología de Pierre Bourdieu. Buenos Aires: Nueva Visión, 2006.

BRANDÃO, C. Territórios com Classes Sociais, Conflitos, Decisão e Poder. In: ORTEGA, A. C.; ALMEIDA, F. N. A. (Org.). Desenvolvimento Territorial, segurança alimentar e economia solidária. Campinas: Alínea, 2007. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper37.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília DF: Senado, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF, 2010.

Disponível em:

<http://www.fiscolex.com.br/doc_11833951_DECRETO_N_7_336_19_OUTUBRO_2010.aspx>. Acesso em: 14 abr. 2011.

_____. Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999. acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF, 1999a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm>. Acesso em: 14 abr. 2011.

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>> Acesso em: 20 maio 2005.

_____. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>>. Acesso em: 20 maio 2005.

_____. Decreto n. 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 18 abr. 2013.

_____. Decreto n. 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos n^{os} 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Brasília, DF, 1999b. Brasília, DF, 1999b. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/110165/decreto-3156-99>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

_____. Portaria n. 2.656 de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria2656_17_10_07_si.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2013.

_____. Decreto n. 7.797 de 30 de agosto de 2012. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7797.htm>. Acesso em: 02 abr. 2013.

_____. Portaria n. 644/GM de 27 de maio de 2006. Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2006/GM/GM-644.htm>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão: diretrizes operacionais. Brasília: DF, 2006.

BRITO, J. S. S.; ALBUQUERQUE, P. C. A.; SILVA, E. H. Educação Popular em Saúde com o povo indígena Xukuru do Ororubá. Interface, Botucatu, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013005000002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2013.

PANKARARU, P. C. O. Estatuto das Sociedades Indígenas: projeto permanece parado desde 1994. In: RICARDO, B; RICARDO, F (Ed.). Povos Indígenas no Brasil 2001- 2005. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 80-81.

BUCHILLET D. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: LANGDON E. J.; GARNELO, L. (Org.) Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 53-67.

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J. C.; PASSERON, J. C. A profissão de Sociólogo: preliminares epistemológicas. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. Una Invitación a la Sociología Reflexiva. Buenos Ayres: Siglo XXI Editores, 2008.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J. C. La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza. Mejiço: Editorial Laia, 1996.

BOURDIEU, P. Razões Práticas: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papyrus, 1996.

_____. O Poder Simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

_____. A dominação Masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

_____. O Senso Prático. Petrópolis: Vozes, 2011a.

_____. A distinção: crítica social do julgamento. Porto Alegre: Zouk, 2011b.

_____. Coisas Ditas. São Paulo: Brasiliense, 2004a.

_____. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004b.

_____. Questões de Sociologia. Lisboa: Fim de Século-Edições, Sociedade Unipessoal, 2003.

_____. Poder, Derecho y clases sociales. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2. p. 219-230, 2000.

_____. A saúde e a defesa da vida. São Paulo:HUCITEC, 1991.

CANESQUI, A. M. Sobre a presença das ciências sociais e humanas na saúde pública. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 19, n. 3,p. 16-21, 2011.

CALLEWAERT. G. Bourdieu, crítico de Foucault. Educação, Sociedades e Culturas, Porto, n. 19, p. 131-170, 2003.

CAPPELLE M. C. A, MELO M. C. O. L; BRITO, M. J. Relações de poder segundo Bourdieu e Foucault: uma proposta de articulação teórica para a análise das organizações. Organizações Rurais e Agroindustriais, Lavras, v. 7, n. 3, p. 356-369, 2005.

CARDOSO, M. D. Políticas de Saúde Indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto-Xingu. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 195-215.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. Caminhos da identidade: ensaios sobre etnicidade e multiculturalismo. São Paulo: Ed. UNESP, 2006.

_____. Identidade, Etnia e Estrutura Social. São Paulo: Livraria Pioneira, 1976.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da Técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

CASTELLS, M. O poder da identidade (A era da informação: economia, sociedade e cultura, v. 2). São Paulo: Paz e Terra, 1999a.

_____. A sociedade em rede. (A era da informação: economia, sociedade e cultura, v. 1). São Paulo: Paz e Terra, 1999b.

CECÍLIO. L. C. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002. p.293-319. (Saúde em Debate, 108; Série Didática, 6).

CENTRO DE CULTURA LUIZ FREIRE. Xukuru: filhos da Mãe Natureza: uma história de resistência e luta. Olinda: Centro de Cultura Luiz Freire, 2000.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (Brasil). Relatório da VII Assembleia do Povo Xukuru: reviver a cultura, a partilha e a força dos Encantados. Aldeia Capim de Planta, 2007. Disponível em: <<http://www.cimi.org.br/site/pt-br/index.php?system=news&action=read&id=2577&page=698>>. Acesso em: 01 jan. 2012.

COHEN, A. O homem bidimensional: a antropologia do poder e o simbolismo em sociedades complexas. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

COHN, A. A questão social no Brasil: a difícil construção da cidadania. In: Viagem incompleta: a experiência brasileira (1500-2000): a grande transação. Mota, C. G. (Org.). São Paulo: SENAC, 2000

COIMBRA Jr. C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdades: algumas idéias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

CONFALONIERI, U. E. C. O Sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas: por uma Integração diferenciada. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 441-450, 2009.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (Brasil). Nota Técnica 12/2012. Disponível em: <www.cnm.org.br>. Acesso em: 11 abr. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 461, de 8 de novembro de 2012. Aprova o Regimento Interno da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0461_08_11_2012.html>. Acesso em: 2jan. 2012.

CONSÓRCIO-IDS-SSL-CEBRAP. Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena (Relatório inicial-Parte I). São Paulo, 2009.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 388-401, 1987.

CRESWELL, J. W. Projeto de Pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DAL POZ, J. A etnia como sistema: contato, fricção e identidade no Brasil indígena. Sociedade e Cultura, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 177-188, 2003.

DANNER, F. A Genealogia do Poder em Michel Foucault. In: Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação/PUCRS, 4., 2009. Anais... Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/IVmostra/IV_MOSTRA_PDF/Filosofia/71464-FERNANDO_DANNER.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2013.

DIEHL, E. Agravos na saúde Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 439-445, 2001.

DIEHL, E.; RECH, N. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 149-169.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Ediciones Copilco, 1984.

DONNANGELO, M. C. F. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DURAND, J. Ethnic Capital and Relay Migration: New and Old Migratory Patterns in Latin America. Migraciones Internacionales, Tijuana, v. 6, n. 1, 2011. p. 61-96.

DUPUY, J.P; KARSENTY, S. A invasão farmacêutica. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

EGRY, et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, p. 1181-1186, 2001. Edição especial. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em 18 mai. 2013.

SCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

FERREIRA, A. C. Tutela, Resistência e Co-gestão Indígena: relações de poder entre os índios Terena e o Estado brasileiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 13., 2007, Recife, Anais... Recife: UFPE, 2007.

FIALHO, V. As Fronteiras do Ser Xukuru. Recife: Massangana, 1998.

_____. Desenvolvimento e associativismo indígena no Nordeste brasileiro: mobilizações e negociações na configuração de uma sociedade plural. 2003. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

_____. Parecer Antropológico: faccionalismo xukuru. In: FIALHO, V.; NEVES, R. C.M.; FIGUEIROA, M. C. L. Plantaram Xicão: os Xukuru do Ororubá e a criminalização do direito ao território. Manaus: PNCSA-UEA:UEA Edições, 2011. p. 52-96.

FLEURY, S. OUVRENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FOULCAULT, M. O sujeito e o poder (1982). In: DREYFUS, R; RABINOW, P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica – para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

_____. Vigiar e Punir. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

_____. A Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Publica de Mexico, Cuernavaca, p. 438-453, 1985.

FUNAI. Atualização do levantamento fundiário da TI Xukuru: relatório GT PP nº 374. Brasília, DF, 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena de Pernambuco. Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco. Dados demográficos dos índios de Pernambuco. Recife, 2008.

GARNELO, M. L.; S AMAPAI, S. As matrizes institucionais do subsistema de saúde indígena no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 5., 2011. São Paulo. Anais... São Paulo: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2011. Trab. n. 14456.

GARNELO, L.; BRANDÃO, L. C. Avaliação Preliminar do Processo de Distritalização Sanitária Indígena no Estado do Amazonas. In: COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. (Org.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 235-257.

Garnelo, L. Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004. [s.l.: s.n.], 2004. (Documento de Trabalho n. 9).

_____. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A.L. (Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC:SECADI, 2012. p. 18-58.

GIOVANELLA, I.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-199.

GONÇALVES, G. M. S. Agrotóxicos, saúde e ambiente na etnia Xukuru do Ororubá – Pernambuco. 2008. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008

GOLD M. Beyond Coverage and Supply: Measuring Access to Healthcare in Today's Market. HSR: Health Services Research, Chicago, v. 33, n. 3, 625–684, 1998.

GONÇALVES et a. Uso de Agrotóxicos e a Relação com a Saúde na Etnia Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil. Saúde e Sociedade [online]. 2012, vol.21, n.4, p. 1001-1012. ISSN 0104-1290.

GRÜNEWALD, R. A. As múltiplas incertezas do Toré. In: GRÜNEWALD, R. A. (Org.). Toré: Regime encantado do índio do Nordeste. Recife: Fundaj: Massangana, 2005. p. 13-38.

GURGEL, I. G. D. A. Pesquisa Científica na Condução de Políticas de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

HAGUETTE, T. M. F. Metodologias Qualitativas na Sociologia. Petrópolis: Vozes, 2005.

HORTALE, V. A. et al. Operacionalizando as Categorias Acesso e Descentralização na Análise de Sistemas de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 16, v.1. p. 231-239, 2000.

ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE AÇÃO RESPONSÁVEL. Fórum Nacional de Medicamentos no Brasil,5. Release. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.acaoresponsavel.org.br/images/Release_V_Medicamentos_no_Brasil.pdf
Acesso em: 1 jan 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010: características gerais dos indígenas - resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos Indígenas na Internet. In: RICARDO, B; RICARDO, F (Ed.). Povos Indígenas no Brasil 2001- 2005. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 861-862.

KVALE, S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. London: Sage Publications, 1996.

LANGDON, E. J. Saúde e Povos Indígenas: os desafios na virada do século. CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES Y MEDICINA, 5., 1999. Isla de Margarita. Anais... Isla de Margarita: Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO), 1999. Disponível em: <<http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/Margsav.htm>>. Acesso em 03 maio 2013.

_____. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 33-51.

LEITE, M. S.; LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. "Aqui é como uma cidade qualquer": etnicidade e diferença na atenção à saúde entre os Kaingáng da Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 5., 2011. São Paulo. Anais... São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2011. Trab. n. 15546.

LEFEVRE, F. LEFEVRE, A. M. C. O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2009.

LEFEVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. Revista de Saúde Pública, São Paulo, n. 17, p. 500-3003, 1983.

LIMA, T.F.P. et al. Saúde e ambiente entre os índios Xukuru do Ororubá: Observações preliminares. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO (Brasil e Portugal: Nossa História ontem e hoje), 1., 2007, Recife. Anais... Recife, p. 1-15, 2007.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder (Introdução). In: FOUCAULT, M. A Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MAIA, L. M; COUTO, L, FIALHO, V.; ALMEIDA, M. S. M. Os Xukuru e a violência. Relatório. Recife, 2004. Disponível em: <http://www.prr5.mpf.gov.br/prr5/conteudo/espaco/prr5/peças/os_xucuru_a_a_violen cia.pdf>. Acesso em 02 abr 2013.

MAURICIO, H. A. A Saúde Bucal do Povo Indígena Xukuru do Ororubá na faixa etária de 10 A 14 anos. 2012. Dissertação (Mestrado) -Fundação Oswaldo Cruz/ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2012.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Processos de trabalho: Práticas de saúde e necessidades. São Paulo: Cefor, 1992. (Cadernos CEFOR, texto 1).

MINAYO, M. C. S. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2004.

_____. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 19-51.

MINAYO, M. C. S et. al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 71-103.

MISOCZKY, M. C. A. Implicações do uso das formulações sobre campo de poder e ação de Bourdieu nos estudos organizacionais. Revista de Administração Contemporânea, Rio de Janeiro, v. 7, p. 9-30, 2003 (Edição Especial).

NEVES, R. C. Identidade, rito e performance no Toré Xukuru. In: GRÜNEWALD, R. A. (Org.). Toré: Regime encantado do índio do Nordeste. Recife: Fundaj: Massangana, 2005.p. 129-153.

_____. Resistência e estratégias de mobilização política entre os Xukuru. In: ATHIAS R. (Org.), Povos Indígenas de Pernambuco: identidade, diversidade e conflito. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010. p. 113-136.

O'DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 12, p. 2820-2834, 2007.

OLIVEIRA, J. P. Uma etnologia dos “índios Misturados”? Situação, territorialização e fluxos culturais. In: OLIVEIRA, J. P. (Org.). A Viagem da Volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste Indígena. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/LACED, 2004. p.13-42.

_____. Políticas Indígenas Contemporâneas: Régimen Tutela, juegos políticos y estrategias Indígenas. In: OLIVEIRA, J. P. (Comp.). Hacia una Antropología del Indigenismo. Rio de Janeiro/Lima: Contra Capa: Centro amazônico de Antropología y Aplicación Práctica, 2006. p. 127-150.

_____. “O nosso governo”: os Ticuna e o Regime Tutelar. São Paulo: Marco Zero; [Brasília, DF]: MCT/CNPq, 1988.

OLIVEIRA, K. E. Guerreiros do Ororubá: o processo de organização política e elaboração simbólica do povo indígena Xukuru. 2006. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998

PALITOT, E. M. Tamain chamou nosso cacique: a morte do cacique Xicão e a (re)construção da identidade entre os Xukuru do Ororubá. 2003. Monografia (Graduação) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.

PANKARARU, P. C. O. Estatuto das Sociedades Indígenas: projeto permanece parado desde 1994. In: RICARDO, B; RICARDO, F (Ed.). Povos Indígenas no Brasil 2001- 2005. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 80-81.

PAVÃO, A. L. B; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. Cadernos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 471-482, 2008.

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, E. J.; GARNELO, L. (Org.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Contra capa, 2004. p. 233-243.

PENTCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The Concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care, Philadelphia, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

PIANI, P. P. F. Organização Sociopolítica do Povo Xukuru do Ororubá. In: TEIXEIRA, M. A. C.; GODOY, M. G.; COELHO, C (Org.). 20 experiências de gestão pública e cidadania: ciclo de premiação 2004. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 2004. p. 187-194.

POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. Lua Nova, São Paulo, n. 63, p. 179-2001, 2004.

PORTUGAL, S. "Quem tem amigos tem saúde": o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. Simpósio "Família, redes sociais e saúde". Hamburgo, 2005. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/235.pdf>>. Acesso em 20 dez 2012.

RIBEIRO, D. Os índios e a Civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. Petrópolis: Vozes, 1982.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa Social:métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

RICKETTST. C.; GOLDSMITH L. J. Access in health services research: The battle of the frameworks. Nursing Outlook, Washington, v. 53, n. 6, p. 274-280, 2005.

SAMUELSEN, H.; STEFFEN, V. The relevance of Foucault and Bourdieu for medical anthropology: exploring new sites. Anthropology and medicine, Abingdon, v. 11, n. 1, p. 3-10, 2004.

SANTOS, J. G. W.; MANESCHY, M.C.; ESPÍRITO SANTO, M. A. A. Capital social e acesso à saúde pública: uma proposta de análise de redes sociais informais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). In: ENCONTRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE SOCIOLOGIA DA REGIÃO NORTE, 2., 2010, Belém. Anais.... 2010.

SANTOS, H. C. O. Dinâmicas sociais e estratégias territoriais: a organização social Xukuru no processo de retomada. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

SANTOS et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al.. (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.p. 1035-1056.

SANTOS FILHO R. L. Diversidade étnico-cultural dos índios deve ser respeitada. Revista Consultor Jurídico [São Paulo], 19 abr 2007. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2007-abr-19/diversidade_etnico-cultural_indios_respeitada>. Acesso em: 13 mar 2011.

SANTOS, R.V.; COIMBRA JR., A.E.A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas do Brasil. In: COIMBRA JR., A. E.; SANTOS, R.

V. Epidemiologia e Saúde dos Povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.p. 13-47.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI). 2011. Distribuição territorial dos povos indígenas de Pernambuco segundo municípios. Disponível em: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1774>. Acesso em: 12/07/2011.

SETTON, M. C. A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. Revista Brasileira de Educação, n 20, p. 60-70, 2002.

SILVA, E. H. Memórias e histórias dos índios da Serra do Ororubá (Pesqueira/PE), 1850 -1988. 2008.Tese (Doutorado) –Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2008.

_____. Povos indígenas no Nordeste: uma contribuição a reflexão histórica sobre os processos de resistência, afirmação e emergência étnica. SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 22.,2003. João Pessoa. Anais... João Pessoa: ANPUH, 2003.

_____. Resistências Indígenas nos 500 anos de colonização. In: BRANDÃO, S. (Org.). Brasil 500 anos: reflexões. Recife: Editora Universitária, 2000.

SILVA FILHO, C. B.; ALVES, M. L.; FORTE, L. Capital social e saúde coletiva: o Programa Saúde da Família como cerne da política de saúde do SUS. CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA A POBREZA E A DESIGUALDADE, 1., 2010, Natal. Anais...Natal: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes/UFRN, 2010.Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Artigos%20REVISADOS/CAPITAL%20SOCIAL%20E%20SA%20C%20ADE%20COLETIVA%20O%20PROGRAMA%20SA%20C%20ADE%20DA%20FAM%20C%20DLIA%20COMO%20CERNE%20DA%20POL%20C%20DICA%20DE%20SA%20C%20ADE%20DO%20SUS.pdf>. Acesso em 21 dez 2012.

SILVA, H. R. A gênese da sociologia crítica de Pierre Bourdieu. Revista Espaço Acadêmico,Maringá, n. 112, p. 114-120, 2010.

SOUZA, L. C. "Doença que rezador cura" e "doença que médico cura": modelo etiológico Xukuru a partir de seus especialistas de cura. 2004. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária:equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

THIEDE M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.5, p. 1168-1173, 2008.

TORRANO, L. H. Michel Foucault e Tecnologias do Poder: a Psicanálise. Revista Aulas,Campinas, v. 3, n. 1, p. 1-11, 2007. (Dossiê Foucault).

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Suplemento 2.

TUAN, Yi-Fu. Espaço e lugar: a perspectiva da experiência. São Paulo: DIFEEL, 1983.

UNGLERT, C. V. de S. O enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão dos Serviços de Saúde. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

VARGAS, I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. 2009. Tesis (Doctorado en Pediatría, obstetricia i Ginecologia, Medicina Preventiva e Salut Pública) - Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2009.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros: estudo realizado a partir dos dados da Pnad/IBGE analisa desigualdades geográficas e de renda e monitora o desempenho das políticas de saúde. RADIS, Rio de Janeiro, n. 96, p. 12-19, 2010.

VIANA, F. O novo modelo de atendimento. In: RICARDO, B; RICARDO, F (Ed.). Povos Indígenas no Brasil 2001- 2005. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 131-133.

VIVEIROS DE CASTRO, E. . No Brasil todo mundo é índio, exceto quem não é. In: RICARDO, B; RICARDO, F (Ed.). Povos Indígenas no Brasil 2001- 2005. São Paulo: Instituto Socioambiental, (Entrevista), 2006. p. 41-54.

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS

Data/Entrevistador

1 Identificação do usuário/

Nome do Entrevistado

Idade/Sexo

Região – Aldeia

Atividade que realiza ou realizou nos movimentos político-organizacionais e, ou, socioculturais do TI (Assembleia Anual, 20 de Maio, Conselhos, pajelança, toré, atividades religiosas, entre outras)

2 Roteiro da entrevista

2.1 Obstáculos ecológicos

- Opinião sobre distância e tempo necessários para chegar à Unidade de Saúde Indígena;
- Qual a opinião sobre os obstáculos no percurso/trajeto;
- Como faz, que recursos utiliza, para resolver os problemas relacionados a esses obstáculos.

2.2 Obstáculos financeiros

- Opinião sobre os gastos (se houver) que despense quando precisa de atenção à saúde
- Relate sua experiência no caso em que houve necessidade de gastar dinheiro para se tratar de algum problema de saúde

2.3 Obstáculos organizacionais

Na entrada

- Relate sua experiência quando precisou marcar uma consulta na unidade de saúde indígena, ou quando precisou de qualquer outro serviço da equipe de saúde; que obstáculos encontrou e como reagiu diante deles?
- Como foi o atendimento na recepção e que dificuldades ou facilidades encontrou após chegar à unidade de saúde?
- Qual sua opinião sobre seu relacionamento com os AIS e toda a equipe de saúde do TI?

Após a entrada

- Após garantir o atendimento, como foi sua experiência em relação à realização de exames clínicos e ou laboratoriais?
- Como foi sua experiência na busca para realização de atendimento fora da área indígena, isto é, quando precisou de um especialista ou de exames mais especializados?

- Como reagiu ou que recursos utilizou para superar os obstáculos encontrados (se os encontrou) ?
- Caso tenha precisado passar algum tempo na CASAI como foi sua experiência e qual sua opinião sobre o atendimento?
- Qual sua experiência quanto à oferta de medicamentos no TI?
- Qual sua opinião sobre a interação entre os saberes locais/tradicionais acerca da saúde e da doença e os saberes dos profissionais de saúde das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI)
- Em que situações busca a medicina tradicional indígena para resolução de problemas de saúde? O que pensa sobre este saber?

Controle social

- Como a comunidade indígena participa do planejamento das ações de saúde no TI?
- Como o Conselho Local de Saúde funciona de modo a influir na melhoria do acesso à saúde?
- Como a comunidade age na resolução dos seus problemas de saúde no TI?
- Como foi a participação dos Xukuru na luta pela criação do Subsistema de Saúde Indígena e da atual SESAI?
- Como você vê essa mudança de gestão e execução da atenção à saúde indígena, que, com o Decreto 7.336/2010, passa da responsabilidade da Funasa para o Ministério da Saúde?

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS

Data/Entrevistador

1 Identificação do Grupo

Região – Aldeia

De cada participante, atividade que realiza ou realizou nos movimentos político-organizacionais e, ou, socioculturais do TI (Assembleia Anual, 20 de Maio, Conselhos, pajelança, toré, atividades religiosas, entre outras)

2 Roteiro

2.1 *Obstáculos ecológicos*

- Opinião sobre distância e tempo necessários para chegar à Unidade de Saúde Indígena;
- Relatos sobre os obstáculos geográficos, percurso/trajeto
- Recursos utilizados pela comunidade para resolver os problemas relacionados a esses obstáculos.

2.2 *Obstáculos financeiros*

- Opinião sobre os gastos (se houver) que a comunidade despense quando precisa de atenção à saúde
- Relatos de experiências da comunidade no caso em que houve necessidade de gastar dinheiro para tratamento de algum problema de saúde.

2.3 *Obstáculos organizacionais*

Na entrada

- Relatos de experiências da comunidade quando precisa marcar uma consulta na unidade de saúde indígena, ou quando precisa de qualquer outro serviço da equipe de saúde;
- Qual a opinião sobre o relacionamento dos usuários com os AIS e toda a equipe de saúde do TI?
- Como os usuários e as lideranças reagem diante de eventuais obstáculos?

Após a entrada

- Após garantir o atendimento, como é a experiência da comunidade em relação à realização de exames clínicos e ou laboratoriais?
- Relato de experiências da comunidade na busca para realização de atendimento fora da área indígena, isto é, quando os usuários precisam de um especialista ou de exames mais especializados?
- Como a comunidade reage quando ocorre falta de medicamentos no TI?

- Qual a opinião sobre a interação entre os saberes locais/tradicionais acerca da saúde e da doença e os saberes dos profissionais de saúde das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI)
- Em que situações a comunidade busca a medicina tradicional indígena para resolução de problemas de saúde? O que você pensa a esse respeito?
- Como as lideranças reagem ou que recursos utilizam para superar os obstáculos encontrados pela comunidade em face das experiências mencionadas?

Controle social

- Como a comunidade indígena participa do planejamento das ações de saúde no TI?
- Como o Conselho Local de Saúde funciona de modo a influir na melhoria do acesso à saúde?
- Como vê a reação da comunidade na resolução dos seus problemas de saúde no TI?
- Como vê essa mudança de gestão e execução da atenção à saúde indígena, que, com o Decreto 7.336/2010, passa da responsabilidade da Funasa para o Ministério da Saúde?
- Como percebe o poder dos Xukuru no contexto do acesso à atenção à saúde no TI?

APÊNDICE C

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES/TRABALHADORES

Data/Entrevistador

1 Identificação do Gestor/Trabalhador

Cargo/Função
Região/Equipe (Trabalhadores)

2 Roteiro

2.1 *Obstáculos ecológicos*

- Opinião sobre distância e tempo necessários para chegar à Unidade de Saúde Indígena;
- Relatos sobre os obstáculos geográficos, percurso/trajeto
- Recursos utilizados pela comunidade para resolver os problemas relacionados a esses obstáculos.

2.2 *Obstáculos financeiros*

- Opinião sobre os gastos (se houver) que a comunidade despense quando precisa de atenção à saúde;
- Relatos de experiências da comunidade no caso em que houve necessidade de gastar dinheiro para tratamento de algum problema de saúde.

2.3 *Obstáculos organizacionais*

Na entrada

- Relatos de experiências da comunidade quando precisa marcar uma consulta na unidade de saúde indígena;
- Qual a opinião sobre o relacionamento dos usuários com os AIS e toda a equipe de saúde do TI?
- Como as lideranças reagem diante dos obstáculos referidos?
- O que acha dessa reação?

Após a entrada

- Após garantir o atendimento, como é a experiência da comunidade em relação à realização de exames clínicos e ou laboratoriais?
- Relato de experiências da comunidade na busca para realização de atendimento fora da área indígena, isto é, quando os usuários precisam de um especialista ou de exames mais especializados?
- Como é a experiência dos Xukuru na CASAI?
- Como a comunidade reage quando ocorre falta de medicamentos no TI?

- Qual a opinião sobre a interação no TI entre os saberes locais/tradicionais acerca da saúde e da doença e os saberes dos profissionais de saúde das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI)
- Em que situações a comunidade busca a medicina tradicional indígena para resolução de problemas de saúde? O que as lideranças pensam a esse respeito?
- Como as lideranças reagem ou que recursos utilizam para superar os obstáculos encontrados pela comunidade em face das experiências mencionadas?

Controle social

- Como a comunidade indígena participa do planejamento das ações de saúde no TI?
- Como o Conselho Local de Saúde funciona de modo a influir na melhoria do acesso à saúde?
- Como veem a reação da comunidade na resolução dos seus problemas de saúde no TI?
- Como foi a participação dos Xukuru na luta pela criação do Subsistema de Saúde Indígena e da atual SESAI?
- Como veem essa mudança de gestão e execução da atenção à saúde indígena, que, com o Decreto 7.336/2010, passa da responsabilidade da Funasa para o Ministério da Saúde?
- Como percebem o poder dos Xukuru no contexto do acesso à atenção à saúde no TI?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE (Usuários)

Título do Projeto: “Acesso à saúde e relações de poder: a experiência do Povo Indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira/PE”.

Instituição Proponente: NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Pesquisador Responsável: Ana Lucia Martins de Azevedo

Este estudo é um subprojeto de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde Indígena a partir da visão de usuários, trabalhadores e gestores”, financiada pelo DECIT/Ministério da Saúde (PROJ_676_217111838), por meio do Edital MS/FUNASA - MS/SCTIE/Decit – OPAS, 2008, referente à seleção pública de propostas avaliativas do Subsistema da Saúde Indígena. A pesquisa maior, já encerrada, foi coordenada pela pesquisadora Idê Gomes Dantas Gurgel, do CPqAM/FIOCRUZ.

O objetivo deste trabalho é Analisar as relações de poder no acesso à saúde, focalizando a experiência do povo Indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira/PE.

O presente estudo trará uma contribuição importante para a questão do acesso na política de saúde indígena, pois poderá ajudar a identificar aspectos das relações de poder que influenciam no acesso, podendo ainda contribuir para a criação de um modelo de análise que tenha melhor adequação à realidade do subsistema de saúde indígena em Pernambuco. A metodologia a ser utilizada se baseará na observação direta, na realização de grupos focais e de entrevistas.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, respondendo a uma entrevista. Sua participação não é obrigatória bem como a sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo em relação aos pesquisadores e com a instituição que está realizando a pesquisa, bem como com as instituições colaboradoras. A qualquer momento da pesquisa o senhor pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Os riscos relacionados com sua participação seriam prejuízos perante pessoas e a instituição de saúde, caso sua identidade venha a público. No entanto, garantimos que isso não ocorrerá sob hipótese alguma. As informações obtidas poderão ser publicadas em revistas, congressos e seminários e outras atividades que envolvam debates sobre o tema saúde e ambiente, ficando, no entanto, assegurado que sua identidade/participação não será revelada.

Qualquer esclarecimento adicional que necessite poderá entrar em contato com Ana Lucia Martins de Azevedo, pelo endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 2101-2606, ou pelo telefone (81) 3427-5693, e-mail: anazevedo.pe@gmail.com.

Minha participação neste estudo é voluntária, e permitirei que minha opinião seja gravada em áudio. Formalizo minha participação por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pelo pesquisador. Entretanto, poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Nome do pesquisador _____

Assinatura do pesquisador _____

Nome do participante _____

Assinatura do participante _____

Data _____, / /2011.

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE (trabalhadores/gestores)

Título do Projeto: “Acesso à saúde e relações de poder: a experiência do Povo Indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira/PE”.

Instituição Proponente: NESC/CPqAM/FIOCRUZ
Pesquisador Responsável: Ana Lucia Martins de Azevedo

Este estudo é um subprojeto de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde Indígena a partir da visão de usuários, trabalhadores e gestores”, financiada pelo DECIT/Ministério da Saúde (PROJ_676_217111838), por meio do Edital MS/FUNASA - MS/SCTIE/Decit – OPAS, 2008, referente à seleção pública de propostas avaliativas do Subsistema da Saúde Indígena. A pesquisa maior, já encerrada, foi coordenada pela pesquisadora Idê Gomes Dantas Gurgel, do CPqAM/FIOCRUZ.

O objetivo deste trabalho é Analisar as relações de poder no acesso à saúde, focalizando a experiência do povo Indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira/PE.

O presente estudo trará uma contribuição importante para a questão do acesso na política de saúde indígena, pois poderá ajudar a identificar fatores vinculados às relações de poder que influenciam no acesso, podendo ainda contribuir para a criação de um modelo de análise que melhor se adéque à realidade do subsistema de saúde indígena em Pernambuco. A metodologia a ser utilizada se baseará na observação direta, na realização de grupos focais e de entrevistas.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, respondendo a uma entrevista. Sua participação não é obrigatória bem como a sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo em relação aos pesquisadores e com a instituição que está realizando a pesquisa, bem como com as instituições colaboradoras. A qualquer momento da pesquisa o senhor pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Os riscos relacionados com sua participação seriam prejuízos perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. No entanto, garantimos que isso não ocorrerá sob hipótese alguma. As informações obtidas poderão ser publicadas em revistas, congressos e seminários e outras atividades que envolvam debates sobre o tema saúde e ambiente ficando, no entanto, resguardada a sua identidade/participação.

Qualquer esclarecimento adicional que necessite poderá entrar em contato com Ana Lucia Martins de Azevedo, pelo endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 2101-2606, ou pelo telefone (81) 3427-5693, e-mail: anazevedo.pe@gmail.com.

Minha participação neste estudo é voluntária, e permitirei que minha opinião seja gravada em áudio. Formalizo minha participação por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pelo pesquisador. Entretanto, poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Nome do pesquisador _____
Assinatura do pesquisador _____
Nome do participante _____
Assinatura do participante _____

Data _____, / /2011.

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE (Grupo Focal)

Título do Projeto: “Acesso à saúde e relações de poder: a experiência do Povo Indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira/PE”.

Instituição Proponente: NESC/CPqAM/FIOCRUZ
Pesquisador Responsável: Ana Lucia Martins de Azevedo

Este estudo é um subprojeto de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde Indígena a partir da visão de usuários, trabalhadores e gestores”, financiada pelo DECIT/Ministério da Saúde (PROJ_676_217111838), por meio do Edital MS/FUNASA - MS/SCTIE/Decit – OPAS, 2008, referente à seleção pública de propostas avaliativas do Subsistema da Saúde Indígena. A pesquisa maior, já encerrada, foi coordenada pela pesquisadora Idê Gomes Dantas Gurgel, do CPqAM/FIOCRUZ.

O objetivo deste trabalho é Analisar as relações de poder no acesso à saúde, focalizando a experiência do povo Indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira/PE.

O presente estudo trará uma contribuição importante para a questão do acesso na política de saúde indígena, pois poderá ajudar a identificar fatores vinculados às relações de poder que influenciam no acesso, podendo ainda contribuir para a criação de um modelo de análise que melhor se adéque à realidade do subsistema de saúde indígena em Pernambuco. A metodologia a ser utilizada se baseará na observação direta, na realização de grupos focais e de entrevistas.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa como **membro de um grupo focal (grupo de discussão)** que terá a finalidade de debater o tema da presente pesquisa. Sua participação não é obrigatória, bem como a sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo em relação aos pesquisadores e com a instituição que está realizando a pesquisa, bem como com as instituições colaboradoras. A qualquer momento da pesquisa o senhor pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Os riscos relacionados com sua participação seriam prejuízos perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. No entanto, garantimos que isso não ocorrerá sob hipótese alguma. As informações obtidas poderão ser publicadas em revistas, congressos e seminários e outras atividades que envolvam debates sobre o tema saúde e ambiente ficando, no entanto, resguardada a sua identidade/participação.

Qualquer esclarecimento adicional que necessite poderá entrar em contato com Ana Lucia Martins de Azevedo, pelo endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone: (81) 2101-2606, ou pelo telefone (81) 3427-5693, e-mail: anazevedo.pe@gmail.com.

Minha participação neste estudo é voluntária, e permitirei que minha opinião seja gravada em áudio. Formalizo minha participação por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pelo pesquisador. Entretanto, poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Nome do pesquisador _____
Assinatura do pesquisador _____
Nome do participante _____
Assinatura do participante _____

Data _____, / /2011.