

Entre humanizar o diferente e diferenciar os humanos: políticas estatais de saúde no baixo Oiapoque¹

Karine Assumpção
Universidade Estadual de Campinas/ São Paulo

Palavras chaves: Atenção diferenciada; indígenas no baixo Oiapoque; HumanizaSUS

Resumo: Desde a criação do Subsistema de Saúde Indígena (SASISUS) em 1999, as equipes multidisciplinares de saúde que atuavam no baixo rio Oiapoque frequentemente operavam com as vagas de médicos não preenchidas, situação alterada somente em 2014, com a implementação do Programa Mais Médicos (PMM) e sua política de provimento desses profissionais aos rincões do país, a qual levou médicos cubanos às terras indígenas da região. Essa co-existência de políticas estatais - SASISUS e PMM -, ao atenuar o déficit de médicos em atuação, e ao contratar profissionais cubanos formados em outra “economia política da saúde” (KELLY, 2009), trouxe novas complexidades à organização e execução da chamada “política especial” de serviços de saúde para os povos indígenas (PNASPI, 2002). Uma dessas complexidades é a intersecção entre as concepções de “atendimento humanizado” (BRASIL, 2003) e “atenção diferenciada” (PNASPI, 2002) na interação com os agentes envolvidos no processo de saúde/doença da região amazônica, que inclui “outros humanos” (DIAS, 2000; ANDRADE, 2007; CAPIBERIBE, 2007, 2017). Com base na pesquisa que desenvolvo sobre as relações interétnicas entre médicos cubanos e povos indígenas no baixo Oiapoque, focarei neste trabalho em refletir sobre a concepção legal de uma atenção diferenciada culturalmente sensível e como os agentes significam este diferenciado nas práticas de saúde que engendram junto aos indígenas.

Após alguns anos de dispersão, volto, no final de 2019, a ter como principal foco de atuação profissional a temática da saúde indígena². Como uma espécie de espiral, certa manhã me deparo com a notícia de que uma grande liderança xinguana estava com COVID-19 e se recusava a ser transferida para o hospital de referência em Cuiabá. Na hora me veio o pensamento “claro, desde quando eu trabalhei na região há o entendimento consideravelmente difundido de que Cuiabá é perigoso, que é ir para

¹ Trabalho apresentado na 32ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 30 de outubro e 06 de novembro de 2020. Agradeço à Arianne Rayis Lovo pelas constantes trocas, comentários e ideias.

² Trabalho desde 2008 com a temática da saúde indígena, quando fiz minha primeira iniciação científica. De lá para cá, foram diversas inserções, entre pesquisa e atuação profissional. A mencionada dispersão foi porque de 2017 até final de 2019 estive professora de ensino médio, e o retorno é porque, desde novembro de 2019, estou atuando na Coordenação de Acompanhamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional do Índio.

morrer”. Em seguida, quase como um reflexo, pensei “mas será possível que ao longo desses anos não foram construídos outros fluxos, acordos, entendimentos sobre a transferência de pacientes xinguanos para Cuiabá?”.

Como consta no título desta comunicação, minha atual pesquisa³ é no baixo Oiapoque⁴. Por lá, médicos cubanos bolsista do Programa Mais Médicos (PMM)⁵ estiveram trabalhando junto com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) de 2014 até dezembro de 2018, quando terminou a parceria Brasil-Cuba⁶. Desse período, destaco duas situações como auxílio às reflexões que farei.

Atuou na região um médico cubano que virou notícia de jornal. Após a manchete, “Cubano do Mais Médicos reduz uso de antibióticos em aldeia indígena ao resgatar plantas medicinais”, o texto descreve como “através de palestras e encontros com as lideranças e com os moradores do local, o profissional de saúde foi pouco a pouco desmistificando a crença de que as plantas seriam um tipo de ‘magia’”⁷. Assim, ele teria diminuído o consumo de antibióticos substituindo-os por ervas de uma horta que plantou na aldeia, e seu feito teria sido mudar paradigmas dos Palikur relacionados ao uso de remédios através de muita conversa. Por que a diminuição do uso nocivo de remédios não é considerado como algo banal da prática médica, dentro ou fora das aldeias, e chega a virar notícia?

Outro médico cubano, por mim entrevistado⁸, e que também atuou na região, ao ser questionado sobre quais eram suas impressões sobre atender indígenas, de pronto respondeu que o mais diferente era que eles chegavam “falando de espíritos”. O que essas falas enunciam ao médico?

³ Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Estadual de Campinas. Título da pesquisa: “Os médicos cubanos no baixo Oiapoque: sobre políticas de saúde pública em contextos multiétnicos”.

⁴ Constituída pelas Terras Indígenas (TI) do Uaçá I e II, Terra Indígena Juminã e Terra Indígena Galibi do Oiapoque, onde vivem cerca de 5000 mil indígenas, de três etnias diferentes: Palikur, Galibi-Marworno e Karipuna. Esses povos compõem uma rede de relações envolvendo casamentos, bens e política (VIDAL, 1999).

⁵ Instituído pela lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013.

⁶ Desde dezembro de 2018 o acordo entre Cuba e Brasil intermediado pela Organização Pan-Americana de Saúde foi desfeito e os médicos cubanos cooperados que participavam do programa voltaram para seu país.

⁷ Notícia de 16 de novembro de 2016, disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/51986-cubano-do-mais-medicos-reduz-uso-de-antibioticos-em-aldeia-indigena-ao-resgatar-plantas-medicinais>

⁸ Entrevista, Y.M.C., Oiapoque, 26/02/2020).

O que une as três situações nesta apresentação é a existência de um Subsistema de Saúde Indígena, do Sistema Único de Saúde brasileiro, que tem como uma de suas obrigações desenvolver uma atenção diferenciada aos mais de 300 povos indígenas que vivem no país (IBGE, 2010)⁹. Essa diferença, constantemente posta em pauta pelos indígenas, nem sempre colocada em prática pelos não-indígenas, engloba a rede de referência Xingu-Cuiabá, o uso de remédios (industrializados ou não), “magia”, “espíritos” e diversos questionamentos, como os que fiz ao relatar as situações que expus, e que podem ser resumidos da seguinte forma: Atenção diferenciada em quê? Diferente do quê? Praticada de que jeito? Por quem?”

Essas questões seguem comigo do Mato Grosso ao Oiapoque, do mestrado ao doutorado, da conveniada da Sesai para o órgão indigenista oficial do Brasil, e talvez hoje não passarei da primeira parte da primeira questão: “Será possível?” – Subsistema de Saúde Indígena, médicos cubanos, remédios, espíritos etc., todos juntos nessa chamada atenção diferenciada?

Um subsistema que [não] possibilita atenção diferenciada e um programa que possibilitou médicos nas aldeias

A criação em 1999 e consolidação do Subsistema de Saúde Indígena, doravante abreviado como SASISUS, foi aos poucos materializando uma rede de atenção primária de saúde nas aldeias e adjacências, com postos de saúde, polos-base, Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) e sedes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), aumentando os recursos humanos que operam essas estruturas, seja a nível de gestão, seja na execução dos serviços aos usuários.

Nesses 20 anos de subsistema, observo que o ganho em estruturação não foi acompanhado pela qualificação dos serviços como diferenciados – apesar de existir tal prerrogativa na lei. Ainda que esse tipo de descompasso seja frequente em um momento de expansão de um serviço e inclusão de muitos profissionais – não necessariamente

⁹ Como consta no texto da Política: “é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos” (BRASIL, 2002).

atentos à composição de sua atuação junto aos diferentes povos indígenas¹⁰ devido, por exemplo, à formação e demografia médica no país, que são fatores que escapam ao subsistema¹¹-, as iniciativas de qualificação (capacitação, reflexões constantes) para o trabalho diferenciado seguem sendo tímidas. Tal contexto é fértil para a agência de significados¹² divergentes sobre o que é diferenciado no Subsistema, levando muitas vezes ao entendimento da diferença como meramente operacional – de “jeito” de executar o serviço.

Treze anos após a criação do SASISUS, publicou-se a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI, 2002), na qual são apresentadas diretrizes sobre como devem ser as ações do SASISUS. Nela, a noção de diferenciado estaria relacionado com uma atenção respeitosa aos conhecimentos e práticas indígenas e com a busca de uma “articulação”, inclusive com a chamada “medicina tradicional”, capaz de melhorar a saúde desses povos (LANGDON e GARNELO, 2017). Há, contudo, uma incompletude na definição de como realizar o atendimento diferenciado em articulação com os povos atendidos.

O que a PNASPI evidencia é que o cotidiano do serviço pressupõe ajustes devido às chamadas “especificidades culturais” para além das particularidades operacionais. Mas, se considerarmos a diversidade existente entre os povos viventes no país e que são atendidos por diferentes DSEIs, na prática (ou seja, nas ações engendradas), a diferenciação tem sido pequena entre um distrito e outros. Constatado esse fato, por exemplo, ao analisar os 34 planos de contingência criados pelos distritos durante a pandemia de COVID-19¹³.

Excetuando-se o trecho em que são apresentadas características infraestruturais dos distritos e demográficas e epidemiológicas do(s) povo(s) atendido(s), inexistem adaptações às ações e estratégias professadas pelo nível central da Secretaria Especial de Saúde Indígena e do Ministério da Saúde.

¹⁰ E utilizo aqui a expressão “composição” conforme Rosalen (2017) traduz as teorias ameríndias de compor pessoas, em que “A pessoa Wajapi só pode ser compreendida enquanto uma composição de diferentes substâncias/relações (ou afecções)” (: 34).

¹¹ Trato sobre a formação médica em minha dissertação de mestrado (ASSUMPCÃO, 2014), e sobre a demografia médica, ver (SCHEFFER, 2018).

¹² E utilizo aqui a noção de agência como algo presente em tudo aquilo que faz outros fazerem coisas (LATOURETTE, 2008).

¹³ Disponíveis no link:

<https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBIBhh>.

Vejamos o DSEI Amapá e Norte do Pará. Em seu plano, um documento de 58 páginas, estão descritas a concepção biomédica sobre a doença COVID-19 e sobre as medidas de prevenção, dados da estrutura do DSEI, dados demográficos e epidemiológicos, e reproduzidas frases como “conscientizar a população indígena sobre importância na prevenção e combate ao novo coronavírus” e “Orientar-se ainda que a DIASI, Controle Social, lideranças e cuidadores tradicionais elaborem conjuntamente estratégias para disseminar cuidados e ações de prevenção, conforme o Guia da OMS, junto às comunidades indígenas, de modo contextualizado, considerando as especificidades socioculturais de cada povo/etnia”, o que me leva a indagar “Quando será possível avançar desses avisos para serem “contextualizados” para, de fato, contextos de composição diferenciados dos atualmente desenvolvidos?”

Essa questão relaciona-se com uma dificuldade enfrentada pela maioria dos DSEIs desde a criação do subsistema. Apesar da estruturação anteriormente descrita, os Distritos seguem com o problema crônico de rotatividade de profissionais e falta de médicos nas EMSI - o que compromete as composições possíveis de serem construídas nas relações estabelecidas (Assumpção, 2014). E é aqui que evidencia-se o impacto do Projeto Mais Médicos.

Durante a vigência do Projeto, que foi¹⁴ parte do Programa Mais Médicos, estabelecido em 2013¹⁵, houve o provimento emergencial de médicos para as áreas e municípios considerados prioritários. Assim, apesar do Programa não ser constituído como uma política especializada, no sentido de uma política voltada às chamadas minorias, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas eram uma de suas prioridades. Isso porque no levantamento de quais eram as localidades menos supridas pela força de trabalho médica, chamava a atenção as vagas para médicos das EMSI quase sempre não preenchidas¹⁶.

Como minha orientadora e um médico cubano que trabalhava no baixo Oiapoque salientaram, e pude constatar na bibliografia sobre o tema (SILVA, 2017;

¹⁴ Opto por falar do Programa no passado porque, apesar de oficialmente não estar extinto, ele foi completamente desestruturado e segue em vias de substituição por outra política, como trato em minha tese.

¹⁵ Lei Nº 12871, de 22 de outubro de 2013.

¹⁶ Fontão e Pereira (2019) mencionam que “Segundo dados da Sesai, em 2 anos foram incorporados por meio do programa 339 médicos nos 34 DSEIs. Isso significa um crescimento de 79% em relação à quantidade de médicos que trabalhavam nesse órgão em agosto de 2013” (:172).

TELLES, 2019), foi a primeira vez que teve médico nas equipes de saúde indígena da região - e que teve médicos simultaneamente em todos os DSEIs. Essa mudança da ausência de médicos para a presença constante e cotidiana deles nas equipes trouxe novas complexidades à organização e execução da chamada “política especial” de serviços de saúde para os povos indígenas, dentre elas as próprias fronteiras que separam o Subsistema do sistema geral (que se autodenomina único).

Observo, com base em diálogos com meus interlocutores¹⁷ e materiais produzidos pela Sesai e Distritos, certa integração que vem se consolidando entre o Subsistema de Saúde Indígena e o SUS e suas políticas públicas de saúde nacionais - ou seja, não específicas¹⁸. Mesmo que aspectos dessa relação, como o sistema de informação e a participação de representantes indígenas em conselhos para além do Subsistema, não tenham sido plenamente alcançados, como fora direcionado na PNASPI, arrisco dizer que o subsistema passa a ser cada vez mais de saúde segundo preceitos biomédicos genéricos - e uma das consequências disso é uma constante rediscussão sobre o que tem que ser diferenciado na sua atuação; e, no limite, sobre a real necessidade de um subsistema, ou de sua gestão a nível federal.

O aumento de médicos nas EMSI através da intersecção de um programa nacional não específico também contribuiu para esse alinhamento. Devido a organização do sistema público de saúde no que diz respeito ao atendimento de pacientes pautar-se por protocolos, prontuários, diagnósticos, prescrições e encaminhamentos que geralmente são realizados por esse profissional (devido novamente a formação profissional somado às legislações regulatórias dos trabalhos dos profissionais de saúde vigentes no Brasil), sua presença é fundamental para a fluidez do atendimento de um paciente nos vários níveis e referências de atendimento¹⁹.

Nesse sentido, pensar sobre essa fluidez é também refletir sobre a dinâmica dos tratamentos médicos que, apesar da ideologia biomédica disseminar o entendimento de que médicos detectam a doença e aplicam o tratamento mais eficaz, se olharmos mais de perto, também faz parte do cotidiano da biomedicina a observação de quadros

¹⁷ Entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores e médicos cubanos até o presente momento da pesquisa.

¹⁸ E aqui vale lembrar que a saúde indígena nem sempre foi de responsabilidade de órgãos sanitários ou de saúde (ASSUMPCÃO, 2014).

¹⁹ Há pactuações possíveis de serem realizadas a nível regional ou local quando a rede de atendimento é deficitária de recursos humanos, mas em caráter de exceção e provisório.

clínicos, alteração de diagnósticos e de remédios ao longo dos tratamentos propostos para cada paciente (CAMARGO JR, 2005)²⁰.

Atualmente, por exemplo, a recomendação prioritária da OMS é o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família, que se pauta pelo acompanhamento rotineiro da saúde de famílias de um determinado local por uma determinada equipe (OPAS, 1996; MENDES, 2012). Esses também são os direcionamentos constantes nos documentos sobre a Humanização do SUS. Desde 2003, a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) enuncia uma proposta metodológica para gerir o cuidado no cotidiano da prestação dos serviços de saúde que busca reforçar a imagem dos pacientes como “legítimos cidadãos de direitos” e valorizar “os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2010: 5).

Faz-se importante salientar que esse uso do termo “humanização” carrega as noções de humanidade que marcaram movimentos sanitaristas no Brasil a partir dos anos 1960, pautados pela defesa da igualdade de direitos (para grupos discriminados, por exemplo) e pelo acesso a serviços de saúde mais dignos, sendo tributárias de características relacionadas ao humanismo moderno, “o que provavelmente facilitou sua sobredefinição e naturalização pelo discurso tecnoburocrático, também herdeiro do projeto moderno de purificação” (SOUZA e MENDES, 2009: 685). Sem a intenção de aprofundar essa discussão nessa apresentação, saliento que esse humanismo e purificação modernos estabelecem artificialmente, e aqui cito Latour, a “partição entre um mundo natural que sempre esteve aqui, uma sociedade com interesses e questões previsíveis e estáveis, e um discurso independente tanto da referência quanto da sociedade” (LATOURE, 1994: 16) - sendo, portanto, uma definição entre as possíveis, como veremos adiante.

Logo, para que haja um atendimento biomédico ajustado às diretrizes de humanização mencionadas, é recomendado um acompanhamento constante e contínuo das pessoas que, ao estarem em tratamento, teriam seu “quadro clínico” reavaliado com certa periodicidade, visando a alteração ou finalização do tratamento proposto

²⁰ E aqui não pretendi fazer uma lista exaustiva das ações cotidianas da biomedicina, e sim focar nas mais conhecidas relativas à terapêutica. A opção pela denominação “biomedicina” à medicina ocidental deve-se ao fato de esta refletir a vinculação desta forma de racionalidade médica com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia (CAMARGO JR., 2005).

(PINHEIROS E MATTOS, 2006; GOULART, 2007) - além dos trabalhos (de prevenção, promoção de saúde, educação etc.) que devem ser realizados continuamente com todas as pessoas.

Isso quase sempre é diferente do que ocorre nas aldeias, e cito como exemplo, para além daquele dos Palikur e os antibióticos, as situações descritas por Rosalen (2017) ao refletir de forma crítica sobre as prescrições de remédios “tarja preta” aos wajãpi por profissionais médicos que parecem não considerar as narrativas deles sobre os estados alterados vivenciados. Como ela observa, há prescrições baseadas nos relatos feitos pelos profissionais de saúde que acompanham os wajãpi em consulta médica²¹, wajãpi medicados há anos sem diagnóstico no prontuário, incluso crianças, além de casos de combinações de vários psicotrópicos para a mesma pessoa sem uma explicação evidente para tal²².

Em cenários como esse, a chegada de médicos cubanos nas EMSI gerou contrastes e novas relações - relações percebidas como “diferentes” por diversos motivos: 1) por serem médicos com capacitações e experiências em colocar em prática a estratégia saúde da família (algo menos comum entre os brasileiros); 2) pelo distrito (gestão) e as equipes estarem acostumadas com o funcionamento do subsistema sem esse profissional, e sua presença complexificar alguns processos de decisão (como o encaminhamento de pacientes para médicos especialistas em Macapá); 3) e devido ao fato de certo humanismo presente nas práticas desses médicos - entendido às vezes como a própria realização da atenção diferenciada. Observo, contudo, que essas diferenças são frutos mais de uma comparação com a desestruturação do serviço ofertado na região do que aproximações das especificidades almejadas nas diretrizes da saúde indígena.

²¹ “Se os médicos podem negar aos pacientes indígenas a possibilidade de dialogar, isso se deve ao fato de poderem recorrer, inevitavelmente, a dois outros agentes fundamentais nesse processo: as *atendentes* (técnicas de enfermagem) e os *prontuários*” (: 201).

²² “para os médicos, o problema está centrado fundamentalmente no fato do paciente indígena não falar bem o português. não descartando a relevância desse fator, há outro, tão ou mais importante, que é a não percepção por parte dos profissionais de saúde de que determinados termos, ainda que explicitados em português - fraqueza, dor no coração, desmaio etc - possuem outros significados para os wajãpi, pois se encontram fundamentalmente associados, como tenho tentado demonstrar, a manifestações de agressão xamanística. se por um lado os médicos não se aventuram a correr riscos, por outro, varios tecnicos se orgulham de conseguir se comunicar com os pacientes wajãpi, ainda que não se deem conta de que comunicação não implica necessariamente em entendimento” (ROSALEN, 2017: 200).

Assim, considerando os perigos de uma inserção descuidada e precária das práticas biomédicas nos cotidianos dos povos indígenas, a presença constante e prolongada de profissionais médicos nas EMSI, juntamente com a dos outros profissionais que a compõem, e um direcionamento humanizado dos trabalhos, tornam-se aspectos importantes de serem considerados na construção diferenciada de atenção à saúde. Mas não são os únicos.

Sobre humanização e outros humanos possíveis

Por mais “humanizado” que seja o atendimento médico, este atendimento parece não considerar (no sentido de levar a sério) “outros humanos” envolvidos no processo de saúde/doença/cura da região amazônica do baixo rio Oiapoque.

Com base nas recentes discussões sobre ontologias (VIVEIROS DE CASTRO, 2004) é possível perceber que,

em muitos povos indígenas, humanos e não humanos (animais, espíritos de animais, heróis fundadores, mortos etc.) detêm um mesmo estatuto de “pessoa”. A humanidade ou a não humanidade dos sujeitos é relacional. A mitologia palikur, por exemplo, está repleta de narrativas sobre encontros interespecíficos fortuitos na mata, nos quais um animal avista um humano como uma presa animal e termina capturando-o e levando-o para seu mundo, onde ambos passam a viver uma vida nos moldes da cultura humana. Num mundo em que ser pessoa e possuir cultura não são prerrogativas exclusivas de homens e mulheres (CAPIBERIBE, 2017: 314).

Se na cosmologia ameríndia a noção de humano enquanto pessoa pode ser estendida a diversos seres, o que motivou as campanhas de humanização dos serviços biomédicos de saúde foi combater a tendência da prática tecnocientífica em desconsiderar as pessoas e suas singularidades/diferenças humanas, reduzindo-as a um ser humano genérico, detentor de um corpo igual a todos os demais, a ser prevenido de doenças pré-definidas²³. Com esse humano (alma/subjetividade) despregado de seu corpo (matéria), a medicina da cultura ocidental contemporânea dedicou grande parte de

²³ O nosso imaginário ocidental contemporâneo, ligado ao surgimento dos anatomistas, que distinguiram o homem de seu corpo, abrindo cadáveres e se deparando com exemplos de “máquinas humanas” cuja identidade é indiferente (LE BRETON, 2011), fez com que nosso corpo se tornasse, genericamente, um “receptáculo de doenças” (: 285), ou ainda, um corpo a ser prevenido das doenças.

seus recursos e esforços ao conhecimento da estrutura e função do organismo humano, às causas das doenças, aos métodos de investigação científica e de análise complementar de diagnóstico, além de outros métodos de racionalização biológica.

Por outro lado, a naturalização da ideia de humanização dos serviços de saúde, como Souza e Mendes (2009) observam ser um risco atrelado à utilização do termo, faz muitos profissionais e gestores questionarem o por quê do imperativo de diferenciação na atenção aos indígenas, uma vez que somos todos iguais²⁴. Como uma roupa virada do avesso, o ser humano genérico segue sendo invocado, em uma tentativa de diferenciação de corpos (com suas almas e histórias) mantendo a prerrogativa da unicidade humana intacta.

Ou seja, enquanto a utilização desse homônimo pelos profissionais de saúde significa reforçar um olhar de semelhança da alma entre homens e mulheres diferentes (somos todos humanos, segundo a concepção moderna de humanidade), em um entendimento ameríndio, ver a humanidade de seres outros (enquanto processo em que se passa a enxergar um agente como humano) pode significar a “captura” da pessoa para a convivência com esses seres - ou seja, é preciso estar constantemente sabendo diferenciar os humanos e ter cuidado com as composições inadequadas, visto ser possível assumir “modos de existir” de outras gentes (Rosalen, 2017: 30). Não por acaso os povos do baixo Oiapoque alertam aos profissionais sobre os espíritos e suas agências, como me disse aquele médico cubano que atuou na região, demonstrando que há mais sujeitos humanos agindo do que aqueles que ele considerava ao tratar sobre saúde.

Se o que mantém as outras práticas de “saúde” possíveis é a viabilidade das composições outras que diversos agentes fazem, a atenção à saúde diferenciada estaria muito além de tratar bem os pacientes indígenas, não combater suas “crenças”, ou traduzir xamã como médico, incluí-lo nas rotinas dos serviços de saúde e até mesmo remunerá-los (Kelly, 2009). Envolveria também muito além dos distritos sanitários, da Secretaria Especial do Ministério da Saúde, e muito além deste Ministério também. Transpassa a discussão sobre terra, sobre cultura, poder, capitalismo, e alcança o

²⁴ E me inspiro aqui na discussão sobre equívocos e sobre irmãos e cunhados constante no subtítulo “Not all men” (VIVEIROS DE CASTRO, 2004: 14).

suprassensível (CAPIBERIBE, 2017)²⁵, enunciado pelos indígenas que “chegam falando de espírito” no postinho de saúde.

Assim, concluo essa apresentação ressaltando dois aspectos. A existência do Subsistema de Saúde Indígena e o entendimento deste como um direito torna sua estruturação necessária, para a diminuição dos riscos associados ao acesso a um sistema precário, ofertado de forma não dialogada – e isso não pressupõe qualquer substituição das práticas próprias ameríndias de atuação²⁶.

Em segundo lugar, criticar a equiparação entre atenção diferenciada e atendimento humanizado não significa torná-los incompatíveis, mas olhar para a amplitude da diferença e da humanização que pressupõem. Se, como vimos, existem outras noções de humanos, a humanização dos serviços aos povos indígenas, conforme descrita nos documentos base da Política Nacional de Humanização – ou seja, valorizando os diferentes sujeitos – precisaria considerar as concepções de sujeitos/humanos desses povos. Logo, para humanizar o diferente será preciso considerar que existem diferentes humanos.

Como tentei esboçar nessa apresentação, a redução do entendimento de atenção diferenciada ao atendimento humanizado não só atrapalha a qualificação dos serviços ofertados pelo subsistema como alimenta as rumações – e interesses extra-saúde – de municipalização do SASISUS e sobre sua existência ser desnecessária. É preciso que a atenção diferenciada siga em debate para que as composições outras entre humanos sigam possíveis, entendendo que a redução de sua amplitude é nociva ao objetivo último de gerar saúde a esses povos.

Referências Bibliográficas

²⁵ Capiberibe (2017) trata sobre a “língua franca do suprassensível”, “um tipo de comunicação estabelecida em (e com) um plano suprassensível, por meio daquilo que é conhecido genericamente como xamanismo indígena e por diferentes versões do cristianismo presente nessa região há tempos. Como veremos, tal linguagem movimenta (e se movimenta) pelos corpos postos em relação. Nessas relações, sentidos são criativamente gerados” (:313). É através desse campo de comunicação que relaciona-se com os chamados “espíritos” - incluindo Deus e diabo.

²⁶ Há extensa bibliografia sobre a relação do sistema de saúde biomédico e as práticas indígenas de saúde/doença/cura que apontam que o que genericamente chamamos de cuidados com a saúde, perpassados pela autonomia das escolhas de tratamento, resguardos e composição com outros humanos, não são ameaçados pela interação com os sistemas de cura biomédicos - pelo contrário, a dificuldade de compor com outras práticas seria da própria biomedicina (LANGDON, 2005; SILVEIRA, 2004).

ASSUMPCÃO, Karine. **Negociando curas**: um estudo das relações entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Paulo, 2014.

AYRES, José Ricardo de C M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde, **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas**. Brasília: Ministério da saúde/ FUNASA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CAMARGO JR., Kenneth R. A Biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 177- 201, 2005.

CAPIBERIBE, Artionka. A língua franca do supressensível: sobre xamanismo, cristianismo e transformação. **MANA**, 23(2): 311-340, 2017

FONTÃO, Maria Angélica B. e PEREIRA, Éverton L. Percepções, saúde biomédica e práticas dos indígenas no contexto do Programa Mais Médicos para o Brasil. In: Helcimara Telles (org.) **Mais Médicos**: as vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2019.

GOULART, F. A. A. **Saúde da Família no Brasil**: boas práticas e ciclos virtuosos. Uberlândia: Ed. EDUFU, 2007

KELLY, José Antonio L. “Os Encontros de Saberes”: equívocos entre índios e Estado em torno das políticas de saúde indígena na Venezuela. **ILHA**, Florianópolis, vol. 11, n. 2: p.265-302, 2009.

LANGDON, Esther. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: R.G. BARUZZI & C. JUNQUEIRA (org). **Parque Nacional do Xingu**: saúde, cultura e história. São Paulo : Terra Virgem, 2005.

LANGDON, Esther J.; GARNELO, Luiza. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *Salud Colectiva*, 13(3):457-470, 2017

LATOUR, Bruno. **Reensamblar el social: una introducción a la teoría del actor-red.** Buenos Aires: Manantial, 2008.

LE BRETON, David. **Medicina e medicinas: de uma concepção do corpo a concepções do homem.** In: Antropologia do corpo e modernidade. Petrópolis: Vozes; 2011.

MENDES, Eugênio V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

OPAS. **Promoción de la salud: una antología.** Washington DC: OPAS, 1996. Publicación científica n. 557

PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2006.

ROSALEN, Juliana. **Tarja preta: um estudo antropológico sobre 'estados alterados' diagnosticados pela biomedicina como transtornos mentais nos Wajãpi do Amapari.** 2017. f Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018.** São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SILVA, Diego. **O programa mais médicos no Amazonas: um olhar sobre a força de trabalho médica e a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

SILVEIRA, Nádia H. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami.

In: LANGDON, Esther J. e GARNELO, Luisa (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 681-688, 2009.

TELLES, Helcimara (org.) **Mais Médicos: as vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2019.

VIDAL, Lux B. O modelo e a marca, ou o estilo dos ‘misturados’: cosmologia, história e estética entre os povos indígenas do Uaçá. **Revista de Antropologia**, 42(1/2), pp. 29-45, 1999.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Perspectival Anthropology and the Method of Controlled Equivocation. **Tipiti** (2004) 2(1):3–22, 2004.