POLÍTICAS DE SAÚDE INDÍGENA E OS SABERES TRADICIONAIS CANELA

INDIGENOUS HEALTH POLICIES AND THE CANELA TRADITIONAL KNOWLEDGE.

Carlos Lourenço de Almeida Filho **
Elizabeth Maria Beserra Coelho ***

Resumo: O texto aponta o descompasso entre a forma como o povo Canela[1] concebe o que denominamos saúde, considerando seu contato com o mundo não indígena, e as concepções presentes no sistema indigenista de atenção à saúde. Esse contato favoreceu o surgimento de problemas que afetam diretamente a construção do corpo forte (OLIVEIRA, 2008), e implicou na necessidade da introdução de serviços biomédicos. Descreve a estrutura de atendimento biomédico na aldeia, destacando o desconhecimento dos profissionais da biomedicina no que se refere aos saberes Canelas, assim como as concepções presentes no sistema indigenista de atenção à saúde não correspondem ao modo de vida Canela. Demonstra como participação indígena está sendo definida na formulação e implementação de ações de saúde aos povos indígenas, já que estas pretendem ser específicas e diferenciadas.
Palavras-chave: Saber Tradicional. Saúde. Indigenismo.

Abstract: The text points out the gap between how the Canelas people conceive what we call health from contact with the non-indigenous world that favored the emergence of problems that directly affect the construction of the strong body (OLIVEIRA, 2008), and implied the need to introduce of biomedical services. Describes the structure of biomedical care in the village, highlighting the lack of professional biomedicine with regard to knowledge Canelas, as the conceptions involved in the Indian system of health care do not match the lifestyle Cinnamon and demonstrates how indigenous participation is being set the formulation and implementation of health actions for indigenous peoples, as they claim to be specific and differentiated.
Keywords: Traditional Knowledge. Health. Indigenism.

1 INTRODUÇÃO

O estabelecimento do contato do povo Canela com o mundo não indígena favoreceu o surgimento de problemas que afetam diretamente a construção do *corpo forte* (OLIVEIRA, 2008), o que implicou na necessidade da introdução de serviços biomédicos na aldeia Canela. Essa introdução efetivou-se respaldada em políticas indigenistas de saúde, que foram sendo reformuladas ao longo do tempo.

Em sua versão mais recente, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI, 2002) propõe um atendimento à saúde específico e diferenciado em função das diversidades indígenas. Por outro lado, essa política pretende abrir espaço para a participação indígena, através de instâncias de controle social. Procuramos analisar como as ações de atenção à saúde são efetivadas e como se efetiva o Controle Social. Será apresentada a organização dos serviços de atenção à saúde indígena em Barra do Corda (Maranhão), mais especificamente no polo base Canela.

2 OS CANELAS

Os Canelas, falantes de língua classificada no tronco lingüístico jê, vivem a leste da bacia amazônica e a oeste da caatinga do nordeste. Habitam, atualmente, a aldeia Escalvado, na terra indígena Canela, que tem formato circular, com raios que saem do centro da aldeia (pátio), onde ocorrem as festas, reuniões e cantorias e se localiza a 70 Km sul-sudeste de Barra do Corda, no estado do Maranhão. A população está estimada em 1.989 índios. A terra indígena Canela possui 125.212 hectares e sua

* Trabalho premiado durante o XXI Encontro do SEMIC realizado na UFMA entre os dias 17 e 19 de dezembro de 2009.
** Graduando em Ciências Sociais/UFMA. Aluno bolsista PIBIC/CNPq. E-mail: carlosf_soad@hotmail.com.
*** Profa. Doutora do Departamento de Sociologia e Antropologia da UFMA, e do Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais da UFMA.

demarcação ocorreu entre 1971 e 1983 e já se encontra homologada e registrada. Localiza-se no novo município de Fernando Falcão, antiga vila Jenipapo dos Resplandes[1].

Os Canelas estruturam-se em sistemas de metades e em sociedades cerimoniais. Existem as metades *Haracateye* e *Khoikateye*, que sentam em lados opostos no pátio de acordo com a posição do sol: a metade *Haracateye* senta-se no lado do por do sol, enquanto a metade *Khoikateye* senta-se do lado do nascer do sol. Os homens tornam-se membros de tais metades por intermédio de nomes herdados (ALMEIDA, 2009).

O princípio dualista encontrado no sistema de pares de metades também influencia os aspectos políticos destes grupos. Nas reuniões de pátio, espaço político freqüentado só por homens que já completaram todos os ritos de iniciação, os participantes se colocam posicionados conforme seus pares de metades de pátio. A liderança da aldeia é escolhida em conformidade com as duas estações do ano, a estiagem de julho/dezembro e a chuvosa de janeiro/junho, ou seja, chefes políticos oriundos de cada metade se revezarão no poder de acordo com a taxonomia de suas metades, um no período da estiagem e outro no período chuvoso (LIBÓRIO, 2000).

Outra divisão é pela classe de idade - de afiliação vitalícia - formada e iniciada através de quatro cerimônias. Cada classe de idade consiste em homens nascidos num período em torno de dez anos. Classes de idade, formadas consecutivamente, sentam-se em lados opostos na praça, leste ou oeste. Classes de idade de homens por volta de seus 10, 30, 50 e 70 anos sentam-se de um lado; enquanto homens em torno de seus 20, 40 e 60 anos sentam-se do outro lado (ALMEIDA, 2009).

Atualmente os Canela têm sofrido uma forte interferência por parte dos contatos, que até mais ou menos 1940 eram mínimos, tanto com outros povos indígenas, como com o mundo não índio. Em contrapartida, percebemos que eles têm procurado reaver a autonomia de suas atividades produtivas e manter sua vitalidade cultural.

Segundo Crocker, (1978), o primeiro contato dos Canelas com o mundo não índio é explicado no mito da Moça-estrela. Em uma visita ao povo Canela ela lhes teria ensinado a comer alimentos cozidos e trazido alimentos contendo substâncias poluidoras. Após esse contato, muitos destes índios, que tinham "grande sabedoria", acabaram perdendo esta capacidade.

> Durante o primeiro período de pré-pacificação — em que só comiam pau podre e carne seca ao sol não contaminável, muitos indivíduos tinham grande "sabedoria" (=sabido = amyi ya*khre-pey = auto mostrar-bem = se auto-conhecer = sabido) e assim podiam conversar com os animais selvagens e até mesmo transformarem-se em animais, retornando à forma humana. Depois de um grande incêndio numa floresta seca, os animais perderam a capacidade de falar. Similarmente, após um período de universais desastres, os Canelas perderam sua genérica "sabedoria", perda que também se verificou quando passaram a consumir, cada vez mais, alimentos contendo substâncias poluidoras, introduzidos pela Moça-estrela, e carne cozida ao fogo. Desde então, a posse das qualidades mágicas se foi restringindo a específicos indivíduos (geralmente homens), os quais, durante a adolescência, tiveram suficiente força de vontade para se resguardarem (tabus; "resguardos" = *aykri*) dos contaminantes que incluíam todas as carnes, sangue menstrual e alguns frutos e raízes (CROCKER, 1978, p. 6).

Após esse "incidente" estas qualidades mágicas foram se restringindo a indivíduos específicos que na adolescência respeitaram alguns tabus alimentícios. Tornaram-se curandeiros-feiticeiros ou adquiriam alguns poderes sobrenaturais que eram utilizados tanto na guerra, quando podiam evitar flechas mesmo atiradas de perto e podiam ver os espíritos, como no campo da liderança política. Essa mudança no mundo Canela, após o contato com o mundo não indígena, representado no mito pela Moça-estrela, teria provocado, no *ser Canela*, o que chamamos de doença, causando não só debilidades no corpo, mas também a perda de qualidades mágicas que eram do domínio de todos.

Os Canelas possuem uma forma própria de representar o que denominamos saúde e doença. O que poderia ser equivalente a nossa concepção de saúde seria o que denominam *corpo forte*, um conjunto de regras e tabus que devem ser seguidas para que seja mantido este estado. Garnelo (2003) em seu estudo sobre os Baniwa do Alto Rio Negro, afirma que essas concepções estão relacionadas aos desvios de conduta moral e de práticas corporais, como dieta e higiene corporal, assim, ultrapassam o domínio médico ocidental.

> A saúde é um estado alcançado pelo cumprimento das regras do bem viver; adoece quem descuida dos procedimentos de purificação, teve idéias ou sonhos libidinosos e não fez os rituais adequados para o caso; adoece–se ainda por manifestar curiosidade excessiva, ou por desejar lesar os outros com veneno (GARNELO, 2003, p. 65).

Oliveira (2008), em seu estudo sobre os Canelas, procurou definir o que seria o estado de *corpo forte,* os tabus e os resguardos que esse

povo tem que cumprir para obter esse estado, geralmente presentes nos rituais. É necessário rigor de comportamento e o cumprimento das regras sociais que lhes são impostas. O não cumprimento desses tabus ocasionaria uma poluição do corpo e em conseqüência o corpo se tornaria um *corpo fraco.* A manutenção do *corpo forte* é um processo constante e intermitente.

É possível observar esse rigor nos rituais de iniciação masculinos, quando os jovens passam por provações físicas e restrições alimentares com intuito de proteger o corpo para que ele não se contamine por substâncias poluentes e contra os *mekaron* (espíritos) que podem enfraquecê-lo através de feitiços e enfermidades, pois eles são considerados fonte de grande poluição.

Os rituais de iniciação masculinos Canela, pelos quais se realizam a construção e o fortalecimento do corpo, são realizados em três momentos distintos. São eles: *Khêêtúwayê, Pepyê* e *Pepkahàk,* que simbolizam e demarcam a passagem da fase infantil para a fase adulta. Estes rituais acontecem na época do verão e, segundo Crocker (1982, p. 148):

> These three festivals parallel each other in many ways: the first (Khêêtúwayê) emphasizes prepubertal security relationships: the second (Pepyê) focuses on postpubertal life challenges; and the third (Pepkahàk) clarifies and sanctifies various adult roles.

Os objetivos dos três festivais estão voltados para a construção da solidariedade do grupo e para o desenvolvimento pessoal, ou seja, tornar-se um guerreiro forte, mas sem esquecer do próximo. Para isso os iniciantes são colocados em situações de "risco", que fazem parte da aprendizagem e do amadurecimento do Ser Canela.

Esses ritos de passagem, são seqüenciados e alternados entre as duas metades cerimoniais, *Kóikateye* e *Harãkateye*, possuindo espaços e tempos diferenciados, em média de três meses entre um ritual e outro. O ciclo ritual inicia-se com a criança, entre cinco e seis anos, pelo *Khêêtúwayê* (que significa jovem) enfatizando a sociabilidade. Em seguida, inicia-se o *Pepyê* (que significa guerreiro) concentrando-se nos desafios enfrentados na vida pós-puberdade e incluem restrições alimentares e sexuais, terminando com o *Pepkahàk,* quando se enfatizam e esclarecem os papeis desempenhados na vida adulta e a importância dos amigos formais.

Existe uma preocupação constante e presente do povo Canela em manter o corpo fortificado e livre de substancias poluentes, situação obtida pelo cumprimento dos resguardos. É o que Oliveira vai definir como c*orpo forte.*

> Essas restrições e resguardos estão relacionados à construção e à manutenção da saúde Ramkokamekra, sendo o estado de *corpo forte*, isto é, livre de poluições, enfermidades, conseguido através do cumprimento dos resguardos e restrições. Modela-se o corpo através do que pode ser ingerido ou não, das formas de comportamentos permitidas construindo assim uma noção própria e especifica de corporeidade (OLIVEIRA, 2008, p.16).

Ocorrendo o descumprimento dos resguardos ou descuido, o corpo pode se tornar debilitado, o que poderá vir a acarretar a entrada de substâncias poluentes no corpo, tornando-o um *corpo fraco*.

O estabelecimento do contato com o mundo não indígena favoreceu o surgimento de problemas que afetam diretamente a construção do corpo forte, o que implicou na necessidade da introdução de serviços biomédicos na aldeia Canela que articulassem os saberes tradicionais e a biomedicina, ou seja, uma "atenção diferenciada", e o respeito aos saberes indígenas.

3 A NOVA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS E O *CORPO FORTE*

Em 2002 foi implementada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI, 2002) que integra a Política Nacional de Saúde, "compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais". Porém, esse modelo de atendimento aos povos indígenas está inserido no âmbito do SUS, guiado pelas diretrizes nacionais de universalidade e de integralidade.

Segundo essa Política, para atender as especificidades dos povos indígenas foi criado o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)[2], tentando articular a biomedicina ocidental e as práticas da "medicina indígena", levando-se em consideração as peculiaridades de cada comunidade, o perfil epidemiológico e a condição sanitária.

Dentro dessa rede de serviços está a equipe de saúde, que irá prestar assistência à saúde dos índios e deve ser formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos e os Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Os DSEI devem contar também com a participação de profissionais de diversas áreas, que constituirão a denominada Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). A quantidade e o perfil dos profissionais que atuarão nos distritos devem ser escolhidos conforme o perfil demográfico, epidemiológico,

o número de habitantes, as necessidades para o controle das principais endemias e o programa de formação dos AIS.

No âmbito da Atenção Básica, o modelo de atendimento da Fundação Nacional de Saúde tem por base as diretrizes preconizadas no Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde, o qual se pretendeu adaptar às realidades indígenas, em especial os indicadores utilizados para avaliação das ações de saúde dentro das aldeias.

Em relação aos profissionais que trabalham com a saúde diferenciada, Langdon destaca a necessidade de que "los profesionales que trabajan com la salud indígena dedique suficiente tiempo a la comprensión en profundidad del concepto antropológico de relativismo y también al concepto de cultura". (LANGDON, 2000, p.113).

Os índios utilizam esses meios para denunciar sua insatisfação e desacordo em relação ao atendimento à saúde. Os polo-base são a primeira referência para os índios e onde estão lotados os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Os pólos-base podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverá ser resolvida nesse nível. (PNASPI, 2002)

Inicialmente foram criados 5 pólos, para a atenção básica, no Maranhão, são eles:

Pólos-Base	**Povos**
1. Zé Doca	Tenetehara/Guajajara, Awá/ Guajá, Ka'apor/Urubu
2. Arame	Tenetehara/Guajajara
3. Amarante	Tenetehara/Guajajara, Krikati e Pukobiê/ Gavião
4. Grajaú	Tenetehara/ Guajajara
5.Barra do Corda	Ramkokamekra/ Kanela, Apaniekra/ Kanela, Krepu'mkateyê e Tenetehara/ Guajajara.

Quadro 1 – Polos Base no Maranhão/ 2000

Os Canelas eram atendidos pelo pólo base Barra do Corda, juntamente com três povos ali existentes: Ramkokamekra e Apaniekra -Kanela, e Tenetehara/ Guajajara. No início foram subdivididos em três núcleos, depois continuaram pleiteando e conseguiram outras divisões, como veremos a seguir.

3.1 O ATENDIMENTO PRESTADO AOS CANELAS

O atendimento aos Canelas era inicialmente prestado pelo pólo-base de Barra do Corda, que atendia também aos *Tentehar*, aos *Apaniekra* e aos *Krepunkatêyê*. Na estrutura inicial, o pólo-Base de Barra do Corda atendia aos povos indígenas dos municípios de Barra do Corda, Fernando Falcão, Jenipapo dos Vieiras e Itaipava do Grajaú.

Ocorreu um processo de subdivisão do pólo base de Barra do Corda, sendo criadas três instâncias, dentre elas a que se denomina Sub Pólo Ramkokamekra. É interessante ressaltar que o Sub Pólo Ramkokamekra foi criado a pedido dos próprios índios. Argumentaram a diferença de hábitos, costumes, crenças e organização social em relação aos demais povos que vivem na região de Barra do Corda, que antes eram atendidos pelo mesmo polo base.

Existe um posto de saúde na aldeia Escalvado, onde hospedam-se atendentes de enfermagem e onde são realizados os atendimentos em nível primário. Os atendentes de enfermagem atuam nesse posto, em regime de rodízio, com folga de 10 dias a cada 20 dias trabalhados. Na prática, observei que o rodízio ocorre a cada 15 dias. Além do atendimento no posto de saúde da aldeia, as atendentes e os AIS's fazem visitas por toda a aldeia.

Os AIS atuam trabalhando todos os dias no posto de saúde nos dois turnos: manhã e tarde. Os AIS e as auxiliares passam o dia no posto de saúde atendendo aos índios que chegam e também saem pela aldeia, fazendo atendimento a alguns pacientes que estão doentes.

Há uma "parceria" entre os AIS e os atendentes de enfermagem, porém, os saberes tradicionais Canelas não são considerados pelas atendentes, mas há um respeito por parte delas. Não existe uma formação para que estas atendentes possam trabalhar com os saberes Canelas, assim como os AIS não estão sendo capacitados para que possam fazer o equilíbrio entre seus saberes e a biomedicina. Logo, os atendimentos efetuados na aldeia só levam em consideração os saberes biomédicos, e os índios acabam, de certa forma, acomodados a esse tipo de atendimento. Isso fica bem explícito em alguns casos, por exemplo, em situações de dor de cabeça, os Canelas demandam logo remédios, para curar a dor.

As capacitações dos AIS não são constantes e não levam em consideração o contexto sociocultural nos quais esses modelos estão situados.

Outras funções que deveriam estar em atividade, fazendo a atenção básica de saúde na aldeia, segundo a Pnaspi (2002), são as do Enfermeiro, que deve organizar e supervisionar

a rotina dos serviços semanalmente e a do Odontólogo, que deve desenvolver as ações de monitoramento e avaliação de serviços da saúde bucal dessa população. Durante a minha permanência na aldeia Escalvado não observei a presença de nenhum destes profissionais.

Os casos que fogem ao atendimento da atenção primária, são encaminhados aos hospitais de referência do município de Barra do Corda, através de um veículo da FUNASA, com motorista contratado, que fica à disposição deste sub pólo, acompanhado sempre pela Equipe de Enfermagem e do Serviço Social da Casa de Atenção à Saúde Indígena (CASAI) mais próxima, que no caso é a de Barra do Corda.

O atendimento à saúde, na aldeia Escalvado, segundo dados coletados junto ao coordenador do DSEI/MA, Licinio Brites Carmona, está estruturado da seguinte forma: ao todo são 23 profissionais contratados pelo município de Fernando Falcão, com recursos procedentes da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS na modalidade fundo a fundo, distribuídos da seguinte forma:

- Odontólogo – 01
- Enfermeiro - 01
- Técnico de Enfermagem – 09
- Agente Indígena de Saúde – 10
- Auxiliar de Saúde Bucal - 01
- Assessor Administrativo do Polo-base – 01 (Sandra Maria Santos Lima)

A nova configuração dos Pólos-Base, que não pode ser vista como definitiva, indica considerável ampliação, de cinco para doze Polos-núcleo.

Pólos-Base	Povos	Nova configuração
Zé Doca	Tenetehara/Guajajara, Awá/Guajá Ka'apor/ Urubu	Um
Arame	Tenetehara/ Guajajara	Dois
Amarante	Tenetehara/ Guajajara, Krikati e Pukobiê/ Gavião.	Três
Grajaú	Tenetehara	Três
Barra do Corda	Ramkokamekra e Apaniekra-Kanela, Krepunkateyê Tenetehara/ Guajajara	Três

Quadro 2 - Reconfigurações dos Polos Base no Maranhão
Fonte: Coelho (2007)

A criação de novas instâncias de atendimento ocorreu num clima de muita disputa, em que foram acionadas as estratégias de pressão já referidas. A maioria dos Polos-base foi fracionada, principalmente separando o atendimento por povo, como ocorreu em Barra do Corda e Amarante. A solução administrativa encontrada foi a criação de Núcleos que funcionariam como subdivisões dos antigos polos.(COELHO,2007)

Em 2008, foi proposto pela FUNASA um projeto para nova re-estruturação do pólo-base de Barra do Corda. O teor desse projeto coloca-se no sentido de desfazer toda a luta e conquistas dos índios dessa região. Este projeto tem como finalidade a unificação das casas de apoio de Barra do Corda, Jenipapo do Vieiras, Fernando Falcão e Itaipava do Grajaú, com suas populações referenciadas ao polo base de Barra do Corda, e a reestruturação física desse pólo. Segue o esquema Fluxo Referência da Assistência, onde se apresenta a proposição aldeia/município seguindo as referências da atenção básica, média e alta complexidade para a população geral, conforme disponibilidade dos serviços e a construção do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado.

Como já vimos anteriormente, um dos motivos da subdivisão dos pólos e a criação das casas de apoio foram os conflitos entre os povos daquela região, e a unificação proposta poderá reacender os mesmos conflitos. No mesmo projeto, podemos perceber que ao falar da situação dos índios, primeiramente eles são tratados como populações, e não como povos diferentes.

Na ata da reunião para análise e envio de propostas relativas ao Projeto para a Reestruturação do Pólo Base de Barra do Corda, realizada na aldeia Escalvado, no dia 27 de abril de 2008, o debate se debruçou sobre a unificação dos pólos, tendo os índios reafirmado que, na situação de um só pólo, não há um atendimento satisfatório devido às diferenças étnicas e culturais. A seguinte passagem da ata ilustra esse ponto:

> Como existe uma diferença étnica e cultural entre os indígenas residentes no estado do Maranhão e o projeto fala em respeitar as etnias e culturas, não podemos imaginar que haja sucesso em uma centralização da saúde quando o referido projeto fala em descentralização que funciona a contento (ATA..., 2008).

A proposta dos Canelas é que a FUNASA estruture "a saúde" no município de Fernando Falcão, pois o acesso a esse município é mais fácil e no futuro seja estruturado um Pólo-Base em Fernando Falcão.

Cabe destacar que nessas reuniões

deliberativas não são apenas os "representantes legais"[3] que participam, mas toda a comunidade está inserida na discussão e tem direito a se expressar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do desconhecimento dos profissionais da biomedicina no que se refere aos saberes Canela, e das concepções, presentes no sistema indigenista de atenção à saúde não corresponderem ao modo de vida Canela, as ações indígenas demonstram a participação, em instâncias oficiais (conselhos e conferências), na formulação e implementação das políticas de ações de saúde aos povos indígenas, já que estas pretendem ser específicas e diferenciadas e que respeitem os saberes para a construção do *ser canela*. Como podemos observar na ata de reunião para análise de reestruturação do Pólo Base de Barra do Corda, em que não só os AIS e os conselheiros indígenas participam das tomadas de decisões e sim toda a aldeia.

O entendimento do ser Canela perpassa pelo denominado *corpo forte* (OLIVEIRA, 2008), que se constrói respeitando tabus e restrições à contaminações. É possível observar, que a inserção de medicamentos da medicina ocidental está alterando esse processo, pois ao primeiro sintoma de dor, os índios buscam logo o posto de saúde para obter algum remédio. Assim, de uma lógica preventiva de manutenção do *corpo forte*, os Canelas estão passando a uma lógica curativa. O "*corpo fraco*" passa a ser compreendido como um estado que pode ser sanado por um medicamento, desvinculando-se do cumprimento das regras e tabus.

A criação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)[4], na tentativa de articular a biomedicina ocidental e as práticas da "medicina indígena", no caso Canela, provocou certa dependência em relação aos medicamentos e abriu espaço para que os saberes ocidentais fiquem em primeiro plano e passem a fazer parte das suas representações cosmológicas.

NOTAS

[1] São, também, designados como Ramkokamekra. Esse termo refere-se a uns dos povos que por pressões externas reuniu-se a outros, formando a sociedade que atualmente vive na aldeia Escalvado. Para não privilegiar nenhuma delas, utilizo o termo Canela, que é por eles reconhecido.

[2] www.socioambiental.org

[3] Portaria FUNASA nº 852 de 30/09/1999 – Cria os distritos Sanitários Especiais Indígenas

[4] Agentes Indígenas de Saúde-AIS e conselheiros indígenas

[5] Portaria FUNASA nº 852 de 30/09/1999 – Cria os distritos Sanitários Especiais Indígenas

REFERÊNCIAS

ATA da reunião para análise e envio de propostas do projeto de reestruturação do pólo base de Barra do Corda. Barra do Corda, 27 abr. 2008. Não publicado.

ALMEIDA, M.R.M. de, *A construção do ser Canela*. Dinâmicas educacionais na aldeia Escalvaldo. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2009.

BRASIL. *Portaria ministério da saúde nº 254 de 31 jan 2002*. Aprova a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Edgard dias Magalhães (Org.). Brasília, DF: FUNAI, DEDOC, 2002.

GARNELO, L. *Poder, hierarquia e reciprocidade*: saúde e harmonia entre os Baniwa do alto Rio negro. Rio de Janeiro: ed. Fio Cruz, p. 239, 2003.

LIBÓRIO, A.P. *O xamanismo e a medicina ocidental entre os Ramkokamekrá*: concepções e práticas em saúde/doença. (Monografia) - Universidade Federal do Maranhão, 2000.

OLIVEIRA, Ana Caroline Amorim. *Ritos, corpos e intermedicalidade*: análise das práticas de resguardos de proteção entre os Ramkokamekra/Canela. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

LANGDON, Esther Jean. (2000) *Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio de siglo.* In: *Salud y Equidad: una Mirada desde las Ciencias Sociales* (Briceño-León, R.; Minayo, M.C.S. & Coimbra Jr., C.E.A., editores), p. 107-119. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

COELHO, E. M. B. . Novas formas de gestão das políticas indigenistas. *Revista de Politicas Publicas,* São Luís, v. 13, p. 89-95, 2009.

CROCKER, William H. *Canela Initiation Festivals: "Helping Hands through Life"*. Smithsonian Institution, Departament of Anthropology (NMNH). In Celebration Stuties in Festivity and Ritual, p. 147-158. Edited by Victor Turner. Washington, DC: Smithsonian Institution Press. 1982.