

# ALGUMAS QUESTÕES SOBRE A SAÚDE WARAO NO BRASIL

Dassuem Reis Nogueira<sup>1</sup>

## Resumo

A proposta deste texto é relatar e apontar hipóteses a situações recorrentes na vivência dos indígenas venezuelanos da etnia Warao nos serviços de saúde no Brasil. Meu objetivo é pensar a questão considerando estudos sobre saúde e migração e saúde indígena. Os relatos têm como base minha experiência como antropóloga na equipe de assistência social da Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social (SEMTRAS), que atende aos Warao na cidade de Santarém (PA), de julho a dezembro de 2018. Assim como faço uso de informações obtidas por meio de redes de comunicação com diferentes entidades e por reportagens referentes aos modos quais produzem suas condições de vida no Brasil, especialmente de saúde, sendo este o tema da minha pesquisa de doutorado. Realizei um esforço de apontar questões sobre a vivência dos serviços de saúde pelos Warao. A partir desse esboço, observo que o serviço de saúde tem sido realizado a partir do que é possível oferecer aos Warao, e não a partir de suas reais demandas. É preciso observar que suas precárias condições de vida e histórico de violências e vulnerabilidades,

---

<sup>1</sup> Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)/ Bolsista Capes. Email: [dassuem.nogueira@gmail.com](mailto:dassuem.nogueira@gmail.com) Link para currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/2500922741832711>

produzem estados generalizados de doenças infecciosas de pele e contribui significativamente para a letalidade de doenças tratáveis e curáveis. Também aponto que a desconfiança que orienta a abordagem repetida para imunização e exames a fim de assegurar que seus corpos não tragam doenças aos locais, em realidade, estão mantendo um cenário que os expõe a preconceitos e discriminações mais do que realmente cuida de seus estados de saúde. O obscurecimento desse contexto produz uma moralização de seus modos de vida, os culpabiliza por suas mazelas e os coloca como grupo indesejável.

**Palavras-chave:** warao – saúde indígena – migração

### **Abstract**

This text aims to report and propose hypotheses to recurring situations in Venezuelan Warao indigenous experience in Brazilian health services. I purpose to assume this question considering health and migration and indigenous health studies. The reports are based on personal experience, from July to December 2018, as an anthropologist in the social assistance team of Santarém (PA) Labor and Social Assistance Municipal Department (SEMTRAS), which serves the Warao in the city. Information obtained through communication networks with different entities and by reports referring to the ways they produce their living conditions in Brazil, was also used. Especially health information, this being the subject of my doctoral research. I made an effort to point out questions about Warao people experience in health services. From this outline, I observe that health service has been carried out based on what is possible to offer to Warao people, and not based on their real demands. It should be noted that their precarious living conditions and history of violence and vulnerabilities produce widespread states of infectious skin diseases and contribute significantly to the lethality of treatable and curable diseases. The distrust that guides the repeated approach to immunization and exams to ensure that their bodies do not bring disease to the places, in reality, are maintaining a scenario that exposes them to prejudice and discrimination more than it really takes care of their states of health. The obscuration of this context produces a moralization of their ways of life, blaming them for their problems and placing them as an undesirable group.

**Keywords:** warao - indigenous health – migration

A proposta deste ensaio é relatar e apontar hipóteses a situações que se apresentam recorrentes na vivência dos venezuelanos da etnia Warao nos serviços de saúde no Brasil. Meu objetivo é pensar a questão considerando estudos sobre saúde e migração e saúde indígena. Os relatos apresentados têm como base minha experiência como antropóloga na equipe de assistência social da Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social (SEMTRAS), que atende aos Warao na cidade de Santarém (PA), de julho a dezembro de 2018. Assim como faço uso de informações obtidas por meio de redes de comunicação com diferentes entidades e por reportagens referentes aos modos quais produzem suas condições de vida no Brasil, especialmente de saúde, sendo este o tema da minha pesquisa de doutorado.

Os Warao são um povo que ocupa, tradicionalmente, a região do Delta do rio Orinoco, na Venezuela, compondo, atualmente, uma das maiores populações indígenas desse país, com aproximadamente 48.771 pessoas (Venezuela, 2011). Desde a década de 1960, em função de

impactos ambientais e sócio-econômicos em suas terras e modos de vida, eles vêm ampliando progressivamente sua mobilidade territorial.

Tal processo tem como marco o represamento de um dos braços de rio do Orinoco, o *caño* Mañamo, como parte de um projeto de desenvolvimento da região, considerada de difícil acesso em razão do amplo interflúvio que a constitui. Porém, a barragem do *caño* Mañamo provocou a entrada das águas do mar, o que salinizou área significativa de terras e águas de uso dos Warao e, assim, prejudicou definitivamente o seu sustento, obrigando-os a mover-se até as cidades venezuelanas em busca de recursos.

Com o passar dos anos e novas e diferentes incursões sobre os recursos em seu território, como a instalação de petroleiras na década de 1990, sua mobilidade na Venezuela foi se ampliando. Em 2016, com o agravamento da crise política nesse país, grandes grupos familiares Warao seguiram o fluxo migratório dos venezuelanos não indígenas, e passaram a alcançar o Brasil em sua fronteira norte, no estado de Roraima<sup>2</sup>.

Atualmente estão presentes em capitais do norte (Boa Vista-RR, Manaus-AM e Belém-PA) e cidades do interior, principalmente do Pará, como Santarém, Itaituba e Parauapebas; também em capitais do nordeste (São Luís, Fortaleza, Teresina e Recife) e Brasília(DF)<sup>3</sup>.

No Brasil, os Warao são acolhidos pelo serviço público como refugiados, porém, sendo um povo indígena, também são amparados por acordos internacionais que asseguram que seus modos de vida sejam respeitados. Por isso, têm direito à saúde indígena diferenciada. Porém, em nosso país, há quase total ausência desse tipo de serviço nas cidades. Cerca de 40% da população indígena brasileira (Brasil/IBGE, 2012) vive fora de seus territórios oficiais, em cidades, centros urbanos ou comunidades rurais e, em função disso, não têm assegurado seu direito ao serviço de saúde diferenciado.

Ocorre que a estrutura do subsistema de saúde indígena atende apenas aos indígenas territorializados, ou seja, que vivem em terras oficialmente reconhecidas pelo Estado, e mesmo as Casas de Saúde Indígena (CASAI), que são as unidades de referência nas sedes dos municípios, não têm obrigação nem estrutura para atender aos indígenas fora de seus territórios de referência.

Na condição de povo desterritorializado, ainda que reconhecido como público que necessita de atenção à saúde diferenciada, eles são atendidos pela malha comum do Sistema Único de Saúde (SUS) – normalmente pela unidade básica de atenção responsável pelo território de atendimento em que os Warao estabelecem moradia ou são abrigados.

Nos casos de atenção de média e alta complexidade, são atendidos de acordo com a unidade de referência (unidades de pronto atendimento, hospitais e maternidades), tal como ocorre para toda a população. Contudo, sem que, em grande parte dos casos, os profissionais de saúde tenham qualquer treinamento ou mesmo experiência em atender um público indígena e, ainda mais, falante de língua materna ou espanhola.

<sup>2</sup> O número de solicitantes de refúgio venezuelanos passou de 822, em 2015, para 3.375, em 2016, 17.865 em 2017 e 61.681 em 2018 (Brasil/ Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2018).

<sup>3</sup> Para aprofundar-se na questão sugerimos os pareceres técnicos do Ministério Público Federal (Brasil/ Ministério Público Federal, 2017a, 2017b, 2018).

Outro dispositivo da atenção básica comumente acionado para atender aos Warao são as equipes dos consultórios de rua, serviço destinado à população em situação de rua. Nos municípios que dispõem desse serviço, essas equipes comumente são demandadas para fazer os primeiros atendimentos de saúde, visto que os grupos costumam se instalar em espaços públicos, primeiramente em praças, quando chegam em uma nova cidade. Em Belém, por exemplo, em que há certo número de famílias em espaços públicos, o Consultório na Rua realiza a cobertura, de fato, como parte de suas atribuições. Esse serviço realiza avaliações de seu estado de saúde e resoluções locais, quando possível, e encaminhamentos para outros pontos de atenção na rede de serviços, quando necessário.

No que diz respeito à atenção à saúde destinada aos refugiados vindos da Venezuela pela fronteira terrestre com Roraima, destaca-se o serviço prestado pelo exército brasileiro como parte do que hoje se denomina como Operação Acolhida. Os não-indígenas, chamados de *criollos*, e indígenas Warao e grupos de outras etnias como os Eñepa e Pemon, que também chegaram até a fronteira, são recebidos com vacinação, testagem rápida para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e atendimento a demandas espontâneas de saúde.

Os principais agravos de saúde entre os Warao no contexto brasileiro são notadamente as doenças infecciosas de pele e verminoses, o que são fácil e comumente atribuídas à aparente falta de higiene, supostamente, própria de sua cultura, noção manifestada por parte significativa de agentes públicos, inclusive em alguns documentos oficiais, e sociedade em geral.

Mas é preciso atentar para o contexto em que tais agravos persistem: a alta mobilidade em grandes distâncias e em condições precárias, acionada pelo espólio de suas terras, de seus recursos e de suas condições de vida tradicionais. No contexto brasileiro, acrescentamos a situação precária da maioria dos abrigos e das moradias que conseguem pagar cuja infraestrutura não é adequada aos seus modos de vida; e as características mesmas do tratamento de agravos desse tipo que, além do uso de medicação específica, necessitam de extrema limpeza de ambiente e roupas, o que é quase impossível nos abrigos e moradias em que vivem, muitas vezes com lotação acima da prevista, por consequência, com grandes chances de recontaminação.

Sobre a noção de que falta higiene aos Warao é preciso considerar que: 1) As noções de pureza e perigo, nos termos de Mary Douglas (2012 [1976]) – noções do que é limpo e sujo, próprio e impróprio, ameaçador à saúde, necessário à saúde – são construídas culturalmente, no que implica também a história de cada agrupamento humano; 2) A noção de higiene como sinônimo de limpeza no cuidado corporal, por exemplo, nasce no começo do século XIX, com a própria fundação da medicina moderna no contexto de grandes epidemias em cidades europeias, reificada como ciência, prática e discurso pela medicina e também como dispositivo de distinção social, passando a instituir grupos civilizados e não civilizados, educados e mal educados, corpos doentes e corpos saudáveis (Vigarello, 2006 [1996], Foucault, 2010 [1976]). O fato de muitos povos indígenas não compartilharem dessas noções não determina suas condições de saúde, estando essas, possivelmente, mais relacionadas ao desequilíbrio ecológico em seus territórios ou condições de vida precarizadas nas cidades, do que a seus modos de cuidados corporais.

Fassin (2004) chama atenção para que nossos esforços em compreender os processos de produção de corpos doentes considerem as políticas do vivente e as políticas da vida, ou seja, tanto ao corpo físico e psíquico, quanto ao mundo social e político. Desse modo, evita-se reduzir

a causalidade dos agravos de saúde que acometem aos Warao ao modo como lidam com seus corpos ou ainda acionar uma versão estereotipada de cultura, não assumindo o papel que relações sociais, econômicas e de poder tem na produção de problemas de saúde. Culpabilizá-los por sua situação de saúde também retira a responsabilidade do Estado na produção de condições que proporcione corpos saudáveis. Tal perspectiva amplia as fronteiras de entendimento do que seja saúde pública como política e mesmo como campo de conhecimento.

Há uma recorrência com que os corpos migrantes são vistos tanto pelas instituições de saúde e sanitárias quanto pela população que os recebe como corpos que trazem doenças e como aqueles mais vulneráveis a adquiri-las, portanto, ameaçadores e indesejáveis (Granada, 2017, Fassin, 2012, Silva, 2015). No caso dos Warao, esta noção é expressa de diferentes maneiras, seja em documentos oficiais – tal como o Decreto Lei 796/2017 de 1º de novembro de 2017, que institui a situação de emergência no município de Santarém, considerando, entre outros pontos, a preocupação com “disseminação de doenças oportunistas e de fácil transmissão, que podem causar sérios riscos à saúde dos imigrantes e dos nacionais” – a correntes de *WhatsApp*, como, por exemplo, a que circulou entre a população local de Teresina, que dentre outros pontos afirma

O dinheiro não é para alimentação. Está sendo ofertado a alimentação necessário para eles, kits de higiene, kits de dormitórios. Eles se negam a participar da nossa Política de Saúde. Se recusam a vacinação, se recusam aos tratamentos de saúde. Estão vários doentes nos abrigos, por ingestão exagerada de refrigerante, coca cola. Por favor, eu peço a vcs [sic], não ajudem com dinheiro<sup>4</sup>.

Mais especificamente, o sarampo e a síndrome HIV/AIDS são associados aos Warao. O surto de sarampo vivenciado Roraima, Amazonas e Pará em 2018<sup>5</sup> fez com que os Warao e

---

<sup>4</sup> Mensagem de WhatsApp completa, que circulou em junho de 2019: Bom dia! Gente, eu trabalho na prefeitura de Teresina. E hoje os Venezuelanos estão sendo foco de vários debates dentro das mais variadas secretarias da Prefeitura. Sendo assim, eles estão tendo toda a assistência necessária. Não estão passando fome, não estão em situação de rua. Muito pelo contrário, de todas as cidades que eles já passaram, Teresina é a única que os acolheram de forma eficaz, eficiente e efetiva. Hj a nossa realidade é de extrema preocupação, porque? Porque eles estão em sinais, restaurante e demais locais, pedindo dinheiro e o mais grave, usando as crianças. O que é proibido pela legislação brasileira, segundo o ECA. O mais preocupante ainda, o dinheiro que eles estão arrecadando nos sinais, utilizando de nossa boa fé, está sendo utilizado para o uso de bebidas alcoólicas, nós da equipe da Prefeitura já nos deparamos com situações complicadíssimas, de sermos expulsos de um abrigo coletivo por eles, inclusive eles dão bebida para as crianças também. O dinheiro arrecadado nos sinais, eles estão utilizando para andarem de táxi, enfim... O dinheiro não é para alimentação. Está sendo ofertado a alimentação necessário para eles, kits de higiene, kits de dormitórios. Eles se negam a participar da nossa Política de Saúde. Se recusam a vacinação, se recusam aos tratamentos de saúde. Estão vários doentes nos abrigos, por ingestão exagerada de refrigerante, coca cola. Por favor, eu peço a vcs, não ajudem com dinheiro. Eles estão utilizando crianças para isso, não podemos contribuir com a medigância. Aquelas crianças no colo, não é necessário estarem ali. Eles foram expulsos de São Luís, por isso a prefeitura está realizando toda a assistência pra eles. E providenciando a saída deles da capital. Pq não podem ficar em nossa cidade. Obrigada pela atenção.

<sup>5</sup> Segundo o Ministério da Saúde, o último surto de sarampo ocorreu em 2016, havendo controle e levando o país a receber o certificado de eliminação da doença emitido pela Organização Mundial da Saúde. Em fevereiro de 2018, Roraima notificou o primeiro caso suspeito de sarampo em uma criança venezuelana. De fevereiro a dezembro de 2018, foram confirmados 9.779 casos no estado do Amazonas, 349 em Roraima e 54 no Pará. Além de casos em outros oito estados, mas nem todos com relação a cadeia de transmissão venezuelana (Brasil/ Ministério da Saúde, 2018).

os venezuelanos, de modo geral<sup>6</sup>, fossem tidos como disseminadores e únicos responsáveis pela doença. O surto, de fato, parece ter origem na entrada em grande contingente desses imigrantes no Brasil, entendendo-se que havia um surto naquele país, porque a sua cobertura vacinal estava prejudicada pela crise política e econômica, e pelo tipo de vírus que circulou aqui ser o mesmo encontrado no país vizinho. Contudo também é preciso considerar que a cobertura vacinal para a doença em nosso país estava abaixo da recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e isso, certamente, expôs a população nacional.

A associação dos Warao à síndrome do HIV/AIDS foi deflagrada por um surto nessa população em 2015, amplamente divulgado por mídias internacionais como na reportagem da agência de notícias BBC (Velandia, 2018). A literatura sobre imigração mostra que é recorrente a associação de doenças específicas às categorias de imigrantes de origem menos favorecida e que chegam ao país em função de crise humanitária, como também ocorre com os haitianos e a síndrome HIV/AIDS, após a confirmação de um caso de óbito nesse grupo no país (Silva, 2015).

É preciso enfatizar que no cenário de um país notadamente racista como o Brasil, os imigrantes não-brancos, se assim podemos dizer, são mais facilmente expostos a situações de racismo e discriminação, a ver, por exemplo, que a mesma associação entre doenças e os migrantes sírios não é observada, possivelmente, porque estes são lidos como brancos no país (Martin et al 2018, Silva, 2015, Granada et al, 2017 e Granada e Deltoni, 2017).

A associação com essas doenças faz com que a chegada dos Warao provoque o alerta na população e no poder público local que os recebe para a imunização contra o sarampo e a testagem das ISTs. Em Santarém, os Warao já estavam acolhidos há quase um ano quando o surto de sarampo passou a ser veiculado na mídia nacional. Alguns programas de TV local e blogs passaram a expressar preocupação com um possível surto na cidade relacionado à sua presença, embora não houvesse um único caso suspeito em todo o município. A coordenação do abrigo providenciou, imediatamente, a imunização dos indígenas, antes mesmo do início da campanha nacional em oito de agosto de 2018, assim como procurou uma TV local para esclarecer que os Warao seriam vacinados e que não estavam doentes.

A preocupação de que sua presença provoque doenças faz com que eles sejam abordados para imunização e testagens várias vezes nos caminhos que fazem. Tais procedimentos geram comprovantes, porém, por diferentes razões, que vão de empréstimos de documentos a perda, os indígenas não os possuem. Essa repetição se conforma em um duplo preconceito: racial (contra negros e indígenas) e contra soropositivos e portadores da síndrome, posto que a transmissão do vírus se dá quase exclusivamente nas relações sexuais desprotegidas e, portanto, não há ameaça ou riscos no convívio social com pessoas infectadas.

Não quero com isso me posicionar contra a imunização ou a testagem rápida para ISTs, posto que há justificativa epidemiológica para isso. No entanto, é preciso questionar a repetição desses procedimentos como política, inclusive por economia de recursos públicos. Além disso, se a preocupação é protegê-los, seria o caso de pensar em algum tipo de ação que os oriente para a proteção. A repetição desses procedimentos parece mais uma preocupação em proteger a população local das doenças a que são associados no imaginário local do que a uma preocupação de fato humanitária de cuidar-lhes, posto que suas reais demandas, as doenças infecciosas de

---

<sup>6</sup> A população em geral, incluindo-se muitos agentes do estado, não costuma distinguir os venezuelanos dos Warao, sendo comum que sejam chamados genericamente de venezuelanos.

pele, são relegadas a uma versão naturalizada de sua cultura e, a partir disso, tomadas como insolucionáveis.

Fassin (2012) chama de *modos morais de intervenção*, relativos a uma economia moral que acusa os modos de vida estrangeiros e os coloca como indesejáveis. Desse modo, a instauração de um estado de governança humanitário faz do corpo do imigrante um lugar de exercício de poder e ao mesmo tempo de compaixão, especialmente na situação de refúgio, em que espera-se ser uma situação temporária, posto que realiza o que se chama de ajuda humanitária (alimentação, abrigo e saúde), mas também de controle e expectativa sobre como os migrantes devem se portar em relação a tal ajuda e quanto tempo devem permanecer e mesmo serem “ajudados” (Fassin, 2012, Weintraub, Vasconcelos, 2013 e Angier, 2006).

Além das doenças infecciosas de pele, verminoses e doenças respiratórias, há um dado que reforça a hipótese de que não existe ainda uma real preocupação em produzir espaços políticos que propiciem corpos sadios. Há evidências de que existem casos não notificados e subnotificados de tuberculose em Manaus com desfechos fatais. Não assumindo tais casos e mortes, oculta-se a demanda de um cuidado direcionado a essa população. Oculta-se também o entendimento de que essa população se torna vulnerável a mortes por doenças tratáveis e curáveis em razão da precarização de suas condições de vida e da prestação de serviço inadequado a suas especificidades.

Outra situação que se mostra recorrente nas diferentes cidades é a resistência dos Warao à hospitalização, expressão na qual incluem atendimentos de urgência, emergência e internação. Existem muitos casos em que pessoas Warao, mesmo diante de situações extremas, como membros quebrados, feridas abertas e graves estados de saúde, recusam-se a ir ao hospital, existindo casos extremos de cederem apenas após agravamento da situação, ameaças de intervenção judicial ou quando é possível mobilizar o serviço médico para ir até sua moradia.

Tal postura gera forte indignação, especialmente dos agentes do estado, que não compreendem a recusa, pois estão em sofrimento, e entendem também que podem ser responsabilizados já que estão sob responsabilidade do Estado e/ou acolhidos em instituições públicas. Nesses casos, as pessoas Warao são comumente acusadas de negligentes para com sua saúde e, nos casos que envolvem crianças, são quase sempre ameaçados de processo e perda da guarda. Sobre essa situação, gostaria de levantar algumas hipóteses que talvez ajudem a compreender tal fenômeno.

Primeiro, gostaria de chamar atenção para o fato de que o fenômeno da resistência à hospitalização é comum no contexto de povos indígenas, existindo diversos relatos cuja ida para a internação ao hospital na capital, distante muitos quilômetros de suas comunidades, são intensamente negociadas. É preciso lembrar que no âmbito das relações humanas e, às vezes, não-humanas, os brancos são um povo inimigo.

Outro ponto a ser observado é que o hospital muitas vezes é um lugar de morte e desrespeito ao que se entende como adequado no trato com o corpo, com as relações sociais e cosmológicas, divergindo em muito dos modos indígenas. Nos termos de Foucault (2010 [1976]), o hospital é ainda um lugar onde se exerce o biopoder de uma sociedade sobre a outra.

Segundo, é preciso atentar para o fato de que este povo concebe saúde e doença de modo distinto ao da biomedicina, de modo mais fatal, concebem toda a vida e o viver de modo

distinto ao nosso. Podemos fazer o exercício de entender como essa diferença opera a partir do modelo de sistemas médicos, um esforço teórico que responde muito mais a nossa necessidade de entendimento do que a realidade desses povos cujos modos de ver a vida e o viver não são separados ou fragmentados.

Os sistemas médicos são quadros de referências socioculturais que orientam as tomadas de decisão em relação a um problema de saúde. Um sistema médico prescinde níveis diferentes de causalidades, de agente etiológico, de tratamento e de cura. Nas sociedades indígenas, as causas das doenças são quase sempre atribuídas ao nível cosmológico, para o que nosso sistema biomédico tem atuação limitada.

Entre os Warao são comuns relatos da agência do *daño*<sup>7</sup>, um malefício que pode ser provocado por um *brujo* e por qualquer pessoa a partir de um olhar direcionado a fazer mal a outra. Encerrar a sua agência é atribuição de um outro *brujo*. Seria necessário aprofundar nosso conhecimento sobre essa agência, posto que me parece ocorrer que a recusa à intervenção médica possivelmente está relacionada ao entendimento de que ela nada ou pouco adianta no enfrentamento dessa agência, além de obstruir a agência do grupo sobre um corpo que então fica apartado e controlado por outras lógicas.

No abrigo de Santarém, pudemos acompanhar o caso de uma moça de aproximadamente 18 anos, casada, mãe de um filho de pouco mais de dois anos. Ela relatava sentir dor de barriga, enjoos, tonturas e fraqueza, emagrecia rapidamente e, após alguma intervenção, voltava ao seu peso normal, porém, passado algum tempo, novamente emagrecia.

Inicialmente, o marido, que era pastor evangélico, recorreu a orações, não havendo melhora, recorreu ao *brujo* que também estava acolhido no mesmo abrigo. Ao mesmo tempo em que o serviço de saúde investigava a suspeita de gravidez (que em um primeiro momento foi descartada por exame), gastrite, anemia (diagnóstico confirmado e tratado). O casal viajou para outras cidades e retornaram seis meses depois da primeira estadia no abrigo de Santarém, quando os conheci.

A moça continuava a oscilar em seu estado de saúde. Voltaram a recorrer ao serviço médico e ela já demonstrava insatisfação com a hipótese sempre apontada de gravidez. Porém, dessa vez, ela realmente estava grávida. No entanto, esse achado não lhe convencia como a causa da instabilidade de sua saúde.

Nesse caso, podemos observar que diferentes referenciais foram acionados, simultaneamente: o religioso, o xamânico e o biomédico. Langdon (1994) ressalta que, embora coexistam diferentes técnicas associadas a distintos sistemas médicos, essas operam no sentido de confirmar as lógicas do sistema médico do grupo e não de desacreditá-lo. Tal sistema não é questionado pela solução ou não de um problema, no chão dos fatos da vida, o sistema médico de um grupo diz respeito à sua visão de mundo, de vida e viver, permeado pelas relações de parentesco, sua cosmologia, conflitos, alianças e condições de vida.

Os sistemas médicos tradicionais são potencialmente mais abertos a inovações do que o sistema biomédico ocidental (Menéndez, 1994). Tal afirmação pode ser observada pelo uso

---

<sup>7</sup> Aparentemente uma palavra em espanhol cuja tradução para o português seria dano. Porém seria necessário um estudo aprofundado para que seja realmente possível afirmar que se trate de uma tradução de sentido adequada ao uso feito pelos Warao. O mesmo podemos dizer do termo *brujo*.

frequente de medicamentos que os Warao adquirem a partir de consultas com balconistas e farmacêuticos em drogarias para tratamentos de diversos sintomas, autonomamente como forma de autoatenção. O uso de medicamentos biomédicos é amplamente difundido entre povos indígenas, sendo reconhecida sua eficácia para o tratamento dos sintomas. No entanto, seu uso é ressignificado para fazer sentido ao sistema de saúde próprio de cada grupo, mas isso não significa que verificam a eficácia e utilizam nossos medicamentos que estão convencidos de nossa medicina em detrimento da sua.

O mesmo movimento pode ser feito em sentido contrário: não é porque alguns indígenas Warao recusam a hospitalização que eles descartem totalmente essa possibilidade. Isso nos leva ao terceiro ponto imprescindível e mais evidente para compreensão dessa postura. Não são todos os grupos e não é em todos os cenários que ocorre ou persiste a resistência. A questão é que, quando ocorre são grandes as chances da recusa tomar grandes proporções, posto que a situação pode passar a ser espaço de disputa de poder do Estado sobre os corpos que estão, oficialmente, sob sua guarda. E nesse cenário, os Warao passam a ser compreendidos como impossíveis de lidar.

Devemos considerar também o que nos coloca Martin et al (2018), dos perigos de homogeneizar os grupos a partir de sua categorização nacional: os haitianos, os bolivianos, os Warao. E, somado a isso, opô-los a um ocidental, estereotipando e objetificando sua cultura, limitando e naturalizando as diferenças. Os Warao não devem ser considerados homogêneos.

É preciso considerar diferenças religiosas, de gênero, distinções políticas, escolaridade, grupos etários e de poder, alianças e interesses (Martin et al, 2018 e Menéndez, 2016). A compreensão da resistência a hospitalização também deve considerar tais distinções e as relações de confiança ou não que se estabelecem em torno dos serviços.

Assim, jamais devemos perder de vista a diferença que nos constituíram humanidades distintas, no entanto, compreendendo que um real diálogo é possível partindo do pressuposto de que ambos estamos interessados na vida, ou pelo menos, na não-morte dos Warao, nem que seja pela pena de sua responsabilização. Em minha experiência em Santarém observei que a resistência a hospitalização diz respeito mais a um histórico de desrespeito de suas vontades e de suas vulnerabilidades do que a uma incomunicabilidade das partes.

Os Warao claramente não aceitam intervenções que os tratem menos do que pessoas dignas de respeito. A relação constituída com a equipe e, mesmo, da afinidade que cada funcionário ou ator envolvido no acolhimento, influencia na aceitação ou não da intervenção. Do mesmo modo como uma abordagem autoritária pode resultar justificadamente em recusa. Nos seis meses em que estive no abrigo, passamos por diversos casos de recusa, no entanto, todos puderam ser revertidos a partir do vínculo de confiança que se estabeleceu entre grande parte dos Warao e a coordenadora do abrigo. Não afirmo com isso que não existam conflitos e desencontros, mas há um esforço de entendimento por parte da equipe.

## **ALGUMAS CONSIDERAÇÕES**

Realizei um esforço de apontar questões sobre a vivência dos serviços de saúde pelos Warao. A partir desse esboço, observo que o serviço de saúde aos Warao tem sido realizado a

partir do que se pode oferecer a eles, e não a partir de suas demandas. É preciso encarar que suas precárias condições de vida e histórico de violências e vulnerabilidades, produzem estados generalizados de doenças infecciosas de pele e contribui significativamente para a letalidade de doenças tratáveis e curáveis. Também precisamos compreender que a desconfiança que orienta a abordagem repetida para imunização e exames a fim de assegurar que seus corpos não tragam doenças aos nacionais, em realidade, estão mantendo um cenário que os expõe a preconceitos e discriminações mais do que realmente cuida de seus estados de saúde.

O obscurecimento desse contexto produz uma moralização de seus modos de vida, os culpabiliza por suas mazelas e os coloca como grupo indesejável. Desse modo, não lhes prestamos serviço de saúde eficiente, ao contrário, reforçamos suas vulnerabilidades. O desafio é como reconhecer oficialmente sua necessidade de atenção diferenciada e compreender como realizam e em que condições sua autoatenção, a fim de fomentar sua autonomia.

Também ressalto a necessidade de um esforço real de criação de um vínculo de confiança e respeito, no sentido do esforço de compreensão de suas demandas e questionamentos, e que não devem de nenhuma maneira ser tratados como pessoas que não sabem o que está acontecendo, objetos de ação do Estado, que sob o argumento de garantir-lhes a vida, pode terminar violando direitos ou negando-lhes.

### Referências bibliográficas

Angier, M.. 2006. Refugiados diante da nova ordem mundial. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP* (18) 2 197-215.

Brasil/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2012. Censo Demográfico 2010: características gerais dos indígenas. Resultados do universo. IBGE.

Brasil/Ministério Público Federal. 2017a. Do parecer sobre a situação dos indígenas da etnia Warao, da região do delta do Orinoco, nas cidades de Boa Vista e Pacaraima. Parecer técnico, n. 208/2017, de 14 de março de 2017. Peritos: Luciana Ramos, Emília Botelho e Eduardo Tarragó, Brasília.

\_\_\_\_\_. 2017b. Parecer Técnico acerca da situação dos indígenas da etnia Warao na cidade de Manaus, provenientes da região do delta do Orinoco, na Venezuela. Parecer técnico, n. 10/2017, de 30 de maio de 2017. Perito: Pedro Moutinho Costa Soneghetti.

\_\_\_\_\_. 2018a. Parecer Técnico sobre o levantamento do perfil migratório dos indígenas Warao nas cidades de Pacaraima (RR), Boa Vista (RR), Manaus (AM), Santarém (PA) e Belém (PA) e avaliação das condições de abrigo em cada local. Parecer técnico, n. 328/2018, de 27 de março de 2018. Peritos: Eduardo Tarragó, Márcio Santos e Pedro Moutinho.

Brasil/ Ministério da Justiça e Segurança Pública. 2018. Refúgio em números, 4ª edição, CONARE/ACNUR. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/refugio-em-numeros>

Brasil/ Ministério da Saúde. 2018. Situação de sarampo no Brasil – 2018. Informe Técnico n. 34, 10 de dezembro de 2018. Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/14/Informe-Sarampo-n34-12dez18.pdf>

- Douglas, M. 2012 [1976]. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva.
- Fassin, D.. 2012. O sentido da saúde: antropologia das políticas da vida. In Sailant, F. e Genest, S.. *Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais*. Rio de Janeiro: Fiocruz 375-390.
- \_\_\_\_\_. 2004. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida: Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología* 40 283-318
- Foucault, M.. 2010 [1976]. *História da sexualidade: A vontade de saber*. São Paulo: Edições Graal.
- Granada, D.; Carreno, I.; Ramos, N.; Ramos, M. C. P.. 2017. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação* (21) 61 285-296.
- Granada, D. e Deltoni, P.. 2017. Corpos fora do lugar: saúde e migração no caso de haitianos no sul do Brasil. *Temáticas* 25 (49) 50 115-138.
- Langdon, E. J.. 1994. Sistema de crenças e práticas médicas: Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana. In Santos, R. V. e Coimbra Jr, C. E. A. ( orgs.) *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 115-141
- Martin, D., Goldberg, A. e Silveira, C.. 2018. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. In *Saúde e Sociedade* (27) 1 26-36.
- Menéndez, E. L.. 1994. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, Universidad Autónoma Metropolitana, (4) 7 71-83.
- Menéndez, E. L.. 2016. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência e Saúde Coletiva* (21) 1 109-118.
- SANTARÉM. Secretaria municipal de gestão, orçamento e finanças. Lei 796/2017, de 1º de novembro de 2017. Situação de emergência social no município de Santarém devido o intenso processo de imigração dos indígenas da etnia Warao, oriundos da Venezuela, submetidos à situação de risco pessoal e social. Santarém, 2017. Disponível em: <[http://agenciasantarem.com.br/midias/anexos/85\\_decreto\\_n796\\_2017\\_01nov17\\_situacao\\_de\\_emergencia\\_social.pdf](http://agenciasantarem.com.br/midias/anexos/85_decreto_n796_2017_01nov17_situacao_de_emergencia_social.pdf) >.
- Silva, S. A.. 2015. Fronteira amazônica: passagem obrigatória para haitianos? *REMHU – Revista Interdisciplinar sobre Mobilidade Humana* 44.
- Velandia, K. A tribo indígena que está sendo dizimada por uma epidemia de HIV. In *BBC Brasil*. Publicado em 12 de janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-42647056>
- Venezuela, 2011. Instituto Nacional de Estadística. Censo 2011. Resultados: población indígena. Disponível em: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/ResultadosBasicos.pdf>
- Vigarello, G. 2006 [1996]. *O limpo e o sujo: uma história da higiene corporal*. São paulo: Martins Fontes.
- Ward, J. de, Nogal, B. del, Chang, S., Soto, J. L., Inojosa, H. G., Mérida, M. A., Sulbarán, J. C., Lazo, W., Passarielo, E. A., Wilson, A. I. e Pisano, J. G.. 2017. Factores de riesgo para

infección por VIH en indígenas de la etnia Warao del Municipio Antonio Díaz, Estado Delta Amacuro, Venezuela. Octubre – diciembre 2015. In *Boletín Venezolano de Infectología* (28) 55-65.

Weintraub, A. C. A. de M. e Vasconcellos, M. da P. C.. 2013. Contribuições do pensamento de Didier Fassin para uma análise crítica das políticas de saúde dirigidas a populações vulneráveis. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (20) 3 1041-1055