



Karla Pamela Reveles Martínez

A donde quiera que voy me acuerdo de la mata de moriche

**Práticas de salud en la transitividad migratoria de indígenas warao
en Belém, Pará**

Dissertação de Mestrado

Belém, Pará

2021



Karla Pamela Reveles Martínez

A donde quiera que voy me acuerdo de la mata de moriche

**Práticas de salud en la transitoriedad migratoria de indígenas warao
en Belém, Pará**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Antropologia pela Universidade Federal do Pará, Área de Concentração em Bioantropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientador: Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva

Belém, Pará

2021



Karla Pamela Reveles Martínez

A donde quiera que voy me acuerdo de la mata de moriche

**Prácticas de salud en la transitividad migratoria de indígenas warao en Belém,
Pará**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Antropologia pela Universidade Federal do Pará, Área de Concentração em Bioantropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

Banca Examinadora

**Profa. Dra. Cristina Oehmichen Bazán – Membro externo
IIA - UNAM**

**Profa. Dra. Júlia Cleide Teixeira de Miranda – Membro externo
NUFI - UEPA**

**Profa. Dra. Rosa Elizabeth Acevedo Marin – Membro interno
NAEA / PPGA - UFPA**

**Prof. Dr. Pedro José Tótora da Glória – Membro interno
PPGA - UFPA**

**Prof. Dr. Flávio Bezerra Barros – Membro suplente
INEAF / PPGA - UFPA**

**Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva – Orientador
PPGA - UFPA**

Belém, Pará

2021

A las personas que defienden la vida y constantemente son amedrentadas o asesinadas. Por su ejemplo de valentía.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a las familias warao que se interesaron en participar en este estudio y me permitieron conocer sus historias y compartieron parte de su tiempo conmigo.

Agradezco a mis padres y hermanas por todo su apoyo y cariño incondicional. También a mis queridas amigas Adriana, Nicté, Alethia y Alma quienes siempre me inspiran.

Agradezco al Programa de Pós-Graduação em Antropologia - UFPA por las bases que fortificaron mi formación, y agradezco a los profesores y compañeros por todo el aprendizaje.

Agradezco inmensamente al Dr. Dídac Santos Fita por todo su apoyo y motivación durante el proceso de este trabajo, por ser parte del financiamiento de esta investigación y por ser un referente profesional para mí. Así como su contribución, junto a la Dra. Angela May Steward en la revisión de idioma.

Mis agradecimientos a los revisores de este trabajo de tesis (dissertação). A la Dra. Rosa Acevedo Marin y al Dr. Pedro da Glória por las importantes contribuciones para replantear los puntos centrales de esta investigación, desde las clases impartidas en el programa de Maestría y su apreciable lectura y sugerencias. Agradezco a la Dra. Joelma Parente Monteiro por sus contribuciones desde la primera evaluación de esta investigación.

Al orientador de esta investigación, el Dr. Hilton Pereira da Silva por brindar herramientas para que parte de la investigación en campo pudiera ser llevada a cabo y por la paciencia.

A los seminarios del Observatorio de Ecología Política de Venezuela por brindar un espacio en el cual encontré la relevancia de esta investigación.

Al equipo del Consultório na Rua por permitirme presenciar su trabajo, y especialmente a la enfermera Aline Gobbo quien siempre me pareció una persona muy atenta en su trabajo e interesada por los pacientes.

Agradezco a todos los que participaron en la colecta de cestas básicas para decenas de familias warao en Belém, y en especial a la Dra. Noemi Porro (INEAF - UFPA) y a la Dra. Flávia Lucas (PPGCA - UEPA) por su importante contribución.

Agradezco a la linda familia que vine a conocer en Belém, a mi maestra Rita y la familia Nunes, y a mis hermanas y hermanos. Ustedes fueron mi retroalimentación constante de fuerza y dedicación. Siempre los recordaré a todos con mucho cariño. Al igual que a Carlena, Wanderson, Luciana, Magno y Janaína por la amistad que siempre mostraron hacia mí.

RESUMEN

La presencia de indígenas warao en el flujo migratorio venezolano en Brasil ha generado controversias con respecto a la atención a la salud de este grupo. Las trayectorias terapéuticas de las personas en tránsito migratorio muestran diversos matices en la atención a la salud durante las fases de la migración. En esta investigación se identifican factores de búsqueda y acceso a las prácticas de atención a la salud de familias warao en la ciudad de Belém, Pará, región norte de Brasil. La manera de aproximación es a través de la observación participante en actividades de asistencia social y en actividades del Consultório na Rua [“Consultorio en la calle”], y a través de las experiencias narradas de personas que prefieren vivir fuera de los refugios. Este trabajo muestra que la atención a la salud brindada por el Consultório na Rua, la terapia con los chamanes warao (*Wisiratu* y *Joarotu*), la terapia con ensalmistas, la automedicación (uso de medicamentos farmacéuticos y remedios caseros), la preferencia por el parto domiciliario, el rechazo a procedimientos médicos y la búsqueda de alimentación adecuada son prácticas que forman parte de la atención a la salud de los warao en su transitividad migratoria en Belém. Sin embargo, este trabajo identifica que la exclusión laboral, la falta de acceso a la información y orientación de los servicios de salud, la poca interacción de los migrantes warao con los centros de salud (Unidades Básicas de Saúde), entre otros, son factores que también intervienen en la subutilización de los servicios de salud. Se brindan algunas recomendaciones para redireccionar el acceso de los warao a los servicios de salud del municipio. Asimismo, se resalta que la permanencia en Belém y el posible retorno a unas tierras con procesos de extractivismo son fases de la trayectoria migratoria que deben continuar siendo discutidas con respecto a la irrupción en el derecho a la salud como un bien común para la vida de este pueblo indígena, forzado a los desplazamientos y la marginación.

Palabras clave: migración indígena, trayectorias terapéuticas, conflicto socioecológico, migración forzada, atención a la salud, subutilización de servicios de salud

RESUMO

A presença de indígenas Warao no fluxo migratório venezuelano no Brasil tem gerado controvérsias quanto ao atendimento à saúde desse grupo. As trajetórias terapêuticas das pessoas em trânsito migratório mostram diferentes nuances na atenção à saúde durante as fases da migração. Esta pesquisa identifica a busca e os fatores de acesso às práticas de saúde de famílias Warao na cidade de Belém, Pará, região norte do Brasil. A forma de abordagem é por meio da observação participante nas atividades de assistência social e nas atividades do Consultório na Rua, e pelas experiências narradas de pessoas que preferem morar fora dos abrigos. Este trabalho mostra que os cuidados de saúde prestados pelo Consultório na rua, a terapia com os xamãs Warao (*Wisiratu* e *Joarotu*), a terapia com benzedeiros, a automedicação (uso de fármacos e remédios caseiros), a preferência pelo parto domiciliar, a rejeição de procedimentos médicos e a procura por uma alimentação adequada são práticas que fazem parte da atenção à saúde dos Warao em sua transitividade migratória. Porém, este trabalho identifica que a exclusão laboral, a falta de acesso às informações e orientações dos serviços de saúde, a pouca interação dos migrantes Warao com os centros de saúde (Unidades Básicas de Saúde), entre outros, são fatores que também interferem na subutilização dos serviços de saúde. Algumas recomendações são fornecidas para redirecionar o acesso dos Warao aos serviços de saúde do município. Contudo, destaca-se que a permanência em Belém e o possível retorno às terras com processos de extrativismo são fases da trajetória migratória que devem continuar a ser discutidas no que diz respeito à irrupção do direito à saúde como bem comum para a vida deste povo indígena, forçado ao deslocamento e à marginalização.

Palavras-chave: migração indígena, trajetórias terapêuticas, conflito socioecológico, migração forçada, cuidados de saúde, subutilização dos serviços de saúde

ABSTRACT

The presence of indigenous Warao in the Venezuelan migratory flow in Brazil has generated controversies regarding health care for this group. The therapeutic trajectories of people in migratory transit show different nuances in health care during migration phases. This research identifies search factors and access to health care practices of Warao families in the city of Belém, Pará, in the north of Brazil. Research was conducted through participant observation in social assistance activities and in activities of the Consultório na Rua (“mobile medical services”), and through the narrated experiences of people who prefer to live outside the shelters. This work shows that the health care provided by the mobile medical services, therapy with Warao shamans (*Wisiratu* and *Joarotu*), therapy with ensalmists, self-medication (use of pharmaceutical drugs and home remedies), the preference for the home birth, the rejection of medical procedures, and the search for adequate food are practices that are part of Warao health care in their migratory transitivity in Belém. However, this work identifies that labor exclusion, lack of access to information and guidance from health services, little interaction of Warao migrants with health centers (Basic Health Units), among others, are factors that also intervene in under use of health services. Some recommendations are provided to redirect Warao access to the health services of the municipality. In addition, research highlighted that the permanence in Belém and the possible return to lands with extractivist processes are phases of the migratory trajectory that should continue to be discussed with respect to the irruption of the right to health as a common good for this indigenous people and their lives who were forced into displacement and marginalization.

Keywords: indigenous migration, therapeutic trajectories, socio-ecological conflict, forced migration, health care, underutilization of health services

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1 - Eventos de asistencia social y refugio Tapanã.</i>	13
<i>Figura 2 - Equipo del Consultório na Rua (CnaR) en la atención a la salud de los warao en Belém.</i>	15
<i>Figura 3 - Secciones del Delta del río Orinoco: 1) Delta superior, 2) Delta medio, y 3) Delta inferior. Mapa: Méndez Baamonde (2007).</i>	27
<i>Figura 4 - Diversidad intraétnica de los Warao en el delta del Orinoco. Mapa extraído de Croes et al. (2004).</i>	31
<i>Figura 5 - Familia warao en el basurero Cambalache (Bolívar, Venezuela). Foto: William Urdaneta</i>	41
<i>Figura 6 - Mapa de densidad poblacional migratoria de Venezuela en Brasil. Fuente: PF-SISMIGRA (2019)</i>	54
<i>Figura 7- Conflictos socioambientales en la Región Guayana, Venezuela, 2017. Fuente: OEPV (2017)</i>	56
<i>Figura 8 - Enfermera Aline examinando bebé en la enfermería. Fecha: 04/07/2020</i>	77
<i>Figura 9 - Redários (hamacas) dentro del abrigo Tapanã</i>	79
<i>Figura 10 - Enfermera Aline escucha el corazón de la señora Aida, paciente diabética.</i>	81
<i>Figura 11 - Señora Margarita fue llevada de urgencia al hospital por su presión baja. Foto: Monitora Silvia</i>	85
<i>Figura 12- Casa de Campos Sales</i>	89
<i>Figura 13- Jeremías con un diccionario de portugués en las piernas</i>	93
<i>Figura 14- Familia de Evelio y Armindá</i>	96
<i>Figura 15 - Evelio explicando que ellos conocen el ocumo blanco. Fecha: 29/03/2021</i>	138
<i>Figura 16 - Pareja friendo arepas de harina de trigo en casa de Campos Sales. Fecha: 23/08/2020</i>	139
<i>Figura 17- Calle Prosperidade, Outeiro</i>	167
<i>Figura 18 – Cocina de Casilda con parrilla de gas y arepas recién hechas.</i>	169
<i>Figura 19 – Casilda cortando pollo afuera de su vivienda.</i>	169
<i>Figura 20 - Norbelyas y Neibys se preparan para comer pasta hervida.</i>	170
<i>Figura 21 - Norbelyas, Casilda y las niñas en la casa de Prosperidade.</i>	172
<i>Figura 22- Enfermeras del Consultório na Rua revisan a nueva familia que llegó de Winikina.</i>	174
<i>Figura 23- Terreno y casas de la familia de Mariluz.</i>	178
<i>Figura 24 - Construcción de piso de cemento.</i>	179
<i>Figura 25 - Niña queriendo destapar el refresco que tiene en las manos</i>	180

<i>Figura 26 - Niños de la misma familia jugando en el terreno de Mariluz.</i>	183
<i>Figura 27- Mariluz sonriendo en su casa</i>	184
<i>Figura 28- Vista al río frente al terreno de Mariluz</i>	185
<i>Figura 29 - Entrada a la comunidad de familias originarias de Laguna de Cocuina.</i>	186
<i>Figura 30 - Ancianos reunidos alrededor de Sabino para negociar.</i>	187
<i>Figura 31 - Anciana transportando ramas para su Janoko (vivienda).</i>	188
<i>Figura 32 - Caciques Nicolás y Eloy, junto a los misioneros José y Neide.</i>	189
<i>Figura 33 - Janoko (vivienda) de la comunidad de Cocuina, ahora en Outeiro.</i>	190
<i>Figura 34 - Enfermeras del Consultório na Rua entrando a la comunidad</i>	191
<i>Figura 35 - Niños transportando un tronco de açai para su Janoko.</i>	192
<i>Figura 36 - Señor con un saco de medicamentos</i>	193
<i>Figura 37 - Sabino con su familia</i>	195
<i>Figura 38 - Señor entrando con un tronco de palmera y en la bolsa un Coca-Cola.</i>	196
<i>Figura 39 - Fruta de moriche y arepas</i>	196
<i>Figura 40 - Señora cocinando pescado.</i>	197
<i>Figura 41 - Es común ver parrillas con pescado entre los janoko</i>	198
<i>Figura 42 - Hombre muestra el cangrejo que comerán</i>	199
<i>Figura 43 - Cuscuz listo para comer</i>	200
<i>Figura 44- Casa (amarilla) de la familia del señor José Mata en Ananindeua</i>	202
<i>Figura 45 - Joven mostrando la preparación de cachaça con ajo.</i>	206
<i>Figura 46 - José y Rosenda en Ananindeua</i>	207

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1 - Pescados consumidos por las familias warao en Belém, Pará</i>	140
<i>Tabla 2 - Algunas plantas medicinales que los warao reconocieron en Belém, Pará</i>	145
<i>Tabla 3 - Remedios de origen animal que las familias warao mencionan.</i>	147
<i>Tabla 4 - Uso de ron blanco o cachaça para remedios</i>	149

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ADRA	Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais
AP	Antes del Presente
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AMO	Arco Minero del Orinoco
APS	Atenção Primária à Saúde
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CnaR	Consultório na Rua
CONARE	Comitê Nacional de Refugiados
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CVG	Corporación Venezolana de Guayana
ECR	Estratégia de Consultório na Rua
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNPAPA	Fundação Papa João XXIII
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IIA	Instituto de Investigaciones Antropológicas
INEAF	Instituto Amazônico de Agriculturas Familiares
IVIC	Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas
MJSP	Ministério de Justiça e Segurança Pública
MPF	Ministério Público Federal
NAEA	Núcleo de Altos Estudos Amazônicos
NAMR	Núcleo de Assistência aos Migrantes e Refugiados
NUFI	Núcleo de Formação Indígena
OEPA	Observatorio de Ecología Política de Venezuela
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OPAS	Organización Panamericana de la Salud
PFDC	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPGA	Programa de Pós-Graduação em Antropologia
RFI	Reserva Florestal Imataca

RMB	Região Metropolitana de Belém
SEASTER	Secretaria de Assistência Social do Estado
SEMEC	Secretaria Municipal de Educação
SENARC	Secretaria Nacional de Renda de Cidadania
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde
SESPA	Secretaria de Estado da Saúde do Pará
SISMIGRA	Sistema de Registro Nacional Migratório
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UEPA	Universidade Estadual do Pará
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNAM	Universidade Nacional Autónoma de México

Serenata para la tierra de uno

*Porque me duele si me quedo
Pero me muero si me voy
Por todo y a pesar de todo, mi amor
Yo quiero vivir en vos*

*Por tu decencia de vidala
Y por tu escándalo de sol
Por tu verano con jazmines, mi amor
Yo quiero vivir en vos*

*Porque el idioma de infancia
Es un secreto entre los dos
Porque le diste reparo
Al desarraigo de mi corazón*

*Por tus antiguas rebeldías
Y por la edad de tu dolor
Por tu esperanza interminable, mi amor
Yo quiero vivir en vos*

*Para sembrarte de guitarra
Para cuidarte en cada flor
Y odiar a los que te castigan, mi amor
Yo quiero vivir en vos*

María Helena Walsh, 1968

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. MARGINALIDAD, DESASISTENCIA SANITARIA Y MIGRACIÓN: CARACTERÍSTICAS DEL PUEBLO WARAO	25
<i>i. Territorio, diversidad intraétnica, idioma y etapas de la vida</i>	<i>25</i>
<i>ii. Las comunidades warao llegaron a ser uno de los grupos más marginalizados y desplazados de su territorio.....</i>	<i>37</i>
<i>iii. Desplazamientos por desasistencia sanitaria</i>	<i>40</i>
<i>iv. Migración hacia centros poblados o urbanizados</i>	<i>45</i>
II. CONDICIONES PREMIGRATORIAS EN EL PROCESO DE DESPLAZAMIENTO HACIA BRASIL	46
<i>i. Crisis humanitaria: "en Venezuela ya no hay nada"</i>	<i>46</i>
<i>ii. Llegada de indígenas warao a Brasil.....</i>	<i>50</i>
<i>iii. Proyecto de territorialización económica en la Región Guayana y desplazamiento de indígenas warao.....</i>	<i>55</i>
<i>iv. Modelo extractivista en Latinoamérica y articulación con las condiciones premigratorias.....</i>	<i>59</i>
III. USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN BRASIL Y EN BELÉM: DESPLAZAMIENTO Y LLEGADA	70
<i>i. Atención médica en la enfermería del refugio Tapanã</i>	<i>76</i>
<i>ii. Experiencias en el tránsito de la migración.....</i>	<i>86</i>
<i>iii. Movimiento y frontera</i>	<i>88</i>
<i>iv. Refugio en el ejercicio de acogimiento</i>	<i>100</i>
<i>iv.i ¿Quiénes llegaron?.....</i>	<i>101</i>
<i>iv.ii ¿Por qué deciden vivir fuera de los abrigos?</i>	<i>106</i>
<i>v. Consideraciones</i>	<i>115</i>
IV. PRÁCTICAS DE CUIDADO EN LA TRANSITIVIDAD MIGRATORIA DE LOS WARAO EN BELÉM	120
<i>i. Enfoque crítico y antropología de la salud latinoamericana</i>	<i>121</i>
<i>ii. Enfoque sociocultural de los itinerarios terapéuticos en perspectiva de Esther Langdon</i>	<i>125</i>
<i>iii. Hacia el estudio de las prácticas de cuidado.....</i>	<i>129</i>
<i>iv. Ejemplo de investigación sobre migración y trayectorias terapéuticas</i>	<i>131</i>

<i>v. Alimentación como práctica de autoatención y en la transitividad.....</i>	<i>134</i>
<i>vi. Alimentación, fuerza sanguínea y automedicación.....</i>	<i>141</i>
<i>vii. Embrujo, un mal común en el tránsito migratorio.....</i>	<i>151</i>
<i>viii. Uso de medicamentos y los servicios de salud</i>	<i>159</i>
<i>ix. El sentido de pertenencia.....</i>	<i>166</i>
<i>x. Un wisiratu en Outeiro.....</i>	<i>185</i>
<i>xi. Joarotu José Mata</i>	<i>201</i>
CONSIDERACIONES FINALES	208
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	215

INTRODUCCIÓN

Durante mi formación como bióloga en la Ciudad de México nunca imaginé que en algún momento estudiaría aspectos sobre migración y salud humana; lo cierto es que siempre mantuve un pie afuera de la disciplinariedad rigurosa de la Facultad de Ciencias y participé en eventos políticos de jóvenes universitarios. La presente investigación recibió influencia principalmente de tres intereses que constantemente se cruzaron en aquellos años.

Una de mis prácticas como estudiante en el 2015 fue indagar en el conocimiento de plantas medicinales y hongos comestibles en la comunidad otomí de San Francisco Xochicuautla en el Estado de México, México. Esta comunidad pasaba por un conflicto socioambiental vinculado a un megaproyecto que amenazaba con la construcción del tramo de una autopista que iba a atravesar uno de sus cerros sagrados. Tuve la oportunidad de conocer la manera en que los otomíes de Xochicuautla atribuían aspectos de su salud y religiosidad a estos cerros que continúan defendiendo hasta hoy. Por otro lado, en ese momento era estudiante y tesista en un proyecto de investigación sobre las contribuciones de la Dialéctica a la Teoría Evolutiva que era coordinado desde el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Dado a esto último mi atención giraba en torno al concepto de nicho socioecológico en los estudios sobre ecología humana, sin embargo, el resultado final fue darme cuenta de que no era en sí la noción de nicho socioecológico el que unía a las disciplinas, sino la necesidad de comprender diferentes aspectos de la vida humana en su multidimensionalidad. Más tarde en el 2018 comencé a reunirme en un grupo en donde participaban personas de diversas profesiones y movimientos sociales, con la finalidad de construir el Seminario de Complejidad Biocultural del Cáncer, coordinado desde el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM. Con todo lo anterior mi interés por los estudios sobre salud, enfermedad y ecología creció. Poco tiempo después, comencé mis estudios en la Maestría en Antropología en la Universidad Federal do Pará, Brasil, en el 2019, programa en el que esta investigación se vincula. Me incliné hacia la línea de investigación de

Socioecología de la salud y la enfermedad. Y, conforme la investigación desarrollada, mi aprendizaje continúa creciendo.

Fue muy importante tener la oportunidad de ser parte de todas aquellas investigaciones que priorizaron la situación emergente del desplazamiento de indígenas warao a Brasil. Cabe resaltar que algunos ejes de esta investigación tuvieron influencia del contacto que tuve con Eliene Putira Sacuena del pueblo Baré, y con Luana da Silva del pueblo Kumaruara. Estas mujeres son indígenas, lideranzas de sus comunidades, y estudiantes de posgrado en el programa del cual también fui parte. Por tal motivo, tuve la oportunidad de escuchar sus voces en torno a la defensa del territorio de los pueblos indígenas de la Amazonia brasileña, y otros pueblos que son severamente afectados por la minería y agroindustria, entre otras actividades extractivas en sus territorios, actividades éstas que son favorecidas por el contexto político de la administración actual y la hostilidad expresada hacia estos pueblos originarios.

Siendo extranjera y con menos de un año residiendo en la ciudad de Belém, cuando comencé el trabajo de campo no fue difícil imaginar cuáles podrían ser algunas dificultades para las familias warao que iban llegando a Belém: aprender a viajar en el autobús, comprar comida, acostumbrarse a la comida local, las visitas a la Policía Federal y la burocracia, la cuestión del idioma, entre otras. Todos estos aspectos facilitaron mi aproximación. A lo largo de la investigación y principalmente conforme fui conociendo las historias y recorridos de quienes me lo permitieron, constantemente reviví experiencias propias en mi país, y gracias a ello se generó diálogo y confianza. Reviví aspectos que yo podría comprender, pues una gran cantidad de personas que viven en la Ciudad de México somos hijos de migrantes, y en torno a ello existe la dinámica constante de ida y vuelta a los pueblos. Esa transición entre campo y ciudad siempre me generó curiosidades que hasta la fecha también fueron parte de la construcción de mis intereses, a la vez que preguntarme sobre mi propia identidad. Diversas prácticas de cuidado resuenan en la ciudad cuando la gente lleva ahí parte de su pueblo; se llevan la forma de cocinar, remedios caseros, la manera de hablar, y también la manera de pensar las situaciones que pasan día a día, incluso después de años viviendo en la capital. Sin

embargo, se ha visto que los grupos indígenas y campesinos son fuertemente discriminados en la ciudad en cuanto a sus diferencias.

En esta investigación aprendí a actuar y hablar con sensibilidad a la vez que ser muy franca. Hacer investigación con personas que pasan por situaciones difíciles es uno de los aspectos que más se me dificultó en este transcurso porque muchas veces las personas no tenían tiempo para sentarse a platicar tranquilamente, como si todo estuviera bien, algunas de ellas esperarían donaciones constantemente. A veces a la gente se les veía tan casada, a otros se les había muerto algún familiar, otras no habían comido o únicamente habían comido pasta hervida. No obstante, desde las primeras conversaciones sentí aceptación por parte de ellas, como si precisamente quisieran explicar las situaciones que habían pasado hasta ese momento en su trayectoria como migrantes en Brasil y ahora en Belém. Les resultaba desahogador, y de cierto modo yo sentí que esa era una forma de hacerles pasar un momento en donde traían recuerdos de su tierra y eso parecía agradarles.

La condición de ser y estar en movimiento a través de lugares presupone tránsito físico, pero también tránsito subjetivo. De modo que quien migra transita por formas diferentes de ser y de estar que se expresan y se perciben cuando la gente habla y en la manera en que hacen las cosas, colocando elementos sobre lugares y haciendo condiciones nuevas en donde se mezclan tiempos y espacios distintos; de esta manera Jones Dari Goetttert (2019) describe la transitividad migratoria. Este criterio, contribuyó a distinguir los aspectos que más me llamaron la atención de la migración warao que estaba viendo en la ciudad de Belém. Fue constantemente enaltecida la capacidad de los grupos para desplazarse al interior de casi todo Brasil, además del desplazamiento interno, en este entramado social, también llamó mi atención que en Belém las familias muestran diferencia con respecto a la forma de vivir, es decir, vivir bajo la vigilancia del gobierno municipal o vivir fuera de los refugios pagando renta por ellos mismos. Esto sin duda traería diversas preguntas en torno a los cuidados que las propias personas buscan para vivir conforme a sus preferencias.

Cuando esta investigación comenzó en el 2019 la dinámica migratoria de las familias

warao en Belém tenía dos años de transcurso, de modo que diferentes aspectos de estas familias se comentaban en los eventos institucionales de la prefectura de Belém y del estado de Pará. No obstante, para una mejor comprensión del proceso fui a mirar los peritajes antropológicos realizados hasta el momento, dos de ellos fueron relevantes en la indagación. Se trata del diagnóstico situacional sobre los indígenas warao que llegaron a Belém en el 2017 realizado por Marlise Rosa, y el segundo es el perfil migratorio y la evaluación de las condiciones de refugio de los warao en las ciudades de Pacaraima (RR), Boa Vista (RR), Manaus (AM), Santarém (PA) e Belém (PA) realizado por Eduardo Tarragó, Márcio Santos e Pedro Moutinho en el 2018.¹ Algunas de las observaciones e información redactada en estos documentos confirman los aspectos que debían tener continuidad en la presente investigación.

Los warao que están en Brasil principalmente son del estado Delta Amacuro de Venezuela, en el perfil migratorio se reporta que provienen de diferentes comunidades y caños del delta del Orinoco,² que son parte de los municipios de dicho estado: Tucupita, Winikina, La Horqueta, Mariusa, Nabasanuka, Aunaburo, Araguabisi, Barranquilla, Janolosebe, Yakera Wito, Barra Cocuina, El Caigal, Jaguarama, Palo Blanco, Otajana, Macareo, Janakajamana, España, Jojene, Kuberuna, Uracoa y Dauna Jido. También vinieron grupos warao de San Félix del

¹ Parecer técnico del perfil migratorio N° 328/2018-DPA/SPPEA/PGR. Ambos pareceres retomaron los peritajes iniciales de Roraima, Amazonas y Belém: a) Parecer técnico/SEAP/6aCCR/PFDC N° 208/2017 realizado Luciana Ramos, Emília Botelho y Eduardo Tarragó; b) Parecer técnico-SP/MANAU/SEAP N° 1.13.000.000541/2017-81 realizado por Pedro Moutinho Costa Soneguetti; y c) Relatório técnico 12/2017 SEAP/CRP4 sobre los indígenas en Belém 17/10/2017 realizado por Raphael Frederico Acioli Moreira da Silva.

² El río Orinoco es uno de los ríos más grandes de América del Sur (2.150 km), en la desembocadura de este río hay un delta fluvial localizado en el estado de Delta Amacuro, en el noroeste de Venezuela. El delta del río Orinoco abarca una de las zonas húmedas más importantes del América del Sur (Miloslavich et al. 2011). En los caños y riachuelos que corren en este delta con dirección a la costa están las comunidades warao.

estado Bolívar y de Los Barrancos de Fajardo y de Barrancas, ambos del estado Monagas (Ramos et al. 2018). Algunas situaciones fueron particularmente señaladas como características de los indígenas warao que llegaron a Brasil, y continuaron siendo registradas en los desplazamientos a Belém: a) las evaluaciones médicas indican afectaciones severas a la salud principalmente en niños; b) la práctica de pedir dinero en la calle es la principal actividad y medio de sustentación de los warao; y c) acostumbran a salir en compañía de sus hijos, situación que fue discutida polémicamente en los Consejos Tutelares (Rosa 2017). Al respecto del desplazamiento interno en diferentes ciudades de Brasil y la preferencia de vivir fuera de los refugios, en estos documentos se comenta que las motivaciones son diversas: dificultades para acceder a alimentación suficiente y variada, conflictos internos con otras familias o grupos warao, peleas al momento de división de donaciones, conflictos con brasileños en situación de calle, espacio limitado en los refugios, falta de privacidad, dificultades para conseguir trabajo, falta de educación para los niños y seguridad (Rosa 2017; Tarragó et al. 2018). Todos estos elementos muestran la complejidad implicada en la experiencia del acto de migrar, en donde la transitividad se construye en el interior de las experiencias migratorias (Goettert 2019). Así, las intencionalidades, sentimientos y recuerdos se articulan en un lugar como espacio de vida, donde las diversas prácticas definen su ser en el mundo (Rincón 2020).

Esta investigación comenzó a ser un desafío para mí por tratarse de un grupo indígena de un país diferente al mío que llegó a otro país igualmente diferente al mío, para ello, en mi primera incursión antes de comenzar el campo fue primordial la lectura sobre la crisis venezolana, la historia del pueblo Warao abarcando la migración interna en Venezuela y la migración internacional a Brasil. El reconocimiento de los alcances reflexivos y propositivos que traen los estudios sobre conflictos socioambientales condujo la primera reacción a buscar información relativa en Venezuela. En esa búsqueda conocí al Observatorio de Ecología

Política de Venezuela (OPV)³ y a través de este Observatorio conocí que la Región Guayana de Venezuela está siendo gravemente impactada por el megaproyecto Arco Minero del Orinoco, y diversas afectaciones ambientales son parte de la deficiencia en atención pública básica en esa región, y cuyos mecanismos de exclusión han forjado la progresiva marginalización y abandono histórico del pueblo Warao quienes se han desplazado gradualmente hacia los sitios urbanizados (Terán 2016).

Las familias warao llegaron a Brasil en donde la política de salud para los pueblos indígenas es problemática; hasta hoy continúa siendo un desafío organizar las redes de atención del Sistema Único de Saúde (SUS) para implementar la prevención, promoción y recuperación de la salud dirigida a poblaciones tradicionales (indígenas, quilombolas, gitanos, entre otras) en las cuales existe demanda específica y diferenciada (Silva et al. 2020).⁴ La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) explica que la asistencia a la salud de los pueblos indígenas brasileños es realizada a través de la Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), con atención diferenciada que consideran las características de cada grupo 'aldeado' incluyendo acompañamiento en caso de necesidad de asistencia médica especializada en la red pública de las ciudades. No en tanto, los llamados refugiados warao no son residentes de tierras indígenas, por ese motivo la SESAI no actúa por la salud de este grupo,

³ <https://www.ecopoliticavenezuela.org/>

⁴ La política indigenista para la salud en el país abarca el Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (1999), la Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), la Política de Atenção Integral à Saúde Mental de Populações Indígenas (2007), y en el 2010 se creó la Secretaria Especial de Saúde Indígena (OIM 2019). Además, existen políticas específicas para otros pueblos tradicionales, la Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais (Brasil 2007), la Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas (Brasil 2013), la Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil 2013), y la Política Nacional de Atenção à Saúde do Povo Cigano/Romani (Brasil 2018 *apud* Silva et al. 2020).

el cual no está incluido en el censo de la población indígena del país (OIM 2019). La OIM reconoce que “falta orientación y entendimiento de instituciones públicas con relación a la presencia de pueblos indígenas migrantes en contexto urbano” (OIM 2019: 13), o sea, la atención médica diferenciada para los grupos indígenas brasileños en contexto urbano aún no es esclarecida.

La Estrategia Consultório na Rua (CnaR), programa especializado en atención a la población en situación de calle es quien se encarga de la atención a la salud de los warao desde que ellos llegaron a la ciudad.⁵ Sin embargo, la atención comenzó a ser particular cuando las evaluaciones médicas a las familias mostraron rasgos de enfermedades en estados avanzados que ya padecían. Las condiciones de salud de este grupo indígena se mostraron alarmantes, de acuerdo con una evaluación realizada por la Universidad Federal do Pará (UFPA) en 2019. Como resultado vieron que en tan solo un refugio había personas con desnutrición crónica, tuberculosis pulmonar en actividad, síntomas respiratorios, tratamientos interrumpidos, entre otras cosas (Silva *et al.* 2020).

Los estudios sobre las condiciones de salud del pueblo Warao muestran que algunos de ellos están enfrentando las consecuencias del abandono sanitario en su territorio (Vitti 2015; AI 2018; CIDH 2019; Parellada 2019). La emergencia sanitaria es alarmante desde décadas atrás, ya que el sistema sanitario del estado Delta Amacuro no ha mostrado avance con respecto a la atención de la gran cantidad de comunidades que están distribuidas en ese territorio que es extenso y de difícil acceso. De tal forma que, los programas de prevención,

⁵De acuerdo con el “Plano de Ação Municipal”, construido con la coordinación de ACNUR y SEMEC y la colaboración del Grupo de Trabajo formado para el área de salud (Recomendação no. 34/2019), se llegó a la recomendación de que la Estrategia Consultório na Rua se responsabilizará en la atención a la salud de este sector. Posteriormente también llevó a cabo el “Plano de contingência da covid-19” (Coronavirus Disease-2019) (ECR 2020).

promoción y atención en salud es limitado debido a las fallas en el funcionamiento del sistema de salud que tampoco ha considerado la cultura, el idioma y la medicina tradicional warao (Araujo-García 2020).

Con todo esto, hablar plenamente acerca de la salud de las personas migrantes implica considerar los impactos acumulativos a la salud durante las diferentes fases de la migración: premigratoria, movimiento, integración y llegada, y posible retorno (Wickramage 2018), incluyendo, si se presentan, nuevos flujos migratorios internos e internacionales, y también la permanencia (Anselmo 2021). Todas estas fases son parte de la trayectoria que constituye al sujeto migrante, de tal forma que la aproximación a estas trayectorias muestra contenido para abordar cuestiones específicas desde el lugar de observación.

La primera inmersión acerca del flujo migratorio de indígenas warao en el municipio fue al respecto de la actuación de la prefectura municipal para acoger a las familias en los refugios, pero especialmente me interesé en los servicios de salud para estos grupos. Mi relación con las instituciones en tal materia fue breve, sin embargo, tal situación me dirigió a nuevas preguntas e intereses que enriquecieron la manera en que abordaría esta investigación con respecto a las familias que viven fuera de los refugios: ¿Cómo efectúan el acceso a los servicios públicos? ¿cómo actúan cuando algún miembro de la familia enferma? ¿A cuáles cuidados de salud tienen acceso? ¿cuáles cuidados buscan? ¿Lograron superar los diferentes conflictos a los que se enfrentaban dentro de los refugios? ¿Los indígenas warao requieren atención diferenciada en salud en Belém?; éstas son algunas preguntas que serían parte de la caracterización de la etapa de integración y llegada y, quizá, ¿permanencia? De este modo me apoyé de la oportunidad que trae pensar las trayectorias migratorias en términos de fases, ya que es posible adherir historicidad y conflictividad en cada una de ellas.

Por tal motivo, en la presente investigación intenté reconstruir algunos aspectos de las condiciones premigratorias del desplazamiento warao a Brasil, este desarrollo se dio a partir del constante retorno a referencias históricas y las discusiones en torno a los conflictos socioambientales vinculados con la violación de derechos humanos a pueblos indígenas en Venezuela. Mi acercamiento al equipo del CnaR me ayudó a conocer el uso del servicio de

salud en el abrigo Tapanã, esto es, el refugio municipal para los migrantes warao en Belém. También me aproximé a algunas familias warao que viven fuera del refugio, de esta manera sería posible conocer cuáles aspectos de la fase de desplazamiento hacia Brasil y también la llegada al mismo estaban implicados directamente en el deterioro de los estados físicos y emocionales que eran observados, a la vez, los testimonios de las personas contribuyen a matizar quienes son esos migrantes y porqué vivir fuera de los refugios se torna una mejor opción para su bienestar.

La noción de itinerario terapéutico en perspectiva sociocultural guía en la comprensión de la expresión de actitudes, rechazos, búsquedas y negociaciones en torno a las terapias médicas, que tienen relación directa con la cosmovisión y los sistemas de salud de los grupos indígenas (Langdon 2014a). Por otro lado, tratándose de un proceso migratorio de un grupo que todavía muestra prácticas y saberes de la medicina tradicional warao (Wilbert 1996; Wilbert y Lafée-Wilbert 2007), torna particular el estudio de las trayectorias terapéuticas, las cuales abordan los requerimientos de salud, el uso de los servicios de salud, la búsqueda de cura y de cuidados, y las prácticas terapéuticas escogidas en un tiempo determinado por los grupos en contexto migratorio (Morgado 2018). En ese sentido, estos aspectos pueden ser abordados con respecto a las familias warao que viven fuera del refugio y en las cuales es más fácil conocer las prácticas de cuidado que realizan autónomamente de manera individual y colectiva, siendo actividades cotidianas o actividades específicas direccionadas a la prevención o tratamiento de un padecimiento (Menéndez 2003).

OBJETIVOS

General

- Identificar los factores de búsqueda y acceso a las prácticas de atención a la salud de familias warao en la ciudad de Belém, Pará.

Específicos

- Identificar las circunstancias socioecológicas y la desasistencia sanitaria como condiciones premigratorias en el reciente flujo.
- Definir los factores que intervienen en la subutilización de los servicios de salud disponibles en la prefectura municipal.
- Mostrar la importancia de la alimentación, la terapia de cura chamánica y la automedicación como prácticas de cuidado en la transitividad migratoria.

METODOLOGÍA

El asesor de esta tesis, el Dr. Hilton Pereira da Silva fue llamado a ser parte de un eje universitario que abordaría cuestiones vinculadas a la salud de los indígenas warao en Belém. Por tal motivo, el profesor estaba siendo informado de las actividades que se llevaban a cabo en los refugios y también él comenzaba a participar de investigaciones conjuntas con otras instituciones para abordar cuestiones sobre nutrición. En este contexto comenzaron mis primeros acercamientos con las familias warao y con los refugios, pues el profesor Hilton me animó a participar en algunas actividades de estudiantes y voluntarios en torno a esos estudios. El warao es la lengua hablada por el pueblo Warao, y el español se perfila como su segunda lengua, sin embargo, no todos hablan fluidamente este idioma y no logran comprender fluidamente el portugués. Por tal motivo, mi papel principal en estas actividades fue traducir del español al portugués, cuando era necesario, a las personas que realizaban actividades de asistencia social en los refugios, así como traducir del portugués al español para los warao.

En mayo del 2019, los alumnos del Laboratório de Estudos Bioantropológicos em Saúde e Meio Ambiente (LEBIOS) - UFPA, coordinado por el Dr. Hilton Pereira da Silva, junto con más alumnos de la Universidade Estadual do Pará (UEPA), fuimos invitados a participar en una actividad de antropometría en el abrigo estadual Chaco en donde ayudé a medir la estatura de las niñas. En ese momento me di cuenta lo imprescindibles que son los intérpretes de los

idiomas español y warao, porque en varias actividades en las que participé estaba José Almazán quien es uno de los principales intérpretes de origen venezolano contratado por el estado, a él y a los caciques warao⁶ de cada abrigo siempre se les ve involucrados en la logística en cualquiera de las actividades socioasistenciales realizadas en los refugios por servidores públicos u organizaciones civiles que se aproximan; sin ellos las actividades difícilmente son realizadas por la cuestión del idioma y por la toma de decisiones.

Un mes después participé en una reunión en donde los caciques warao de los refugios en Belém fueron convocados para platicar sobre sus necesidades con relación a los aspectos de salud, para ello, acudieron representantes de la UFPA, UEPA, SESMA, SESPA y ACNUR. Aunque no todos los representantes de las instituciones se quedaron a escuchar a todos los warao que asistieron, y aunque no asistieron los caciques de todos los refugios, quienes estaban aprovecharon para hablar acerca de las malas condiciones de salud en las que se encontraban los niños y sobre la falta de documentación básica. Esta reunión se llevó a cabo en la Escola Marechal Cordeiro de Farias, lugar en donde se estaba desarrollando un proyecto de educación indígena para niños y adultos warao titulado “Escuela Warao Kuarika Naruki”, coordinado por Marcos Lima y las profesoras Núclicia Azevedo y Bárbara Balieiro, junto a los profesores warao Jesús Nunez y Omar Rodriguez.⁷ En septiembre de 2019 tuve la oportunidad de platicar con todos los profesores acerca de la importancia de hablar sobre medicina tradicional warao dentro del programa curricular de la escuela, me mostraron los salones y estuve presente en una de las clases. Conocer el proyecto me permitió identificar los

⁶ En su mayoría son indígenas warao de género masculino, se caracterizan por hablar español y entender medianamente el portugués hablado. Ellos son elegidos en cada abrigo acorde a cada colectivo warao, y también son impulsados por los responsables de los refugios para representar a los colectivos y para mediar las decisiones y las realizadas por parte de órganos institucionales y ONGs.

⁷ Para ver el proyecto revisar: Nunez J., Rodriguez, O., Lima M., Balieiro B., e Azevedo N. 2019. Educação escolar indígena Warao: práticas e desafios de uma pedagogia decolonial na amazônia paraense. *Caderno 4 Campos*, 2.

contrastes que observaba al momento, pues la dinámica laboral, que para muchas familias depende de la recaudación de dinero en las calles y la movilidad de estas familias en la ciudad, no permitiría a los niños y adultos asistir a la escuela.

En septiembre de 2019 también conocí a los miembros del “Núcleo de Atendimento ao Migrante e Refugiado” (NAMR) de la Fundación João Pablo II (Funpapa), quienes se encargaban de monitorear los refugios, que en ese momento era varios, en el municipio de Belém. La prefectura de Belém por medio del NAMR se encargan de proveer a los refugios alimentación, limpieza y documentación, y con la colaboración de otras instituciones y ONGs se atienden las actividades de salud, educación, esparcimiento, talleres, entre otras. En ese momento el NAMR tenía interés en mejorar la calidad en la alimentación para los refugios por eso comenzaron a desarrollar una investigación sobre nutrición. De este modo, dos meses después ayudé en la aplicación de cuestionarios sobre nutrición en la sede de la Funpapa mientras el Dr. Hilton realizaba revisiones médicas a las familias. Esa fue la primera aproximación en donde pude interactuar un poco más con los warao mientras realizaba los cuestionarios y hablábamos sobre alimentación.

En febrero del 2020 hubo un evento organizado por la Secretaria de Estado da Saúde do Pará sobre salud bucal, vacunación de sarampión, nutrición, salud mental, salud de la mujer, y pruebas rápidas de sífilis, hepatitis e HIV. En el lugar también ayudé como intérprete principalmente en la parte de vacunación. Ahí me di cuenta de que muchas personas no tenían documentación básica, cuando se les preguntaba por la edad de los niños algunos padres no lo sabían, por eso se tornaba importante tener los documentos de las personas en mano para conocer esos datos. Por otro lado, las actividades duraron únicamente algunas horas por lo que muchas familias no recibieron revisión bucal.

En mayo del 2020 la Prefectura Municipal de Belém inauguró el abrigo único Tapanã con la coordinación del NAMR. En este espacio de acogimiento institucional se planeó juntar aproximadamente a 500 indígenas warao, que previamente residían en los abrigos que habían sido instalados progresivamente desde 2017 y eran monitoreados por el estado y por la

prefectura. En una primera visita a este abrigo conocí la dinámica que realiza el personal de asistencia social para el monitoreo de salud y direccionamiento médico. En la figura 1 muestro algunas imágenes de estas actividades.



Figura 1 - Eventos de asistencia social y refugio Tapanã.

- a) Niña siendo pesada en actividad de antropometría en el refugio Chaco. Fecha: 23/05/2019
- b) Actividad de salud bucal en el refugio Chaco por la SEASTER. Fecha: 20/02/2020
- c) Representantes warao en reunión interinstitucional en la escuela Cordeiro Farías. Fecha: 18/06/2019
- d) Test rápido de VIH realizado en el refugio Chaco por la SESPA. Data: 20/02/2020

- e) Estructura metálica en donde se colocan hamacas (redário) y objetos de una familia warao dentro del refugio Tapanã. Fecha: 08/05/2020
- e) Patio de la entrada principal del abrigo Tapanã y bóvedas en donde están los redários destinados a cerca de 500 personas. Fecha: 08/05/2020.

Ante tal organización surgió el interés por conocer las experiencias de los warao en torno a la atención a la salud que recibían en ese abrigo. Por tal motivo, el Dr. Hilton sugirió proponer estos intereses como proyecto de extensión a la Funpapa para tener autorización para realizar investigación dentro del refugio, sin embargo, en la primera administración del abrigo Tapanã no se me permitió investigar. Posteriormente, el mismo proyecto de extensión fue enviado a la SESMA en enero del 2020 y en ese caso fue aceptado. Como el equipo del Consultório na Rua es el encargado de la atención primaria a los warao de la región Metropolitana de Belém,⁸ en el abrigo Tapanã este equipo trabajaba como institución colaborativa en un consultorio con enfermería fija, gracias a ello, me dirigí con la enfermera Aline Gobbo para ayudarle como intérprete durante el mes de julio de 2020. Debido a que no tenía permitido entrevistar a los pacientes fuera de la enfermería, me limité a hacer preguntas generales —lugar de origen, si se sentían bien en el refugio, si ellos mismos preparaban algún remedio— que, de cierto modo, ayudaron a que en el atendimento hubiera mayor intercambio de palabras. Mientras estaba en el consultorio registré en una libreta de campo los datos relacionados a las familias que se presentaban a consulta: fecha, lugar de origen, nombre y edad de las personas, motivos de la visita, observaciones particulares y tratamiento de las visitas. Además, otro registro constó de

⁸ En el estado Pará hay una población estimada de 8.602.865 habitantes y está compuesta por 144 municipios. La capital es en el municipio de Belém, y en esta ciudad se encuentra la segunda mayor población metropolitana de la región norte. Junto a los municipios Ananindeua, Benevides, Castanhal, Marituba, Santa Bárbara do Pará y Santa Izabel do Pará conforman la Región Metropolitana de Belém (RMB) con 2.275.032 habitantes; 84.867 habitantes de esta región componen la población rural y, según el censo del 2010, entre a población urbana y rural de la RMB hay 3.497 indígenas y 2.271 están en Belém (IBGE 2019).

personas que iban únicamente a pedir alguna pastilla. Los diferentes aspectos que observé en la enfermería condujeron las temáticas que posteriormente iría indagar con mayor detalle junto con familias que viven fuera de los refugios.

Finalmente, en agosto de 2020 participé como intérprete en la presentación de un equipo de estudiantes de medicina quienes junto al equipo del CnaR y el Laboratório de Virologia del Instituto de Ciências Biológicas de la UFPA realizaron una investigación acerca de la incidencia de COVID-19 en la población warao de Belém. Estas presentaciones fueron en dos casas que varias familias warao rentan en Outeiro, otro de los distritos administrativos de Belém. Con los resultados de esa investigación el equipo del CnaR emitió la recomendación al gobierno del estado para que los warao fueran incluidos como población vulnerable y fueran vacunados contra COVID-19. Y, por otro lado, gracias a esas visitas conocí los lugares en donde decenas de familias warao viven de manera independiente en estos barrios de Outeiro, lugares en los que regresé posteriormente por mi cuenta. En la figura 2, muestro fotografías del equipo del CnaR.



Figura 2 - Equipo del Consultório na Rua (CnaR) en la atención a la salud de los warao en Belém.

- a) Miembros del CnaR llegando al refugio Tapanã para comenzar los atendimientos. Fecha: 17/06/2020
- b) Mujer warao y su hijo fueron a consulta con el médico del CnaR en el refugio Tapanã. Fecha: 17/06/2020
- c) Enfermeros del CnaR miden la presión arterial de ancianos en el abrigo Tapanã. Fecha: 19/07/2020
- d) Reunión con familias warao que rentan en una casa ubicada en el barrio Brasilia en donde se habló sobre COVID-19 con el CnaR y estudiantes de medicina. Fecha: 21/07/2020

En tales actividades incipientes conocí dos refugios (Chaco y Tapanã) y me aproximé a las familias warao en sus propios hogares, aunque éstos fueran provisionales. Participé en algunas actividades de asistencia social implementadas en estos refugios por gestores públicos mientras ayudaba en la comunicación, y aunque estas actividades fueron ocasionales, mi observación participante ya acontecía porque ayudar con el idioma para que las actividades pudieran agilizarse no fue únicamente instrumental, pues yo tenía la intención de percibir cómo era la vida de los warao en aquellos refugios, y también quería observar las interacciones entre los servidores públicos con los warao mientras se llevaban a cabo las actividades. En esa correspondencia (Ingold 2011: 241) comenzaron a surgir preguntas que fui indagando conforme seguí el movimiento de las personas en su búsqueda de atención médica y posteriormente en la búsqueda de un hogar, así como en mi interés por leer artículos, participar en seminarios, escuchar conferencias y diferentes fuentes que me permitieron llegar a discutir aspectos sobre salud en este contexto migratorio.

Aproximación con familias warao que viven fuera del refugio

El encuentro de las familias que llegan a Belém está marcado por la heterogeneidad porque muchas de estas familias no son emparentadas y vivían en comunidades diferentes en el Delta o en otros lugares de Venezuela. De cualquier manera, en Belém son vistos agrupados en familia extendidas, si es que los parientes de la misma comunidad también están en la ciudad, si no es así, también hay agrupaciones de familias nucleares que viven juntas, aunque no sean de la misma comunidad. Las familias son vistas con muchos bebés y niños pequeños, aunque

también hay adolescentes y ancianos. Por otro lado, en cualquiera de los casos la búsqueda por mejores condiciones de vida en cuanto migrantes en la ciudad es una constante.

Durante mi estancia en la enfermería del refugio de Tapanã presencié cuando algunas familias que vivían en el abrigo provisional Chaco iban llegando gradualmente para instalarse en este nuevo lugar tan alejado de donde estaban. El refugio Chaco se localizaba en uno de los barrios centrales de Belém cuya zona era estratégica para salir a pedir dinero. En ese momento escuché hablar de que muchas familias tuvieron que ser convencidas de aceptar mudarse, pues en ese abrigo las familias ya llevaban cerca dos años viviendo y ya se habían acomodado. La ubicación territorial comenzaba a tener sentido, pues ya era conocido que, cuando las familias llegaban a Belém por primera vez se quedaban cerca del Mercado Ver-o-Peso, igualmente es zona central de la ciudad y algunas familias continuaban rentando cerca. Hacia el final de ese mes en una de las actividades con el equipo del CnaR conocí dos casas en donde decenas de familias warao vivían en el barrio Brasília, en Outeiro, un distrito administrativo muy alejado del centro de Belém. Teniendo esta referencia territorial diversas cuestiones comenzaron a aparecer acerca de la forma de vida que los warao buscan fuera de los refugios en estos lugares distantes unos de otros.

Tim Ingold (2011) cuando escribe acerca de “lugar, movimiento y conocimiento” resalta que las personas son ellas mismas movimiento corporeizado y en el continuo transitar entre lugares se forja la experiencia y el conocimiento de estar en un lugar (Ingold 2011: 145). El movimiento y las rutas seguidas por las familias warao a través de la ciudad nos habla del mismo proceso migratorio en el cual están inmersos, quienes deciden definitivamente no vivir en los abrigos van de un lado a otro buscando donde situarse, y en el trayecto toman decisiones y aprenden cada vez más a estar en la ciudad. En esta transitividad socioespacial (Goettert 2019: 53) se configura el cuerpo migrante, lugar de las experiencias vividas (Mancillas-López 2018) que son externalizadas por medio de las narrativas de los migrantes (Quintero 2010). De este modo, las experiencias revelan los caminos transitados hasta llegar a donde están y en donde continúan interactuando, y en este transitar llevan sus historias y saberes.

Interesada en las experiencias de las familias que viven de manera independiente decidí aproximarme a sus experiencias mediante entrevistas abiertas. Para ello, decidí comenzar por un posible punto de partida de tránsito en la ciudad que, conforme lo encontrado en internet, había dos casas rentadas por indígenas warao en el barrio Campina, en la zona central de Belém. En agosto de 2020 llegué a la casa de Campos Sales, ahí conocí cuatro familias: 1) Neibys Jesús Rojas (27 años) y su esposa Norbelyas Mariano (22 años), viajan con sus dos hijas menores de dos años, ellos llevaban dos años viviendo en Tucupita; 2) Jeremías Báez Zapata (40 años), el viaja con tres hijos, dos varones de 16 y 10 años, y una niña de 13 años, ellos vienen de Arawabisi; 3) Arminda Báez (43 años) y su esposo Celso Zapata (43 años), ellos viajan con cuatro hijos, dos féminas de 17 y 4 años, y dos niños de 10 y 7 años, ellos vienen de Nabasanuka; y 4) Casilda Mata (40 años) y su esposo Evelio Jesús Mariano (43 años), quienes llegaron con un niño de 10 años y son originarios de Arawabisi.

En marzo de 2021 me dirigí a una de las casas que había visitado con el Consultório na Rua en agosto de 2020 en el barrio Brasilia, en el Distrito Administrativo de Outeiro, ahí encontré a Mariluz del Valle Mariano (29 años), la única cacica que conocí en esta investigación. Hasta marzo de 2021 regresé a esta casa para reunirme con ella, pero a la vez quise regresar allá porque sabía que la familia de Evelio y Neybis llevaban cinco meses viviendo ahí y las conversaciones con ellos continuaban. Mariluz es de Araguabisi pero se quedó ocho años viviendo en Tucupita porque estudió bachillerato. Ella viaja con tres hijos varones menores de seis años. En esos días también conocí al Julio Guira (57 años), él está en Belém con su esposa y tres hijos adultos, cada uno con su familia nuclear.

En abril de 2021 llegué a una comunidad warao asentada en el barrio Itaitéua, que también está en el Distrito de Outeiro, pero todavía más alejado. Toda esta comunidad es del caño Cocuina, y se fueron reuniendo progresivamente en Outeiro. Ahí conocí al señor Sabino Rafael Díaz quien es un chamán.

Finalmente, en el mismo mes llegué a la casa del señor José Mata (43 años) y su esposa Rosenda Jimenez (44 años) ubicada en el distrito industrial del municipio de Ananindeua. Yo

ya había escuchado que había un “brujo” warao en Ananindeua, y entre pláticas supe que se trataba del tío de Mariluz así que entré en contacto con ellos y conocí al señor José, a su esposa y sus hijos, que a sí mismo no se denomina brujo sino *Joarotu*. Ellos vienen de la comunidad Winikina.

Esta secuencia fue decidida de esta manera porque partí de la suposición de que las personas que vivían en los lugares más alejados llevaban más tiempo viviendo en la ciudad, y con ello la experiencia de estar en la ciudad y llevar a cabo las diversas actividades cotidianas serían diferenciadas debido a la relación que las personas desarrollaron con los lugares a través del tiempo.

Experiencias en la migración

Durante las actividades en las que participé en los abrigos me di cuenta de que el conteo por número de familias es la estrategia para llevar a cabo los servicios socioasistenciales, la entrega de canastas básicas, y el registro de personas en cada abrigo. Estas divisiones son propuestas por los propios warao pues cada unidad familiar se encarga de sus necesidades. En ese sentido, me quise aproximar a las experiencias de tránsito migratorio de los warao mediante entrevistas semiestructuradas a unidades familiares (esposa y esposo). Sin embargo, en la unidad familiar el esposo se responsabiliza por la esposa e hijos, y tratándose de comunicación con servidores públicos son los señores quienes hablan en público, a veces dio la impresión de que las mujeres no hablaban español, pero no siempre es así, sino son los hombres quienes toman la palabra en esas situaciones. La aproximación con las familias inicialmente ocurrió con los señores, pero poco a poco las mujeres se interesaban más y su participación en nuestras conversaciones comenzó a tener más presencia.

Las experiencias expresadas en las narrativas de los migrantes (Quijano 2010; Mancillas-López 2016; Goetttert 2019) revelan lo que la migración implica, especialmente cuando ella es forzada, influye directamente en la calidad de vida y la salud física y mental tanto de adultos como de niños (Ramos 2008). De este modo, inicialmente las conversaciones fueron en torno

a las condiciones de desplazamiento hacia Brasil: experiencias de muerte de familiares, la travesía para llegar a una frontera terrestre y posteriormente ser clasificado como migrante indocumentado, el abandono de la familia, el abandono de todo tipo de pertenencias, otro idioma, otros hábitos alimenticios, hostilidad institucional, falta de trabajo, e incertezas del futuro. Estos aspectos fueron clave para conocer los aspectos que agravan y delinear los estados de salud de las personas en tránsito migratorio. En este bloque temático también se abordó en los aspectos relacionados a la vivienda, del porqué la preferencia de vivir fuera de los refugios, y lo que los llevó a determinado lugar para vivir.

Como tenía interés en abordar algunos temas específicos con relación a mis observaciones en la enfermería del refugio Tapanã, con base en el estudio de Paula Louro Morgado (2018) acerca de migración y trayectorias terapéuticas fueron retomadas algunas preguntas para indagar en las causas y factores de la subutilización de los servicios de salud, especialmente en torno a: pluralismo médico, religión, brujería, apego al cuidado tradicional, obstáculos lingüísticos, excesiva burocracia, distancia, transporte, poder adquisitivo, acuerdos familiares, y discriminación en la atención médica u otras faltas de respeto. También fueron abordados aspectos acerca de la aproximación a los servicios de salud y documentación, la relación con las personas y organizaciones que los apoyan.

En la complejidad de los procesos de salud y enfermedad interfieren otras dimensiones, prácticas e interpretaciones colectivas que no son parte del dominio de la salud en el paradigma biomédico (Langdon 2015). Por este motivo se retomó la complementariedad, entre los itinerarios terapéuticos y el estudio de la atención a la salud (Menéndez 2003), en donde es manifiesto el pluralismo médico, las formas de atención, los recursos terapéuticos y la agencia de los grupos sociales en la búsqueda de la prevención y resolución de problemas como actividades realizadas de manera autónoma (Langdon 2018).

Para abordar las prácticas de cuidado prioricé abordar la cuestión alimenticia, la automedicación y el uso de remedios caseros para tratar enfermedades.

La alimentación siempre había sido un factor que parecía dificultar la estancia en los refugios del municipio. De ese modo, las preguntas se centraron acerca de los alimentos que consumen en Belém y que son parecidos a su alimentación en Venezuela. Pregunté acerca de los alimentos que les gustaría consumir en la ciudad y el acceso a ellos, así como la alimentación mientras están en la calle pidiendo dinero.

Me basé en el concepto de automedicación de Menéndez (2003), el cual considera que es una actividad que no implica únicamente la decisión de utilizar determinados tipos de fármacos sino también incluye el uso de infusiones, preparados de alcohol, masajes, entre otros, que los actores eligen con respecto a sus padecimientos o para estimular comportamientos (Menéndez 2003). Con las familias se abordó el uso de medicamentos farmacéuticos y la frecuencia de estos, pero también se indagó en el uso de remedios caseros enfocados en el alivio de síntomas comunes (fiebre, diarrea, tos, gripe y dolores corporales).

A través de la lectura acerca de la fitoterapia warao, junto a la teoría pneumica de la salud y la enfermedad en las investigaciones de Werner Wilbert (1996, 2011) y Wilbert y Lafée-Wilbert (2007), conocí los aspectos del sistema médico tradicional warao, así como la relación de las comunidades warao con los servicios de salud del Delta Amacuro mediante el trabajo de Aimé Tillett (2018, 2020) y Wilbert y Lafée-Wilbert (2007). Además de estas lecturas complementé con el trabajo de Croes *et al.* (2002), y la tesis de Jenny Nava D. (2012) para conocer más acerca del chamanismo warao como terapia de cura y de su cosmovisión. De esta manera, fueron abordadas cuestiones acerca del uso de remedios caseros, las terapias que eligen ante la presencia de enfermedad, la manera en que tuvieron acceso a la terapia con un chamán en la ciudad, el tipo de cura que se busca con la terapia elegida, y experiencias de enfermedad y tratamientos para curar esas enfermedades.

El orden para abordar las temáticas, el grado de profundidad de las narrativas, la manera de plantear las preguntas y temáticas fue diferente en cada entrevista. En la práctica me basé en un cuestionario guía, cuyas preguntas modificaba constantemente a otras oraciones o palabras diferentes para que los temas propuesto pudieran ser abordados. De las narrativas recopilé las experiencias y respuestas acorde a la pregunta planteada, y organicé la

información en archivos temáticos (desplazamiento y frontera, trabajo, muerte de familiares, alimentación, tratamientos, refugio, convivencia, servicios de salud y otros servicios públicos, y salud de la mujer) para el uso posterior de la información. Los nombres de peces consumidos y de plantas medicinales, la mayoría fueron proporcionados en español, aunque a veces también decían los nombres en lengua warao. Los nombres científicos de las especies mencionadas fueron corroborados mediante el nombre común en guías y cartillas vinculados a la fitoterapia warao (Werner Wilbert 1996, 2011), peces de delta del Orinoco (Lasso y Sánchez-Duarte (2011) y alimentación y tratamientos warao (Croes et al. 2003), así como se corroboró la presencia de tales especies en el estado de Pará.

Con base en las recomendaciones del “Código de Ética do Antropólogo e da Antropóloga sobre os direitos das populações que são objeto de pesquisa” propuesto por la Associação Brasileira de Antropologia (ABA 2012), las personas entrevistadas fueron previamente informadas acerca de los objetivos de la investigación y la intención de realizar entrevistas, cuya participación era voluntaria, fueron avisados que durante esta actividad se iba a fotografiar y a usar una grabadora de voz.

También fueron informadas que se podrían rehusar a responder cuestiones que interfirieran en su privacidad, e informar si la presencia de la investigadora fuera inoportuna. En total fueron realizadas entrevistas semiestructuradas a siete familias, dos de ellas con la presencia de un *Wisiratu* y de un *Joarotu* (chamán warao), respectivamente.

El 19 de agosto de 2020 comencé las entrevistas a las familias warao que viven fuera de los abrigos, a partir de esta fecha fui continuamente a la casa de estas familias hasta llegar a platicar acerca de los tópicos mencionados. La dinámica de interacción con las familias debe partir por la autorización de los caciques, incluso aunque vivan únicamente cinco familias en una casa hay un cacique designado con el que se debe hablar primero. Mi interacción con estas familias fue muy variada porque yo me acoplé a la disponibilidad de ellos. Si iba en la mañana no había nadie en los domicilios porque todos estaban en la calle pidiendo, a veces iba en las tardes, pero no podía quedarme hasta el anochecer debido a las distancias, especialmente cuando iba a Outeiro. Otra situación que llegó a ocurrir en varias ocasiones es

que algunos miembros de las familias estaban bajo los efectos del alcohol, o a veces no nos encontrábamos cuando acordábamos de vernos en la calle. Quedar de acuerdo con las mujeres fue más difícil porque ellas además de salir a pedir dinero, constantemente se encontraban realizando actividades domésticas, de tal forma que nuestras entrevistas ocurrieron mientras ellas preparaban la comida. La última vez que me reuní con alguna familia y para finalizar la entrevista fue con el *Joarotu* José fue el 13 de junio de 2021.

Todo el trabajo de campo se llevó a cabo en época de pandemia de COVID-19, siendo que pese a los riesgos se aplicaron las recomendaciones sanitarias. Sin embargo, lo que colocó un poco de tensión en el contexto de las entrevistas fueron los periodos de confinamiento porque en especial en esas semanas a las familias se las vio con mayores dificultades porque no había mucha gente en los lugares en donde piden dinero y porque a veces las cestas básicas que reciben se tardan en llegar. Las familias warao en su gran mayoría viven de las cestas básicas que las ONGs les donan, y el dinero que reciben del programa Bolsa Familia lo usan para pagar la renta, algunas familias también podían solicitar el auxilio de emergencia (Lei nº 13.982/2020) con respecto a la protección social durante la pandemia de COVID-19. Pese a estas dificultades ayudé ocasionalmente a las familias y realizamos junto a conocidos y amigos de la UFPA y otras instituciones académicas una actividad de donación de cestas básicas para ellos.

ESTRUCTURA DE LA TESIS (DISSERTAÇÃO)

Este trabajo lo dividí en cuatro capítulos. En el primero encontraremos, a modo de introducción, los aspectos territoriales, el idioma y arqueología del pueblo Warao. También hablo sobre algunos aspectos de la historia socioeconómica de este grupo y menciono cambios en este rubro que son observados en la actualidad. Por otro lado, presento por qué la marginalidad de acceso a los servicios de salud, y el fuerte vínculo con los desplazamientos internos en Venezuela, figuran como características de este pueblo.

En el segundo capítulo se muestran las condiciones premigratorias del reciente flujo, con respecto al agravio a las condiciones de vida debido a la crisis venezolana reactivada en el 2014 y las circunstancias socioecológicas que históricamente han fortalecido la marginalización del pueblo Warao. De este modo, en este apartado construyo una reflexión en torno a la migración warao y los impactos a la salud y a sus territorios desde la perspectiva de la ecología política.

En el tercer capítulo conoceremos cómo se desenvuelve la asistencia social para los grupos warao migrantes refugiados en la ciudad de Belém. Veremos el uso de la asistencia médica en el refugio municipal de Tapanã. Y a partir de las experiencias de interlocutores que viven fuera del refugio, intento comprender las implicaciones a las condiciones de salud durante estas fases de la trayectoria migratoria en torno al uso de los servicios de salud durante el desplazamiento y la llegada a Brasil.

En la cuarta y última sección presento otra parte del trabajo de campo, construida a partir del seguimiento de familias que deciden quedarse en Belém y no continuar su tránsito hacia otros estados. En este apartado muestro las prácticas de cuidado (alimentación, automedicación y cura chamánica) que son parte de la atención a la salud por las familias warao en Belém. También se aborda la manera en que emerge el sentido de pertenencia durante la transitividad en Belém, en donde las narraciones de los interlocutores expresan las relaciones creadas a través de los lugares a donde van, manifiestan intereses de vida, experimentan nuevas relaciones sociales y con instituciones, incluyendo el uso de los servicios de salud. Finalmente se presentan consideraciones.

I. MARGINALIDAD, DESASISTENCIA SANITARIA Y MIGRACIÓN: CARACTERÍSTICAS DEL PUEBLO WARAO

i. Territorio, diversidad intraétnica, idioma y etapas de la vida

El pueblo Warao es el segundo grupo numéricamente mayor entre los 40 grupos indígenas que ocupan el territorio venezolano (Parellada 2019). Los warao habitan en las islas y caños del delta del Río Orinoco, abarca el estado Delta Amacuro y parte de los estados Monagas y Sucre, en asentamientos urbanos localizados en estos estados nororientales de Venezuela, y en algunas áreas del Territorio Esequibo y en las Guianas. El último censo poblacional en Venezuela, en 2011, registra 414 asentamientos en el estado de Delta Amacuro, 40 en Monagas y 5 en Sucre, conformando una población estimada de más de 49.000 habitantes (Tillett 2018).

El delta del Orinoco es una región de depósitos aluviales alimentados por la desembocadura del río Orinoco, tiene forma de triángulo y está conformado por nueve brazos principales y diversos caños menores que se conectan entre sí formando islas y riachuelos, al final son treinta y seis desembocaduras de río que fluyen hacia el Golfo de Paria y el Océano Atlántico. Ese lugar abriga una de las zonas húmedas más importantes de América del Sur, es una ruta migratoria importante para mamíferos marinos, tortugas y aves, y se caracteriza por la gran biodiversidad marina y estuarina que compone un gran vivero de peces (Miloslavich *et al.* 2011).

El delta del Orinoco es dividido en tres zonas: la zona prelitoral (alto delta), la zona litoral (bajo delta) y la zona intermedia (delta medio) (Figura 3). Las zonas del bajo delta y delta medio están habitadas por el setenta y cinco por ciento de la población warao. Las comunidades están ubicadas en las orillas de los ríos, caños, caños pequeños y riachuelos (Croes *et al.* 2004). Esas tres difieren en altitud e inundación del suelo, lo que permite que los diferentes asentamientos se especialicen en actividades de subsistencia relacionados a manglares, el litoral, el bosque ribereño, morichales, sabanas húmedas y ríos (Heinen *et al.*

1996). Según Croes *et al.* (2004), el tiempo es medido por los warao mediante la luna y el sol, y de esta manera el tiempo de verano (*Inawaja*) es tiempo de recolección de miel, de pesca de mar, de caza, de tala, de yuruma (almidón de la palmera moriche), entre otros. En el tiempo de invierno (*Joira*) se recolecta cangrejo, fruta palmita, moriche, se pesca morocoto, es tiempo de vender ocumo, también de caza, entre otras actividades.⁹ Por ejemplo, la siembra depende del nivel de inundación o fangosidad del suelo y la pesca depende de la marera y el color del agua la cual varía dependiendo la estación del año y la ubicación en el delta. Hay más cacería en algunas comunidades, así como hay mayor agricultura para otras dependiendo la ubicación en el suelo del Delta Amacuro, también en Monagas y en Sucre. Todas estas actividades son de subsistencia y también económicas, aunque no todos los warao las realizan debido al acercamiento de ellos a la forma de vida de los no indígenas (criollos como ellos les llaman) (Croes *et al.* 2004).

⁹ Wilbert y Lafée-Wilbert (2007) acorde a sus estudios principalmente de la comunidad de Winikina describen los alimentos de caza. Se cazaba al manatí (*Trichechus manatus manatus*) en los caños y aguas cercanas al Golfo de Paria, pero en la actualidad es una actividad restringida, su carne es consumida fresca o salada para su venta. Los animales que se siguen cazando, con arco y flecha, son el acure (*Dasyprocta guamara*), la lapa (*Cuniculus paca*), el chigüire (*Hydrochoerus hydrochaeris*), los báquiros (Tayassuidae) y venados (Cervidae). Estas carnes son preparadas asadas o hervidas con sal. Entre las aves de caza que componen su dieta se encuentran: la pava de monte (*Penelope purpurascens*), el pato o güirirí (*Dendrocygna autumnalis*) y la guacharaca (*Ortalis ruficauda*), las cuales son preparadas guisadas o asadas (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007).

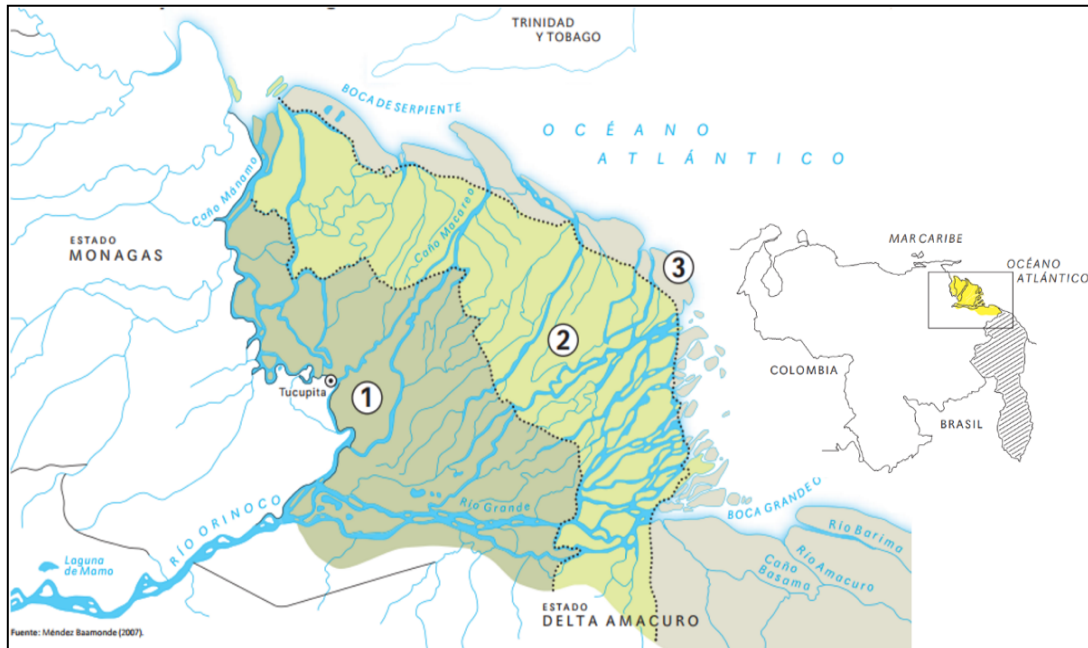


Figura 3 - Secciones del Delta del río Orinoco: 1) Delta superior, 2) Delta medio, y 3) Delta inferior. Mapa: Méndez Baamonde (2007).

Existen algunos estudios arqueológicos relacionados a la historia antigua de este pueblo. Rafael Gassón y Dieter Heinen (2012) relatan que los sitios arqueológicos más antiguos relacionados al periodo arcaico del bosque tropical en la cuenca del Orinoco datan alrededor de 9000 AP, en el estado Amazonas en Venezuela se encuentran canales aluviales de ocupaciones precerámicas. Otros sitios arqueológicos en la Orinoquia Arcaica (Colombia) también están asociados con la adaptación humana al bosque tropical y sabanas en el Holoceno inicial, medio y tardío entre el 9000-4000 AP. No en tanto, las tradiciones Caroní y Guyana fueron datadas entre el 15000-10000 AP dentro de los límites del Pleistoceno tardío y el Holoceno inicial. Por otro lado, los depósitos encontrados en la confluencia entre los ríos Orinoco y Caroní demuestran que la colecta era el modo de vida predominante en la cuenca del Orinoco, de acuerdo con hallazgos líticos datados entre el 7000-5000 AP: lascas, raspadores, cortadores y herramientas para procesar alimentos vegetales (Gassón y Heinen 2012). Los autores resaltan que a partir del 3500 AP hubo una importante reestructuración de la sociedad y del estilo de vida debido a la interacción entre las poblaciones del Bajo Orinoco

y debido al intervalo de largo plazo de clima seco que incentivó el crecimiento de la palmera moriche (*Mauritia flexuosa*). De acuerdo con el análisis cronológico de la secuencia de estilos cerámicos en el Bajo Orinoco datada entre el 3000-500 AP, fue descubierta la influencia del estilo barrancoide localizado en el vórtice del Delta del Orinoco, cuya “cerámica de contacto” cerca del 2050 AP fue de tipo ceremonial, entre grupos del Medio Orinoco, de las Pequeñas Antillas, de las Guianas y de la costa este de Venezuela (Gassón y Heinen 2012).

Aunque existan diferentes hipótesis sobre estructuras y afiliaciones políticas, de acuerdo con las fuentes históricas disponibles, de destaca que había sistemas interregionales basados en intercambios a gran distancia, basados en funciones religiosas o rituales, y aquellas que participaron fueron los grupos Warao, Arawak, Caribe, Siawani, Nepoyo, Chaima, Paragoto, Kariña e Guaiquerí (Gassón y Heinen 2012). Sin embargo, los Warao vivieron en los últimos tres milenios intercalados con los amerindios que ocuparon las fronteras de su territorio, principalmente hablantes de arawak, aproximadamente en el 3000 AP, y después con grupos caribe hacia el 750 AP. Estos últimos llevaron al Delta del Orinoco el conocimiento de las embarcaciones marítimas, el procesamiento de la mandioca, ralladores y el budare (comal) de arcilla (Heinen y García 2002).

Los estudios de Heinen y García (2002) sobre la historia precolombina del pueblo Warao indican que antes de la llegada de los españoles había por lo menos cuatro grupos sociales que componían su universo. Llevar en consideración esos grupos explica el contacto multiétnico entre los warao y los grupos Caribe-Kariña, Siawani y Arawak-Lokono, y las actividades de subsistencia diferenciadas dependiendo de su localización en el Delta.

Los habitantes de los pantanos del río Caroní y de los caños Manamo y Macareo, en el delta central, eran los Siawani: constructores de canoas habilidosos, pescadores y extraían almidón de la palma de moriche, correctamente ellos deberían ser llamados “pueblo de canoa” (Heinen y García 2002).

El delta inferior es habitado por los *waraowitu*, o “verdadero warao”, “pueblo de las tierras bajas”. Ellos fueron colectores y extraían almidón de moriche, pues en algunas afluentes río arriba y gran parte del interior pantanoso de las islas deltaicas está cubierto por

extensiones de moriche,¹⁰ por eso ellos fueron llamados morichaleros por los criollos (Gassón y Heinen 2012).

En los pantanos del delta central alrededor del caño *Mariusu*, también había una variante del ecosistema morichal, excepto que los morichaleros llevaban una vida trashumante entre la costa y los morichales remotos, gran parte de esa población comenzó a migrar para los pantanos del caño *Winikina*, cuando la agricultura fue implementada en la región desde la década de 1930 (Heinen *et al.* 1994).

En el delta alto estaban los caribes, ellos eran cazadores, horticultores y pescadores, mientras que en dirección al sureste de la costa del delta estaban los hablantes de arawak, que eran navegadores y horticultores (Gassón y Heinen 2012).

Muy cerca del Rio Grande del Orinoco, los pueblos indígenas de la región mantenían residencia permanente en ríos abiertos para fines de pesca y, al mismo tiempo, aprovechaban las riquezas de los morichales próximos (Gassón y Heinen 2012).

Tanto Arawak (Lokono) como Caribe (Kali'na) eran agricultores de maíz (*Zea mays*) y yuca (*Manihot esculenta*), esos cultivos ocurrían en las áreas arenosas del delta alto y occidental (Wilbert y Lafée-Wilbert 2009). Algunas de esas poblaciones se refugiaron en el área de los *Waraowitu*, en el delta bajo, desde el inicio de la colonia hasta el siglo XVIII (Wilbert y Lafée-Wilbert 2009: 424).

Al inicio del siglo pasado, warao mezclados con indígenas lokono de la región del Rio Grande plantaron mandioca amarga y otros tubérculos en un asentamiento en las islas delante de la costa. En la década de 1930, ese grupo alterno en la Guiana Esequiba, y desde ahí llevaron para el tubérculo ocumo chino (*Colocasia esculenta*) para el delta central (Heinen *et al.* 1994).

¹⁰ Según Wilbert y Lafée-Wilbert (2009: 424), “la economía de los Warao en la región del Morichal era basada en los productos de un complejo de cinco palmeras (ojidu [moriche], yaja [temiche - *Manicaria saccifera*], anare [manaca de palmito - *Euterpe oleracea*], abua [macanilla - *Euterpe* sp.] y seje [muji - *Jessenia bataua*]; ese complejo aún existe en los prados pantanosos del Delta inferior.”

Había otro grupo warao que se expandió a lo largo de la costa del sur de la Península de Paria; hasta hoy se llaman *Waraotu*, llamados Farautes por los españoles y usan canoas rudimentarias (Heinen y García 2002).

Evidentemente después de la ocupación española el cuadrante tradicional se fue disolviendo debido a las migraciones aceleradas en la época. De esta manera, con el paso de los años se tornó evidente el contacto multiétnico. Existe palabras de uso común entre los warao que tiene raíces caribe y arawak, y, por otro lado, entre grupos existen diferencias en rituales, las fiestas, los instrumentos musicales y la arquitectura de las casas (Gassón y Heinen 2012).

Por otro lado, los warao denominan la diversidad intraétnica entre sí mismos de acuerdo a la ubicación geográfica, en donde hay diferencias entre la lengua warao, y también diferencias acorde a las actividades económicas de los distintos grupos (Figura 4). Conforme Croes *et al.* (2004), son las siguientes:

1. *Waraotuma akojo a rao*: Son los warao que viven en las comunidades ubicadas en las treinta y seis bocas de salida o desembocaduras del río Orinoco, los nombran *warao akojo a rao*. Este grupo se subdivide en dos: un grupo vive en la orilla del mar y se dedican únicamente a la pesca, generalmente en el mar y venden pescado. El otro grupo vive un poco hacia arriba, ahí ya se puede sembrar; viven principalmente de las actividades agrícolas y la pesca esporádica es en los caños.

2. *Waraotuma ojiduina a rao*: Las comunidades de este grupo se encuentran en los morichales, no tienen conuno ni siembra. La base de su alimentación es la *yuruma aru*; comen gusanos, moriche, cogollo y *yuruma* extraídos de la mata de moriche. También son recolectores y comen carne de caza, como báquiros, venados, acure, danto (*Tapirus terrestris*), morrocoy (*Chelonoidis* sp.); además de pescar.

3. *Waraotuma joana a rao*: Las comunidades se encuentran en las cabeceras de los caños. La alimentación se basa en la recolección de cogollo de palmito y moriche. Consumo de fruta de moriche, mono, gusano y *yuruma* de moriche. Pescan guabina, agua dulce, otros peces

pequeños y *joku*. Cazan báquiros, venados, acures y dantos. Viven en las orillas de las cabeceras de los caños, venden pescado y carne de caza, también moriche, gusano y *yuruma*. El techo de sus casas es de palma de moriche.

4. *Waraotuma ajia a rao*: Las comunidades se encuentran en tierra dura que se inunda en invierno, en esa tierra se siembra yuca, maíz, plátanos y cambures. Pescan bagres, rayado, busco y guaraguara solo para consumo. Siembran mucho maíz para venderlo. Fabrican y venden curiaras y recolectan poco.

5. *Waraotuma bubu a rao*: las comunidades de estos grupos están en las partes altas, serranías, nunca se inundan por lo que siembran en verano e invierno, siembran yuca dulce y amarga, plátanos, cambures, maíz etc. Cazan mucho, lapas, venado, dantos, báquiros y pescan poco.

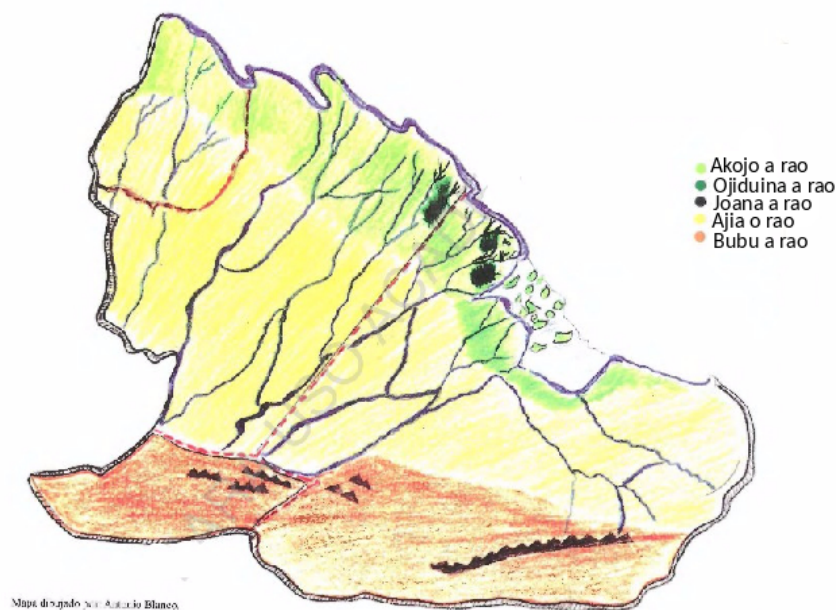


Figura 4 - Diversidad intraétnica de los Warao en el delta del Orinoco. Mapa extraído de Croes *et al.* (2004).

Otras comunidades están en el Estado Monagas, en cuatro municipios: Bolívar, limita con el Estado Sucre a través de caño curipito; Maturín y Libertador, limitan con el Estado Delta Amacuro en el caño Manamo, y Sotillo, limita con el Río Orinoco. En estos cuatro municipios los warao fundaron dieciocho comunidades con viviendas tradicionales y no tradicionales. En

Maturín es en donde se fundaron más viviendas y caseríos tradicionales, y en Sotillo (Barrancas de Fajardo y Barrancas del Orinoco) ninguna. Finalmente, en Sucre hay cuatro comunidades warao ubicadas en el municipio Benítez (Croes *et al.*, 2004).

En virtud de lo expuesto, las variaciones son reconocidas por ellos mismos, pues usan nombres diferentes para referirse a los subgrupos warao de otras regiones, y también son nombrados cada uno de los caños y riachuelos por donde ellos navegan. No obstante, ante las diferencias del pueblo Warao, este es considerado un grupo genérico, pues fue forzado a adoptar modos de vida cada vez más restrictivos (Heinen y García 2002).

Idioma

Conforme los estudios de Esteban Emilio Mosonyi (2008), el idioma warao es considerado lingüísticamente independiente y se distingue por la abundancia y variedad de su literatura oral y su música. Este idioma presenta dos dialectos claramente diferenciados: el oriental y el occidental. El warao oriental se caracteriza por un núcleo lingüístico de carácter muy básico, es hablado en la mayor parte del Delta Amacuro y en la zona fronteriza con la Guyana Esequiba; dentro del warao oriental existe la variedad subdialectal mariusero, y es parte de la literatura oral de los *joanarao* que son habitantes de los caños *Winiquina*, *Aaraguabisi* y *Mariusu*. El warao nuclear puede ser fácilmente aprendido en su gramática, vocabulario y fraseología, posee relativa invariabilidad geográfica por lo que es el instrumento de comunicación de habla warao entre comunidades distanciadas. Por otra parte, el dialecto occidental, que se puede diferenciar como periférico, varía de localidad a localidad, en él existe la proliferación de sinónimos y creaciones léxicas. El warao occidental se ubica en la zona limítrofe del Delta Amacuro y continúa por extensos territorios de Monagas y Sucre, en el warao occidental

diverge el subdialecto de Caripito y Sucre (Mosonyi 2008).¹¹ En Croes *et al.* (2004) se muestra la impresionante riqueza del vocabulario del idioma warao, pues ellos nombran en su idioma alrededor de cien aves, numerosos animales de tierra, serpientes de sabana y de agua, peces marinos y dulceacuícolas, insectos, frutos, árboles, arbustos, hierbas, animales marinos, bejucos, lianas, reptiles y anfibios. La extensión de vocabulario se refleja en las variedades dialectales por región, pero también muestra que la riqueza de este idioma evidencia la relación tan profunda de los warao con su territorio, producto de la construcción milenaria del conocimiento que les ha permitido la reproducción de la vida en el delta en términos de alimentación, medicina y espiritualidad, economía, construcción de viviendas, fabricación de artesanías, y diversos materiales tecnológicos en la misma interacción.

Ciclo de vida y aprendizaje

En Croes *et al.* (2004) muestran que el aprendizaje para los warao es mediante la observación y la práctica de las actividades que hacen sus padres y las experiencias narradas, de las orientaciones en los mitos y las experiencias de los ancestros. Durante los primeros cuatro años de vida los hijos e hijas tienen una relación estrecha con la madre, después es necesario que aprendan de ambos padres, pues el papá es quien educará a los hijos y la madre a las hijas. Grupos warao del Delta Amacuro, Monagas y Sucre recopilan la manera en que se caracterizan las etapas de la vida. Cada una de ellas lleva un nombre y se caracteriza por los cambios fisiológicos de la persona en crecimiento, pero también por las capacidades y aprendizajes

¹¹ Dentro del warao oriental hay una variante subdialectal denominada warao estadar, que se habla en las zonas comprendidas en los caños de *Araguao*, *Araguaimujo* y *Sacupana*. Esta variante, en opinión de Mosonyi, sería la ideal para servir de base a la estandarización de la lengua debido a la ubicación central, el número elevado de hablantes, numerosos textos publicados, pronunciación inteligible para hablantes de otras zonas, entre otras (Mosonyi 2008: 158).

correspondientes a cada etapa hasta que el o la pequeña llegan a ser independientes. Cuando al hijo le cambia la voz es un muchacho *Neburatu Sanuka/Irajiro/Nebu Sanuka*, acompaña a su papá a la pesca, ayuda en la construcción de vivienda *janoko*, participa en la elaboración del conuco, en la recolección: moriche *oji*, mono (fruta de manaca), miel *simo*, cangrejos *je* y animales como morrocoy *Inawaku*, terecay *Joni waku*, galápagos *mejokobo*, se le enseña a pescar y halar canaleta, a hacer cabo de hacha, arco y flecha, curiara, canaleta y trampear. Cuando es joven *Neburatu/Nebulatu* tala, elabora curiaras, conoce los materiales de construcción y se le enseña a fabricar viviendas, caza y pesca solo, trabaja en el conuco, puede vivir en matrimonio, es independiente. El hombre adulto *Daomata/Daomata, Sabuka/Nebulato, Ulidaja* es responsable en los trabajos y manifiesta carácter a los demás. Cuando es anciano *Idamo/Nobo Iramo* transmite los conocimientos, sabiduría y experiencia a los habitantes de la comunidad.

Cuando la niña aún no menstrua es *Anibakaira/Anibaka-Anipaka*, ayuda a su madre en los quehaceres del hogar, cocinar, lavar, cuidar a sus hermanos menores, acompaña a su mamá al conuco, y empieza a elaborar artesanías: cestas *jaunona* chinchorros *ja* mapires *u-uju*. Cuando es señorita *Iboma/Ibomajiro/Iboma-Ipoma* se independiza, elabora artesanía, recolecta frutas, busca materiales de trabajo con su mamá. Cuando busca su material por sí sola y es independiente en sus actividades es una señorita responsable *Iboma Daomata/Ibomaira/Ipoma Dijatu*. Cuando es una mujer mayor *Daomata/Tira Daomata/Tida Dijatu* realiza todas las actividades del hogar, recolecta frutos y algunos animales (cangrejo, caracol, morrocoy, gusano de moriche, etc.). Cuando es anciana *Tidaidamo/Tiriramo/Tida Idamo* transmite sus saberes a la comunidad. Todo esto es la educación propia de los warao, y algunas de las actividades de las niñas y niños a veces ya las saben hacer antes de ir a la escuela (Croes *et al.* 2004: 27-28).

Las etapas de la vida de los warao se anclan profundamente al territorio, cuyos elementos nombran en su idioma e interactúan con ellos mediante conocimientos interconectados que Werner Wilbert y Cecilia Ayala Lafée-Wilbert llaman de sabiduría socioambiental, en donde la selva y la sociedad warao interactúan de manera complementaria. Sin embargo, ese

conocimiento no solo continúa siendo desvalorizado por los criollos, como también está siendo excluido progresivamente por los warao como resultado de todos los cambios en las últimas décadas (Wilbert y Lafée-Wilbert 2009).

Organización social y parentesco

Wilbert y Lafée-Wilbert (2007) también describen como era la organización social considerada tradicional entre los warao. El parentesco consanguíneo constituye el marco fundamental de la organización social de los warao, que se organizan según unidades domésticas. De una a tres familias extendidas (*awaraowitu*, familias consanguíneas) conforman una aldea típica. De cuatro de seis unidades domésticas se forma una aglomeración (*awarao*, parentesco ficticio), esta se caracterizaba por ser sociopolíticamente autónoma y era la mayor configuración, otras aglomeraciones se identifican como *warao daisa* (otros warao), y todos los que no hablan su idioma son genéricamente clasificados como *jotarao*, es decir, “gente de tierra alta” (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007). La conformación de la pareja debía ser entre individuos que pertenecían a una misma aglomeración, y no entre la propia unidad doméstica. Tradicionalmente había un contrato social de largo plazo entre el suegro *araji* y sus yernos *dawatuma*; cuando un hombre se une a una mujer éste era obligado a dejar su comunidad e ir a vivir en la casa de los padres de ella (organización matrifocal de la familia extendida). El liderazgo estaba en manos de la pareja fundadora de la unidad doméstica, aunque el suegro llegaría a ser jefe de la unidad doméstica *Idamo* ganando cada vez más prestigio si la unidad doméstica crecía.

Por otro lado, quienes tenían el rango de chamán (*wisiratu*, *bajanarotu*, *joarotu*, *najarima*)¹² vigilaban que las normas y conductas que las regían fueran cumplidas; atendían

¹² Wilbert y Lafée-Wilbert (2007) mencionan otros chamanes que para la región del delta bajo central ya no son

las enfermedades místicas, y tutelaban los rituales religiosos y sociales que reforzaban la identidad sociocultural. La mujer fundadora de la aldea encabezaba la línea materna de cada unidad doméstica, las mujeres eran dueñas de sus respectivas viviendas *janoko arotu*, mantenían una reciprocidad balanceada,¹³ entre familias nucleares, tenían poder administrativo en los asuntos hogareños, aplacaban desacuerdos domésticos, atendían los partos y las enfermedades naturales y entre su gente (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007).¹⁴ De repente, en esta caracterización se comenzó a hablar en pasado porque los autores, conforme sus observaciones en la región del delta bajo, concluyen en que la economía monetaria nacional influenciada por el desarrollo de la agricultura comercial en el delta transformó la organización social y la economía warao. Ante el dinero como principal eje económico manejado por hombres, se viene desplazado la distribución equitativa entre unidades domésticas para favorecer a las familias nuclear encabezada por los hombres (Wilbert y Lafée-Wilbert 2009). Además, la intervención del gobierno en los años sesenta en el delta fue la creación de puestos públicos y diferentes oficios y con el tiempo esto ha contribuido en la desestructuración del poder político del fundador de una villa *Idamo* (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007).

No obstante, no significa que la cooperatividad haya dejado de existir. En los últimos años las asociaciones de vecinos y las cooperativas están tomando fuerza por su semejanza a la organización warao de la aglomeración tradicional. Una de las ventajas es aprovechar los programas de asistencia gubernamentales dirigidos a localidades registradas: viviendas,

vistos, por ejemplo, el *Najarima*: chamán de la lluvia.

¹³ Sistema de relaciones interpersonales dentro de las aldeas y prestación de servicios que mantenían las unidades domésticas emocional y económicamente unidas (Wilbert y Lafée-Wilbert 2009).

¹⁴ Los warao no disponen de la categoría enfermedad, es decir, cuando se les pregunta acerca de enfermedades ellos pueden referirse a síntomas, trastornos, manifestaciones clínicas y estados (Wilbert 1996: 21).

escuelas, centros de asistencia médica, pesca, agricultura, etc. Aunque estas oportunidades no contemplan facilidades burocráticas y no centralizadas en Tucupita para realizar dichas solicitudes. Incluso las aglomeraciones warao se consideran socio políticamente autónomas que ha dificultado la creación de lazos internos entre ellas, y esto a la vez dificulta los esfuerzos de crear una verdadera representación y organización de base en el territorio que trate aspectos que les afectan, esto es un aspecto que los warao deben enfrentarse, considerando que muchos warao saben que su participación en la política oficial sólo ha sido cambiar votos seguros por retribuciones como electrodomésticos, ropa, motores de borda, plantas eléctricas, machetes, entre otros. La desvinculación se muestra por muchos warao por el desconocimiento, la función, y quienes son los representantes de la Unión de Comunidades Indígenas Warao (UCIW).

ii. Las comunidades warao llegaron a ser uno de los grupos más marginalizados y desplazados de su territorio

La época del poscontacto afectó de manera disímil en el Delta, ya que los humedales del delta inferior no resultaron de interés para que grupos Arahua y Caribe crearan asentamientos, así como tampoco fue de interés para el desarrollo de la economía agropecuaria de los invasores europeos, de cierto modo el laberinto pantanoso de los caños del delta fue un refugio que salvó a los warao de grandes intervenciones, del genocidio epidemiológico, la esclavitud y la guerra que sufrieron otros pueblos vecinos. Posteriormente, la etapa misional comprendida por capuchinos aragoneses a partir de 1760 incursionó en el Delta con la finalidad de reubicar a los warao en áreas más accesibles, para ello se fundaron varios pueblos en los estados Sucre, Monagas, Bolívar y Anzoátegui en donde fueron trasladados; como consecuencia hubo una fuerte emigración de indígenas warao hacia la Guyana Holandesa (Surinam). A partir de 1848 se afianza la presencia de grupos criollos en el territorio warao con la formación de poblado que posteriormente fue llamado Tucupita, en éste comenzaron a llegar comerciantes, pescadores y agricultores, especialmente de Monagas, Sucre y Nueva Esparta. A principios del siglo XX los hombres fueron forzados a ser colectores de balata

(*Manilkara bidentata*), o como braceros en los ingenios de azúcar y haciendas de cacao y café mientras que sus mujeres e hijos fueron recluidos en campamentos vigilados (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007).

La mentalidad etnocéntrica europea tuvo por objetivo disminuir el número de indígenas no catequizados y analfabetos cerca de los asentamientos misionarios de las aldeas y ciudades implantadas por ellos. Sin embargo, vino lentamente el etnocidio luego de largas temporadas de malos tratos: eran alcoholizados, las mujeres violadas, las familias eran separadas, sus pertenencias eran arrebatadas y morían de enfermedades (Wilbert y Lafée-Wilbert 2009).

Las intervenciones de mayor impacto ambiental hasta ese momento y en la vida de los warao fueron las empresas petroleras en el Delta del Orinoco en los años treinta del siglo pasado. Las actividades petroleras (exploración sísmica, perforaciones experimentales, extracción, derrames de ríos y crudo) en el territorio warao resultó ser una limitante para su libre acceso por esas tierras, y hubo cambios en los patrones de asentamiento y alimentación debido a la contaminación fluvial, la disminución del recurso pesquero, la devastación de bosques seculares y manglares como consecuencias de dichas actividades (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007). En esa década ya hubo desplazamientos hacia los centros poblados, pues ante las concesiones para la explotación de petróleo se les sacó de sus tierras con el engaño de que se les darían tierras para cultivar, pero eran zonas donde ya había campesinos (Mayo 2007). Por otro lado, a partir de la década de 1950 diversas empresas extractivistas operaron en varias regiones del delta del Orinoco: extracción de madera y palmito en el delta inferior; ganadería y pesca comercial en el delta superior, todas estas actividades han dependido de la mano de obra warao e introdujeron de diversas maneras la cultura criolla en la forma de vivir de éstos (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007). Sin embargo, algunas de esas industrias entraron en colapso dejando inúmeras familias warao desempleadas.

Este fue un momento crucial para entender a los warao de hoy, porque ellos comenzaron a retornar a los morichales, otros fueron al delta alto para trabajar en las haciendas criollas de criadores de ganado y otros decidieron migrar para las principales ciudades de Venezuela (Wilbert y Lafée-Wilbert 2009).

A partir de los años sesenta del siglo pasado ocurrieron desplazamientos de comunidades warao de dos sectores del delta. Uno se dio en los morichales de las islas de *Mariusua* y *Tobejuba* debido a que los warao adoptaron el cultivo de Ocumo chino (*Colocasia esculenta*)¹⁵ como nueva fuente de alimento, y decenas de comunidades migraron a las áreas ribereñas donde era posible el cultivo en las planicies de inundación. Con el tiempo, comenzaron a abandonar los morichales y se dispusieron como mano de obra para el cultivo de arroz para así pasar más tiempo pescando en los grandes ríos sin tener que regresar a los morichales (Wilbert y Aayala 2009; Heinen *et al.* 2012).

El otro desplazamiento warao relevante de esa época fue a raíz del “cierre” del caño Manamo provocando que miles abandonaron su territorio y migraran hacia el delta superior en las cercanías de Tucupita (Wilbert y Ayala 2007). Ese proyecto fue ejecutado por la Corporación Venezolana de Guayana (CVG) en 1967 para aumentar el caudal de Boca Grande de Navíos para mejorar el rendimiento de las actividades agrícolas y ganaderas, evitar las inundaciones anuales y aumentar el caudal del Orinoco para la navegación de buques de gran calado. La obstrucción el curso fluvial del Caño Mánamo provocó la disminución del cauce del agua y al estar en contacto con agua marina incrementó la salinización de las aguas, la acidificación del suelo, y merma de flora y fauna local por lo que miles de indígenas warao del delta occidental resultaron afectados ante tal desastre ambiental (Mayo 2007; Araujo-García *et al.* 2020). Además del caño Manamo hubo desplazamientos por ocupación de empresas foráneas en territorio warao. Rosa Mayo (2007) comenta que se sabe de diversos territorios warao contaminados: Guaroco y Guariquen en el estado Sucre; Boca Uracoa, San José de Bruja,

15 Las misiones capuchinas de Araguaimujo (1925) en el delta superior, San Francisco de Guayo (1942) y Nabasanuka del delta central además de brindar educación mediante el sistema de internados promovieron la horticultura de ocumo chino (*Colocasia esculenta*), esto influenció en la cultura autóctona de los warao. Décadas después en el Delta fue introducida una red de asistencia médica, escuelas rurales, ecoturismo, y actividades políticas en donde los warao son partícipes (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007).

Río Azagua, y Río Morichal Largo en Mónagas. La autora reconoce que “los warao han sido uno de los pueblos indígenas más golpeados: continuamente son despojados, no solo de sus territorios ancestrales, sino de su dignidad” (Mayo 2007: 128). Los antecedentes a estos desplazamientos en Monagas se dan ante la prioridad de la política desarrollista implementada en el Delta Amacuro que, no contempla el artículo 120 de la Constitución Bolivariana de Venezuela acerca de la consulta previa a los pueblos indígenas y los estudios de impacto ambiental (Mayo 2007).

iii. Desplazamientos por desasistencia sanitaria

Otros desplazamientos han sido provocados por el abandono sanitario de las comunidades warao en el delta, situación que continúa influenciado los desplazamientos de los warao hacia las ciudades. Uno de los acontecimientos que evidenció las condiciones de servicios públicos en el delta fue la epidemia de cólera de 1992-1993. La médica Clara Mantini-Briggs vivenció esta epidemia en el delta, lo que ella observó en el caño *Mairusa* fue una alta incidencia de abusos sexuales por parte de empresarios pesqueros, una zona en donde no había servicios de educación ni de salud. Los warao nunca habían visto una diarrea por cólera, estaban asustados y consternados por que su medicina tradicional no surtía efecto. Esta epidemia dejó aproximadamente 500 muertes en todo el delta incluyendo médicos warao. Para quienes alcanzaron a llegar a Tucupita y Barrancas para atenderse en los hospitales la respuesta no fue inmediata, de tal modo que la respuesta para ellos fue reacomodarlos en campamentos en donde vivían hacinados o los regresaban al delta para que no estuvieran ahí. Los warao fueron rechazados por los pobladores, de ese modo algunos refugiados salieron de Tucupita y Barrancas, y así llegaron al vertedero Cambalache en las afueras de la zona metropolitana San Félix (Figura 5), y otras familias del caño *Winikina* se fueron hasta Caracas. Entre 2007 y 2009 murieron 32 niños por otra epidemia posiblemente causada por rabia de murciélago, sin embargo, la única respuesta por parte de cualquiera de las autoridades gubernamentales regionales y estatales en el sector salud fue culpar las prácticas antihigiénicas de vivir de ellos mismos y por practicar su medicina tradicional (Mantini-Briggs 2018).



Figura 5 - Familia warao en el basurero Cambalache (Bolívar, Venezuela). Foto: William Urdaneta

Sus condiciones de vida en el delta los coloca en constante riesgo para su salud y calidad de vida. Algunos datos encontrados por Zaida Araujo, Aimé Tillett y Jacobus H. de Waard (2020) son que cerca del 60% de la población warao se encuentra en el municipio Antonio Díaz del Delta Amacuro, uno de los más pobres de Venezuela. Alrededor del 85% de las viviendas obtienen el agua directamente de los caños, sin ningún tipo de tratamiento, y el 85% de los hogares carece de sistemas de eliminación de excretas, las cuales son depositadas directamente en los caños. Delta Amacuro está entre los estados con mayores tasas de mortalidad materna del país, de las cuales el 50% son mujeres warao; la tasa de mortalidad infantil duplica el promedio nacional. La desnutrición ha sido una causa de mortalidad importante y recurrente en el estado Delta Amacuro. Para el año 2013 se registró que las causas de mortalidad entre los warao en el mismo estado fueron: diarrea, gastroenteritis y otras enfermedades infecciosas intestinales (24%), infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades respiratorias (12,2%), enfermedades del corazón (9,2%) y enfermedad por VIH (7,7%). Otras causas fueron cáncer, desnutrición y afecciones originadas en el período

perinatal. También se notificaron muertes por Tuberculosis respiratoria, complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y tos ferina (Araujo-García *et al.* 2020).

Una de las epidemias alarmantes entre las comunidades fue causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). Una de las hipótesis es que la dinámica de infección ocurrió debido a que los hombres iban y venían entre los caños y la urbe, algunos de estos lugares eran sitios en donde los warao habían migrado y vivían en extrema precariedad, por ejemplo en el vertedero Cambalache en San Félix, lugar conocido por la frecuencia de prostitución y narcotráfico. En el delta las primeras comunidades en donde el crecimiento de la infección comenzó fue en San Francisco de Guayo e *Jeukubaka*. Otra posibilidad apunta a los barcos que transportan mercancías relacionadas con la industria minera y cuyas rutas atraviesan o se aproximan al Delta del Orinoco. Muchos de los marineros proceden de Filipinas, y pasan por estas locaciones en busca de relaciones sexuales. Entre intimidaciones, algunos estudios fueron realizados en el delta, uno de ellos fue realizado por el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) y por el Instituto de Biomedicina de la Universidad Central de Venezuela; en el 2011 fueron encontrados 55 casos en ocho comunidades y en el 2015 encontraron 48 casos en 15 comunidades. Los resultados son alarmantes: el VIH se encontró en por lo menos 26 comunidades y varios contagios están asociados con tuberculosis (Vitti 2015).

Sin embargo, el VIH no es la única amenaza entre las comunidades warao. La Organización Panamericana de la Salud (OPAS) relata que desde el inicio del 2018 el pueblo Warao fue uno de los grupos más afectados por sarampión con 341 casos y 37 muertes por esta enfermedad reemergente, incluyendo casos fuera del Delta Amacuro, más de 20 casos en Monagas (Parellada 2019). Según la CIDH esa epidemia afectó otras poblaciones indígenas Sanema y Yanomami en el estado Amazonas, y la circulación del brote estaría asociado por el contacto con mineros, especialmente de Roraima, Brasil (CIDH 2019).

La relación de los warao con los médicos criollos y con las terapias biomédicas no es de desconfianza porque los primeros entienden que hay enfermedades provenientes del mundo criollo. Sin embargo, son los médicos quienes desprecian la medicina warao por que es ésta la

que dicta si un paciente necesita la medicina criolla o no, sin embargo, cuando los warao acuden a ella llegan casi moribundos. Aunque se debe entender que no se adhieren a los tratamientos prolongados y abandonan los medicamentos una vez que sienten mejoría, este aspecto se complica porque muchos de ellos deben seguir tratamientos para tuberculosis,¹⁶ malaria y VIH, sin embargo, existe carencia de medios logísticos y de personal, necesarios para poder acceder a las comunidades y realizar las actividades de vigilancia epidemiológica, así como para llevar tratamiento a los pacientes (Araujo-García *et al.* 2020). La atención a la salud es limitada en cuanto a la implementación de los programas de prevención, promoción y atención a la salud de comunidades indígenas, incluyendo la cobertura más baja a nivel nacional de vacunación en el Delta Amacuro (Araujo-García *et al.* 2020).

La asistencia médica en el estado Delta Amacuro cuenta con un hospital en Tucupita, y dos tipos de Centro de Atención Integral (CAI 1 y CAI 2) en los caños. Son tres CAI 2, llamado medicaturas, instalados entre el grueso de la población (Curiapo, San Francisco de Guayo y *Nabasanuka*) y aunque entre estos centros hay una red de CAI 1 con auxiliares de medicina simplificada que atienden las aldeas y llevan medicamento. La logística que parece funcional con respecto a la cobertura, sin embargo, la escasez de combustible, de embarcaciones a motor, y la aparente falta de articulación entre los CAI 1 y CAI 2, obstaculizan la eficiencia de la comunicación, supervisión y asistencia necesaria para optimizar el servicio médico en la zona (Wilbert y Ayala 2007). Quienes se benefician más de estos centros son las comunidades cercanas, y las estadísticas y estudios epidemiológicos realizados en la región únicamente muestran la realidad de esas comunidades cercanas a los CAI2 y no de la población en general.

¹⁶ Delta Amacuro presenta las mayores tasas de morbilidad y mortalidad por Tuberculosis a nivel nacional donde el 82% de los casos notificados corresponden a indígenas warao. No existen campañas de promoción y prevención de las tuberculosis adaptadas a la cultura y el idioma warao y baja cobertura de vacunación con BCG (antituberculosa) (Araujo-García *et al.* 2020).

Es decir, cuando los warao requieren atención médica urgente no tienen manera de trasladarse a los CAI1 y en las comunidades no hay auxiliar o éste no se ha trasladado a Tucupita por medicamentos. Para viajar a Tucupita, al único hospital, deben viajar por horas y hasta días para llegar al único lugar público de la región en donde los médicos están concentrados. Por este motivo, la cura a través de los chamanes y la fitoterapia continúa siendo la manera tradicional de cura para muchas comunidades. Y aunque el programa de salud nacional Barrio Adentro, tuvo buena aceptación por los warao y hubo mejorías en el acceso a los servicios de salud en los caños todavía no ha mejorado en su totalidad las fallas antes mencionadas (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007).

En junio de 2021 se llevó a cabo el II Conversatorio Indígena organizado desde Ciudad Guyana, estado Bolívar, y contó con la participación de indígenas warao quienes comentaron que la carencia de combustible y el poder adquisitivo para obtenerlo agravó la coordinación y logística de los ambulatorios en los caños ante la pandemia por COVID-19. Primero porque algunas vías de transporte fueron cerradas y únicamente se podía viajar en canaleta (remando), y, por otro lado, la vacunación inició en Tucupita y aunque dijeron que dotarían de vacunas tres locales en los caños no lo han hecho. Ante la falta de un programa para que los ambulatorios se puedan trasladar a las comunidades, los warao tendrían que viajar hasta por días para llegar a los ambulatorios. En este sentido, se puede considerar que este acúmulo de situaciones son parte de los mecanismos de exclusión que mantienen a este pueblo indígena marginado del sistema de salud venezolano (Araujo-García *et al.* 2020).

Parellada (2019) indica que algunos aspectos de ese abandono sanitario son porque:

“Los programas de atención de salud fueron disminuidos por el desvío y contrabando, aumentando la carencia o ausencia de medicamentos, juntamente con la situación de inseguridad causada por la presencia de grupos armados irregulares en los territorios indígenas que realizan el contrabando de mercancías, tráfico de drogas, control de rutas, extorción, secuestro, cobro de impuestos y minería ilegal.” (Parellada 2019: 235).

Este panorama muestra una región con un grado eminente de inseguridad, y todos los aspectos antes mencionados no solo muestran la marginalidad a los servicios de salud, también muestran el desinterés de los gobernantes para trabajar por otras condiciones de salud para la población, en donde vivir sin peligro es anulado por grupos criminales y por la erradicación aparentemente silenciosa de la gente.

iv. Migración hacia centros poblados o urbanizados

Algunos seguimientos acerca de los barrios formados por los warao en zonas urbanas indican que, a raíz de los desplazamientos producidos por el cierre del caño Manamo en 1965 en el delta occidental, y por el desempleo en el delta central e inferior debido al quiebre de diversas empresas extractivistas, en 1966 muchas familias comenzaron a formar barrios en condiciones de extrema pobreza en Pedernales, Barrancas y en los alrededores de Curiapo y en Tucupita (Heinen y García-Castro 2002). Posteriormente, a raíz de la epidemia de cólera desatada entre 1992 y 1993 muchos de ellos se fueron a Ciudad Guayana (Vitti 2015; Mantini-Briggs 2018), y otras familias migraron hacia los barrios previamente asentados y juntos continuaron migrando hacia Puerto Ordaz, Barcelona, Cunama y Valencia formando barrios en estas ciudades. Algunos integrantes de estos grupos iniciaron desplazamientos ocasionales o “correrías” en las ciudades más importantes del país con la finalidad de recolectar dinero (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007).

Algunos asentamientos concretos en condiciones de extrema pobreza son Yakariyene y Playita de Volcán cerca de Tucupita, Cambalache, junto al vertedero de basura de Puerto Ordaz, Los Barrancos de Fajardo y el malecón de Barrancas del Orinoco en Monagas (Tillet 2018), *Mosu* en el municipio Bolívar en Monagas (Mayo 2007), en la terminal terrestre Monseñor Francisco Javier Zabaleta, en San Félix, Bolívar (García 2017), entre otras.

Aunque algunas de estas colectividades, *Wirinoko Arao* en Barrancas del Orinoco, *Yakerawitu* y *Janokosebe*, cerca de Tucupita, han sido reubicadas en viviendas construidas por el gobierno venezolano a través del Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas

(MPPPI), en términos generales continúan padeciendo la carencia de servicios básicos, atención médica y escuelas, así como la ausencia de fuentes de empleo, entre otros problemas (Tillet 2018).

Lo expuesto encima son antecedentes generales de la huella migratoria de los warao que hoy son percibidos como mendigantes en las calles de Brasil. Por otro lado, cabe conocer de qué manera se relaciona la crisis humanitaria de Venezuela con este desplazamiento, así como acercarnos a la actuación del Estado brasileño con respecto su acogimiento como refugiados, así como a la propia agencia de estas familias que se han abierto camino en un país desconocido construyendo territorialidad en la búsqueda de sus propios modos de entender el mundo y su dignidad.

II. CONDICIONES PREMIGRATORIAS EN EL PROCESO DE DESPLAZAMIENTO HACIA BRASIL

i. Crisis humanitaria: "en Venezuela ya no hay nada"

Más de cinco millones de personas salieron de Venezuela a distintos países de Latinoamérica siendo Brasil el segundo país, después de Perú, con mayor número de solicitudes de refugio (PVMRV 2020). Desde el 2013 se observó un inusitado tránsito terrestre en la ciudad fronteriza de Pacaraima en el estado de Roraima en la región norte de Brasil, una frontera que siempre ha sido muy activa entre la población fronteriza de ambos lados debido a la dinámica de ir y venir en la búsqueda de alimentos y oportunidades de trabajo (Simões 2019). Este flujo migratorio de Venezuela a Brasil por la frontera terrestre se consideró migración de crisis debido a la entrada masiva pero también por las condiciones precarias en que las personas se desplazan (Zapata y Cuervo 2019). Algunas familias indígenas warao comenzaron a ser vistas desde el 2014 en ese contingente de migrantes que optaron por la entrada terrestre, se estima

que hasta mayo de 2020 ya habían entrado al país más de tres mil warao, y cientos de personas de otros pueblos indígenas como los panare, eñape, pemón y kariña (ACNUR 2020).

El tránsito transfronterizo de grupos indígenas entre ambos países no es nuevo, sin embargo, la migración warao rebasó la frontera nacional ante la situación agravada en su país. Anitza Freitez comenta que la crisis venezolana reciente trajo incertidumbre sobre el nivel de vida futura como no había ocurrido en décadas anteriores en el país; se vulnerabilizaron todas las esferas de la vida ciudadana y el espectro social. Con todo ello, el derecho a no migrar y mantener una sobrevivencia digna fue vulnerado atrayendo en ellos la migración forzada de la población dentro y al exterior del país (Freitez 2019).

Es posible comprender algunos elementos atribuidos al proceso migratorio de los warao en Brasil, para ello resulta necesario mirar un poco más a detalle dentro de la crisis humanitaria en Venezuela, y cómo ésta contribuye al entramado en el que los warao se han ido adhiriendo de forma gradual a los centros urbanizados en condiciones precarias de vida tanto en Venezuela como en su desplazamiento hacia Brasil.

La migración venezolana es producto de la implantación fallida de un modelo político y socio-productivo conocido como el socialismo del siglo XXI, explica Anita Freitez, un proyecto en el cual desde el 2013 fue notoria la recesión económica y la reversión de los logros alcanzados con respecto a los índices de pobreza y desigualdad social (Freitez 2019). Según Echarte *et al.* (2018), el elevado gasto público y la casi total dependencia económica de producción y explotación de petróleo (Petróleos de Venezuela SA) en el gobierno de Hugo Chávez contribuyó a las posteriores inflaciones de la moneda nacional (Bolívar) cuando el país vino a ser afectado por el incremento de la oferta de petróleo a nivel mundial y la depreciación de su precio en el año 2014. Aunque el país ya había pasado por varias inflaciones monetarias en la gestión anterior, la apolítica de Nicolás Maduro fue el cambio monetario incluso aunque las inflaciones continuaban incrementando. Las consecuencias comenzaron a ser drásticas para la sociedad cuando el precio de los productos básicos crecía rápidamente mientras que la moneda nacional (Bolívar) perdía su valor. Por otro lado, había incrementos continuos en los

salarios por causa da hiperinflación, pero, en contrapartida, el costo económico se estaba dolarizando, pero sin dolarizar los salarios de los trabajadores (Echarte *et al.* 2018). Ante ese escenario y el difícil acceso a materias primas domésticas e importadas, millares de empresas en todo el país fallaron, dificultando el abastecimiento de productos (E&N 2017).

El asistencialismo social iniciado en el Chavismo, al mismo tiempo dio lugar a todas las oportunidades de corrupción y enriquecimiento ilícito, y frente a la reciente crisis, 87% de las familias venezolanas cayeron en situación de pobreza (Mercado 2019).

En esas situaciones, Venezuela tuvo fuerzas para realizar manifestaciones contra el régimen de Nicolás Maduro, y la respuesta fue asesinado, persecución y prisión. Durante el 2019, hubo 16.739 manifestaciones violentamente reprimidas en el país y, hasta ese año, habían más de 300 presos políticos que se oponían al régimen de Maduro (Maestro 2020). Sumado a todo eso, las sanciones económicas por Estado Unidos en el 2019 enfatizaron la atención del gobierno en las relaciones exteriores mientras que la crisis se desbordaba. De esta manera, es más fácil intentar comprender cuando las personas venezolanas en tránsito migratorio en Brasil comentan acentuadamente que: "en Venezuela ya no hay nada". Quizá esa frase tan recurrente se refiere a que los salarios no eran suficientes, no había empleo, no tenían acceso a productos esenciales, la electricidad se iba por horas, el agua potable era escasa, no había medicamentos, la contaminación era más grave para unos, así como otras situaciones de violencia militar y criminal son enfáticas para otros, y ahora miles de familias están separadas por la migración (DW 2019).

Con todo esto, la migración venezolana es una migración forzada, pero ésta no es una categoría definida por el derecho internacional como lo es el concepto de refugiado (Freitez 2019). Caio Capelari Anselmo explica que el sistema de protección internacional no atiende de forma adecuada la combinación de motivos que hacen a las personas salir de su país de origen. La clásica premisa de refugio establecida en la Convención de 1951 no aborda la conjugación diversa de causas estructurales que actúan como factores de expulsión, y aunque las migraciones sean forzadas, muchas veces las personas migrantes no son reconocidas como refugiadas en los países de llegada, y pasan a ocupar otras categorías como migrantes

voluntarios por razones económicas, sin embargo, en la realidad existen flujos migratorios que pueden ser entendidos como mixtos, una vez que diferentes motivaciones están involucradas y es posible percibir los matices (Anselmo 2021).¹⁷ A propósito de los matices de las migraciones forzadas, Carmela Sofía García Ganoza reconoce que la crisis del sistema de salud junto con el hambre y la ausencia de otros servicios públicos motivó la migración de los venezolanos en el reciente éxodo. Según los datos encontrados por parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en el 2017, la escasez y desabasto de medicamentos e insumos había alcanzado un 90%, y la infraestructura hospitalaria había colapsado al 80% de los servicios de diagnóstico dejándolos sin utilidad. La crisis del sistema de salud venezolano impactó particularmente a grupos históricamente discriminados y excluidos, como los pueblos indígenas, afrodescendientes, personas con discapacidad, personas en situación de pobreza y personas con enfermedades específicas como el VIH-SIDA (García 2019). En este sentido, es comprensible que los warao, siendo un grupo históricamente desfavorecido, cientos de ellos hayan tenido que salir de sus país ante los altos índices de malnutrición y de muertes por desnutrición, así como la situación de inseguridad alimentaria y hambre, la falta de asistencia médica y el número de muertes (Parellada 2019; PN 2019; Araujo-García *et al.* 2020). Todas estas situaciones fueron motivo de la emigración de muchos de ellos hacia los países limítrofes, principalmente Brasil y en menor medida a Guyana y Trinidad (Tillet 2018).

¹⁷ Anselmo, en la lectura de Roger Zetter, concuerda con la idea de reforzar la categoría de migración forzada, porque hoy ella refleja y torna complejos los patrones migratorios en donde es notorio que la persecución y la exclusión socioeconómica se conjugan y eso al mismo tiempo son consideraciones para el Refugio, una vez que las categorías son instrumentos que diferencian los grados de protección con medidas provisionarias de acuerdo con los intereses de los Estados. Esto hace que la mayoría de los refugiados sean mantenidos en un estado transitorio que puede durar años (Anselmo 2021). De la misma forma, cada país atribuye políticas y derechos específicos y protección diferenciada para quienes son clasificados como migrantes (Freitez 2019).

ii. Llegada de indígenas warao a Brasil

Aunque la Policía Federal brasileña no hace distinción entre población indígena y no indígena en el flujo migratorio de venezolanos que ingresan a Brasil, el Sistema Nacional de Cadastro de Imigração (Sismigra) registra que el estado Bolívar, de la Región Guayana, es el lugar de mayor origen de las personas que entran al país. Con esto no es insignificante destacar la coincidencia de la inmigración de la Región Guayana con las familias indígenas warao, oriundas de la misma región, principalmente del municipio de Antonio Díaz, en el estado Delta Amacuro, aunque también viene familias de Monagas y de Bolívar.

La presencia de la migración venezolana en Brasil llevó a reajustes que después se transformaron en leyes y decretos, principalmente con respecto a la migración indígena. Sin embargo, la inserción de los warao a los programas sociales y los servicios públicos es atravesada por la falta de coordinación institucional para facilitarles la autonomía y la transividad en la ciudad, ellos constantemente no disfrutan efectivamente de los derechos y leyes debido a las dificultades lingüísticas y tecnológicas, y las dificultades económicas, pues además no ocupan lugar en la inserción laboral ni educativa.¹⁸ Los warao en Brasil como

¹⁸ Programa Bolsa Família Ofício circular conjunto 2/2014 SENARC/MDS e SNAS/MDS (SNAS, 2016). Medidas de asistencia de emergencia para recibir el flujo migratorio venezolano en la “Medida Provisória nº 820/2018” convertida en la “Lei 13.684, de 21 de junio de 2018”. Creación del “Comité Federal de Asistencia Emergencial” en el “Decreto nº 9.970/2019” (Rocha e Vilar, 2019). Con relación a los derechos de la población migrante indígena en Brasil fueron revisadas las leyes y se escribieron decretos: Convención nº 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas e Tribales en países independientes de 1989 aprobado en Brasil por el “Decreto Legislativo nº 34/1993” y por el “Decreto nº 5.051/2004”; Protocolo de Consulta Prévia del Pueblo warao en Belém/PA pronunciado en el 2020; “Resolução nº 287/2019” del “Conselho Nacional de Justiça” (CNJ); Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los pueblos indígenas 2007 y la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2016 por la Organización de los Estados Americanos (OEA), incluso puede ser considerada la “Ley nº 6.001/1973” llamada “Estatuto do Índio” (Rosa 2021). También

migrantes extranjeros, los coloca fuera de la articulación y coordinación de las políticas adoptadas para los grupos indígenas brasileños en donde la Fundação Nacional do Índio (FUNAI) actúa en la protección de los derechos de los pueblos indígenas brasileños, y brasileños transfronterizos (OIM 2019).¹⁹ Este es el panorama básico para entender la posición de los warao en Brasil.

Ante las discordancias en el Estatuto de Refugiados de 1951 para clasificar a las personas migrantes, la Declaración de Cartagena de 1984, en el ámbito de la Organización de los Estados Americanos (OEA), contribuyó para ampliar la definición de la Ley 9.474/97 sobre Refugio en Brasil, de este modo son consideradas los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos y la grave perturbación del orden público en los países de origen. Así, el concepto ampliado de Refugio comenzó a ser formalmente adoptado en Brasil, siendo que hasta el 2019 fue presumido que a todo solicitante de asilo de nacionalidad venezolana recibiera la condición de refugiado como principal opción de regularización temporal (Anselmo 2021). Mientras que el Comité Nacional de Refugiados (CONARE) analiza las solicitudes, los migrantes obtienen un Protocolo provisorio de refugio, y el solicitante goza de la regularidad temporal, autorización para trabajar y obtener documento de identificación que garantiza los actos ordinarios de la vida civil (Rosa 2021). Situación que muchos venezolanos no encontraron en otros países como Chile, Ecuador y Trinidad y Tobago. Sin embargo, también se debe considerar que ésta es una medida provisorio que mantiene a los refugiados

fue decretada la nueva “Lei de imigração nº 13.445, de 24 de maio de 2017” substituyendo el “Estatuto do Estrangeiro (Lei nº 6.815/1980)”. En la “Portaria Interministerial nº 9, de 14 de março del 2018 alterada el 14 de maio de 2019” se regulariza la autorización de residencia temporaria para los inmigrantes venezolanos e indígenas transfronterizos en el territorio brasileño (Rosa 2021). Implementación de la “Operação de Acolhida” en 21 2018 con subcomités federales para facilitar la regularización de documentos, vacunación e interiorización en el país (BRASIL 2019).

¹⁹ Decreto nº 9.010/2017

en un estado transitorio prolongado (Anselmo 2021). En esa continuidad, Charleene Cortez-Sosa (2014) cuestiona si los procedimientos de documentación y renovación que son ofrecidos van acorde a las particularidades de los flujos migratorios en América Latina, en donde se observa el contacto constante entre los migrantes y sus países de origen, en donde aún no existen políticas flexibles para el acceso al territorio ni el compromiso de promover políticas de desarrollo económico y social en los países de origen. En lugar de ello, la vida de los migrantes es perturbada y ante la falta de oportunidades, y las dificultades para ser regulares y la inexistencia de políticas de integración, las familias entran en un ciclo de rupturas que las lleva a enfrentar otras migraciones (Cortez-Sosa 2014).

Una situación de esa índole es visibilizada con la movilidad warao al interior de Brasil, la cual ha sido organizada de manera autónoma y protagónica por parte de estos grupos. Marlise Rosa *et al.* (2021) realizan un recuento de la migración interna de los warao por todo el país. Hasta mediados de 2018, había presencia en cinco ciudades de Brasil: Pacaraima, Boa Vista, Manaus, Santarém y Belém. El desplazamiento en el estado de Pará se extendió hasta al menos otras ciudades paraenses. Al inicio de 2019 vinieron nuevos desplazamientos, partiendo de Belém hacia la región nordeste. De este modo, había grupos en São Luís (Maranhão), Teresina (Piauí) e Fortaleza (Ceará). Posteriormente en los estados de Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco y Bahia. A su vez, desde Manaus, otras familias fueron hacia Rondônia y Acre en la región norte. También hubo paso de grupos en el estado de Tocantins, y, no obstante, por rutas terrestres llegaron a las regiones centro-oeste, sureste y sur del país. En diciembre de 2019 un grupo llegó a São Paulo, y hasta agosto de 2020 fue registrada la presencia de grupos warao en al menos 75 ciudades de 23 estados y el Distrito Federal (Mayo 2007).

Los cuestionamientos sobre la ciudadanía de las poblaciones migrantes, el acceso a los derechos humanos y a la calidad de vida, son características cada vez más relevantes en las discusiones sobre salud y enfermedad en el contexto migratorio. Según Beatriz Padilla (2017), los estudios sobre salud y migración son de un campo abordado recientemente, los esfuerzos iniciales para estudiar esta relación fueron analizados principalmente con el enfoque de la

epidemiología, cuya principal atención era la transmisión de enfermedades raras o peligrosas y contagiosas, y el objetivo era conocer los riesgos asociados y no el bienestar de las poblaciones inmigrantes (Padilla 2017). En ese sentido, es relevante conocer las propuestas de autores interesados en los estudios sobre migración y salud que se esfuerzan al proponer principios o ideas no únicamente para mejorar la calidad de acceso a la salud de las poblaciones migrantes, sino también para comprender los procesos migratorios en cuestión que especialmente están ocurriendo en el contexto latinoamericano. Matielo *et al.* (2018) destacan que las migraciones sur-sur de Latinoamérica han recuperado bastante fuerza en los últimos años, esas migraciones se caracterizan por ser acompañadas de violación de derechos humanos y vulnerabilidad, y es necesario reconocer que en los países receptores existen obstáculos al acceso a las políticas de salud. Sin embargo, los mismos autores reconocen que la eficacia de las políticas de salud para los migrantes reside en que los profesionales y gestores de los sistemas oficiales comprendan los múltiples factores que deben ser considerados para mejorar la calidad de vida de los migrantes: la promoción de la equidad de acceso a la salud, la garantía de las directrices de los trabajadores, el combate a las desigualdades, la discriminación, el prejuicio, y el desarrollo de políticas públicas y ofertas de servicios (Matielo *et al.* 2018).

Según la propuesta de Wickramage *et al.* (2018) es necesario considerar los impactos en la salud que son acumulativos durante las diferentes fases de la migración, de este modo, los análisis y las reflexiones sobre salud y migración, en opinión de los autores, pueden abarcar situaciones desde locales hasta globales para un mejor planteamiento de estrategias y políticas públicas. Los mismos autores indican que existen evento de trauma como la violación de derechos humanos, tortura, perfiles epidemiológicos, cambio climático, entre otros, especialmente en la migración forzada (Wickramage *et al.* 2018). Esta perspectiva permite incluir historicidad y conflictividad con respecto a las condiciones de salida de las personas en procesos migratorios.

Ante estos planteamientos, cabe darse cuenta de que para identificar las condiciones premigratorias del flujo internacional de los warao es preciso separar momentáneamente las

condiciones que son recientes y aquellas que se acumulan desde el siglo pasado, que como vimos en la primera parte de este capítulo tiene que ver con la marginalización, el abandono sanitario y el desplazamiento forzado de su territorio. En la perspectiva de Rosa Acevedo y Ferreira (2020), estos antecedentes son las controversias y problemáticas que ayudan a reflexionar el actual desplazamiento de los warao, sin rupturas con el pasado, y son parte de la historiografía del tiempo presente, un desplazamiento que es mediador y construido a lo largo del tiempo (Acevedo y Ferreira 2020: 228).

En esa continuidad, se indagó en la información del Sistema Nacional de Registro de Imigração (Sismigra) y encontré que la inmigración venezolana entre 2017 y 2019 tiene representación en Brasil de 19 de los 24 estados federales de Venezuela, con excepción de la Región Insular. Aunque existe inmigración principalmente proveniente de la Región Nordeste del país (Monagas, Anzoátegui y Sucre) y de Caracas en la región Capital, la mayoría de los migrantes provienen de la Región Guayana (estados Delta Amacuro, Bolívar, Amazonas), como se muestra en la figura 6.

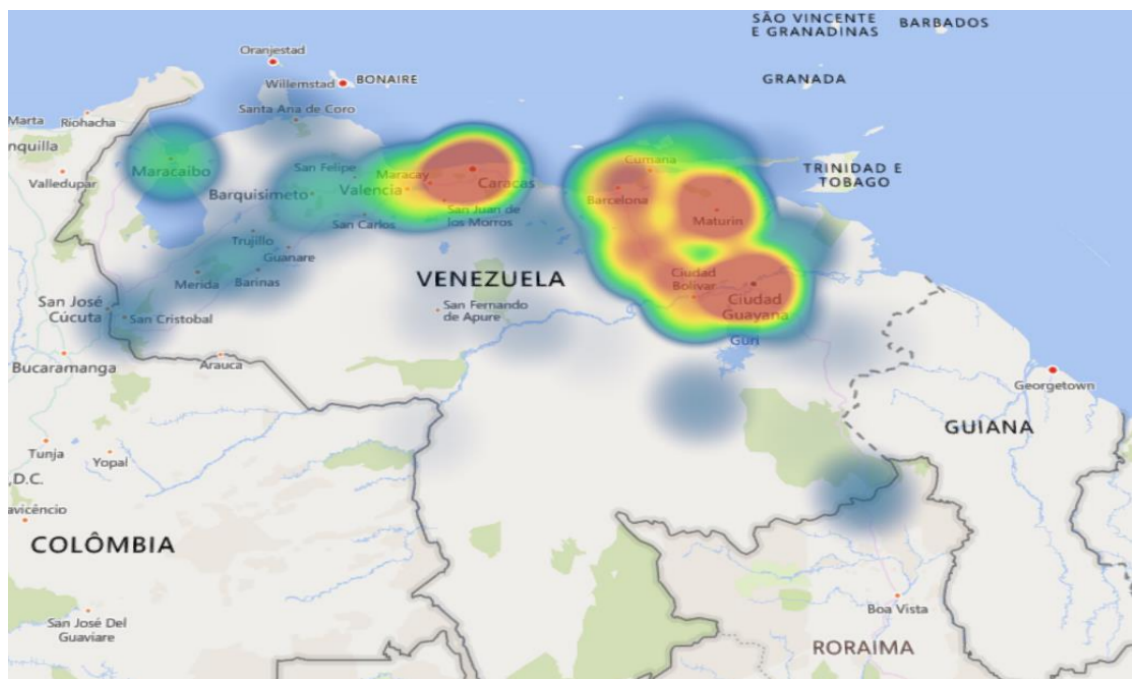


Figura 6 - Mapa de densidad poblacional migratoria de Venezuela en Brasil. Fuente: PF-SISMIGRA (2019)

De este modo, en el intento de comprender el flujo migratorio de los warao en el tiempo presente, indagué en la inmigración de la Región Guayana, pues en esta región se encuentra el estado Delta Amacuro, el estado con mayor presencia del grupo indígena. Para tanto, encontré análisis relevantes provenientes del Observatorio de Ecología Política de Venezuela (OEPV), junto a aspectos que articulan la actual crisis en el país con la migración de la Región Guayana.

iii. Proyecto de territorialización económica en la Región Guayana y desplazamiento de indígenas warao

El Observatorio de Ecología Política de Venezuela (OEPV), además de indicar que el pueblo Warao siempre fue uno de los más marginalizados y con mayor precariedad y abandono sanitario en el país, también muestran que las ciudades y municipios con mayor densidad migratoria de los estados Bolívar y Delta Amacuro de la Región Guayana enfrentan serios impactos socioecológicos debido a las actividades económicas de extracción mineral, por la gestión y desecho de residuos, como se muestra en la figura 7 (OEPV 2017).

En Ciudad Bolívar y Ciudad Guayana, ambos en el estado de Bolívar, la actividad industrial y la falta de control sobre las fuentes de contaminación causaron baja calidad de agua en aquella región; fue indicado que en esas aguas existen altos valores de hidrocarburos totales de petróleo (TPH), bajo pH, presencia de selenio, sólidos en suspensión, alta concentración de fierro y aluminio, entre otros (Martínez 2011). Las empresas básicas de la Corporación Venezolana de Guayana juntamente con la minería ilegal del río Caura están causando altas concentraciones de lodo rojos en la producción de alúmina. Por otro lado, aunque el gran vertedero Cambalache al norte del estado Bolívar haya sido cerrado, actualmente existen nuevos vertederos sin algún tipo de control de desechos y residuos, así como quemas constantes de basura lo que ocasiona alta toxicidad atmosférica (OEPV 2017). La Región Guayana es un área altamente impactada por la minería ilegal y actualmente por el relanzamiento del megaproyecto del Arco Minero del Orinoco (AMO) decreto 2.248 de 2016 (OEPV 2017).

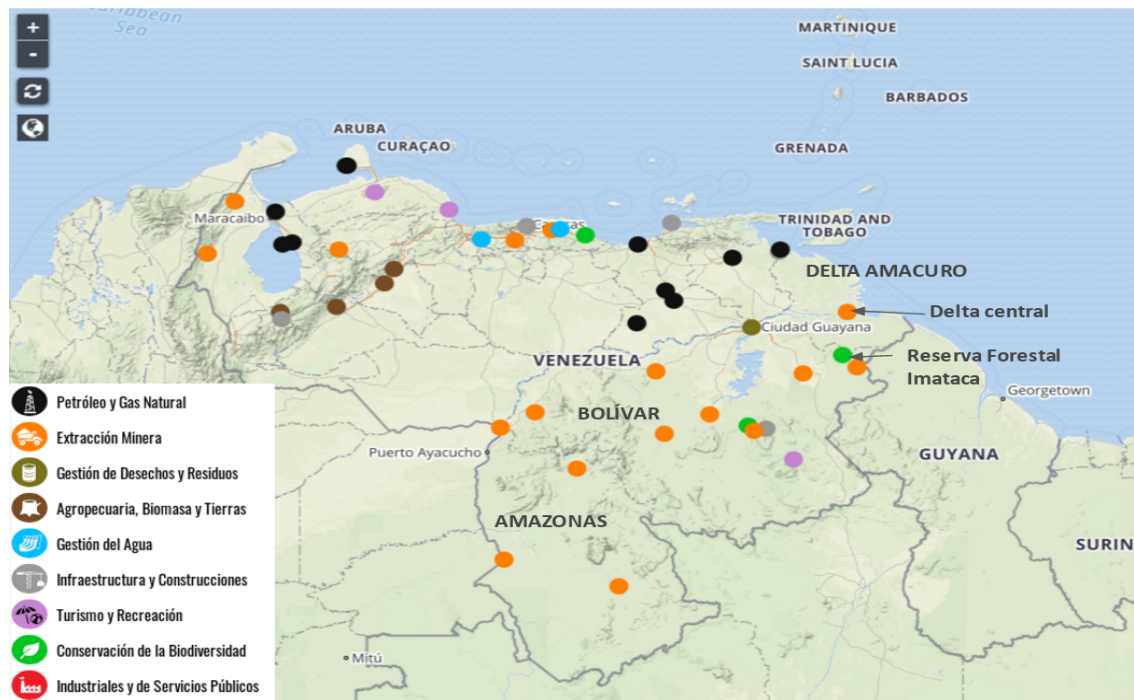


Figura 7- Conflictos socioambientales en la Región Guayana, Venezuela, 2017. Fuente: OEPV (2017)

Emiliano Terán explica que el AMO es uno de los polos del nuevo modelo extractivista denominado Zona de Desarrollo Estratégico Nacional y es promovido por el actual gobierno venezolano como una nueva forma de economía rentable, en el cual dio apertura a aproximadamente 150 empresas internacionales de 35 países (Terán 2016). Esa nueva incursión económica se caracteriza por estar delineada en más del 40% de la Reserva Forestal de Imataca (RFI), localizada en los estados de Bolívar y Delta Amacuro, región compartida por habitantes de los pueblos Warao, Pemón, Akawaio, Arawako e Kariña. La RFI está concesionada para la extracción de oro y diamantes, constituyendo la región número cuatro (40.150 km²) de las cuatro regiones mineras del AMO (CIDH 2019). Delta Amacuro es un estado altamente dañado por la actividad minera y petrolera desde el final de la década de 1990 lo cual también contribuyó a las migraciones a centros poblados. Hoy en día el municipio Antonio Díaz es uno de los más afectados por el derrame de mercurio y plomo, esos son otros factores esenciales para ser considerados como causas de migración de indígenas a las

ciudades como un mecanismo para evitar la fuerte contaminación del delta bajo y del AMO (OEPV 2017).

“AMO está destruyendo tanto terreno,
están sufriendo muchos indígenas. Todo
lo que va para el Orinoco, todo va para
las comunidades indígenas.”

Indígena warao

II Conversatorio indígena, Venezuela.

Junio 2021

El AMO es un proyecto respaldado por el Ministerio del Poder Popular para el Desarrollo Minero Ecológico cuya directrices, enfatiza Minerva Vitti (2018), se repiten en el discurso gubernamental acerca de la “minería ecológica” y las “tecnología tecnoamigables”, se han llegado a hacer invocaciones a la Pachamama y se muestran interesados por el “buen vivir”, cuando es un proyecto que se basa en la intensa apropiación de bienes naturales para insertarlos en el mercado global con la finalidad de captar riqueza para el sistema financiero nacional. Algunas falacias con respecto al AMO son importantes de mencionar, los impulsores no puntualizan, y hasta equiparan, que las técnicas y el impacto socioambiental de la megaminería difiere al de la minería informal. Por otro lado, este proyecto legaliza la minería informal pese a que los actores involucrados en esta actividad son sindicatos, mafias, comerciantes, traficantes, grupos armados irregulares, militares, y amigos del gobierno que controlan la actividad minera, así como gente local e indígenas (Vitti 2018).

Según un informe sobre la situación de derechos humanos en el Arco Minero del Orinoco realizado por el Centro para la reflexión y acción social (2020,) este megaproyecto se encuentra en el margen sur del río Orinoco que en su extensión pasa por ríos y asentamientos pumé, warao, arawak, pemón, kariña, ye'kwana, sanemá, hoti, wánai-mapoyo, piaroa, y

hiwi.²⁰ El proyecto no cumple con los requisitos establecidos por la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades indígenas (LOPCI) de la Constitución y por los pactos internacionales firmados por Venezuela en materia de derechos indígenas. No se cumple la consulta previa, libre e informada, ni cuenta con el consentimiento de todas las comunidades, además, fue aprobado sin presentar estudios de impacto ambiental y sociocultural. En este megaproyecto se formaliza la militarización, para el resguardo de las “operaciones y actividades de la industria estratégica” en toda la extensión del AMO incluyendo territorios indígenas y las Áreas Bajo Régimen de Administración Especial (Abrae): la Reserva Forestal Imataca, el Parque Nacional Canaima y la recientemente ampliada Reserva Forestal del Caura. Además de la impactante degradación ambiental, otras situaciones particulares de grave violación a los derechos humanos, que ya ocurrían con anterioridad, se están agravando con el AMO. Se habla de represión, persecución y hostigamiento de indígenas por parte de militares y grupos criminales, desatendimiento a los servicios de salud pública, emigración forzada de indígenas, reactivación de enfermedades como el paludismo y sarampión, restricción al acceso de datos epidemiológicos reales, feminicidio, trata de mujeres especialmente niñas y adolescentes para la prostitución, para la explotación laboral de ellas, y para involucrarlas en la participación delictiva involuntaria, también se está agravando el trabajo en condiciones de esclavitud y

²⁰ El AMO se extiende desde el río Apurete –territorio pumé– pasando por Palital, donde hay asentamientos kari’ña frente a Ciudad Guayana, hasta el límite con el estado Delta Amacuro en la zona conocida como Barrancas –habitada por waraos– en su margen izquierda. Mientras que en la margen derecha se extiende hacia el río Cuyuní –área arawak, pemón y kari’ña–; a la zona de influencia del Parque Nacional Canaima –territorio pemón–; al río Paragua habitado en sus márgenes por los pueblos pemón, sapé y tierra de los últimos uruak y arutani– y luego se amplía hacia el río Aro habitado por kari’ñas. Desde el Aro avanza hacia la cuenca del Caura –área ye’kwana y sanemá– la cual atraviesa y sigue hacia el Monumento Natural Sierra de Maigualida –territorio *hoti*– hacia el Cuchivero –habitado por eñe’pa-panare– y va hacia el río Parguaza –área wánai-mapoyo y piaroa– de donde regresa al punto original y en cuyo lugar también hay ocupación estacional por parte de los hiwi (CERLAS 2020).

con un alto porcentaje de menores de edad (CERLAS 2020). Todo esto asociado a la actividad minera agravada con un proyecto económico que justifica ser la solución a las diferentes crisis en las cuales el país ya estaba sumergido años atrás.

iv. Modelo extractivista en Latinoamérica y articulación con las condiciones premigratorias

El pensamiento sistémico como postura crítica holista ya ha sido expresada de manera contrastante en diferentes áreas de conocimiento al respecto del pensamiento reduccionista de la ciencia moderna (Levins y Lewontin 2007). En ecología la noción de ecosistema trajo la manera de observar dinámicamente las partes de diferentes niveles de organización y composición, este desarrollo fue promovido por el pensamiento sistémico en los estudios de Arthur Tansley (1935) y Raymond Lindeman (1942). De esta manera, se complejizó la manera en que es entendida y estudiada la relación entre las partes de un sistema biológico (Godfrey-Smith 2014: 18). Cuando la ecología comenzó a cobrar relevancia en los estudios sobre naturaleza humana, algunas posturas holistas resaltaron el impacto de la humanidad a escala global, por ejemplo, los conceptos creados por Vladímir Ivánovich Vernadski, y la inclusión de los humanos en los ecosistemas por Eugen y Howard Odum (Levins y Lewontin 2007). La ecología en las ciencias sociales y humanas fue tan aceptada que pasado el tiempo algunos conceptos ampliamente utilizados por influencia de la ecología fueron cuestionados, ese fue el caso de las metáforas ambiente²¹ y equilibrio,²² sin embargo, el interés interdisciplinario no

²¹ En la síntesis moderna de la biología, el ambiente es factor externo y dinámico con los organismos, es la causa de la evolución morfológica y fisiológica de los mismos, y el comportamiento es el efecto (Lewontin 2000: 100). En este sentido, el concepto ambiente en la teoría biológica y etnológica fue pensado como una externalidad y un costo, o como el entorno de un organismo y una cultura. Sin embargo, ya se ha resaltado la capacidad constructiva de mundos de vida, fundados en la productividad ecológica y en la creatividad cultural de los pueblos de la tierra (Leff 2017).

²² La idea del equilibrio de la naturaleza en ecología remonta a Herodoto. Estas ideas continuaron en la ecología

se detuvo, y desde la década de 1980 ha contribuido a minimizar la idea del equilibrio y dio paso a nuevas perspectivas acerca de procesos emergentes y no lineales con relación a la creación conjunta entre la sociedad y la naturaleza. Algunos de estos investigadores son Philippe Descola, Tim Ingold, Richard Levins y Richard Lewontin, Donna Haraway y Bruno Latour (Scoones 1999).

temprana acerca de la distribución y asociación de especies y comunidades de plantas. La ecología animal inicial introdujo nuevas cuestiones a la suposición predominante de que las poblaciones persisten en un estado de equilibrio, al ser observados diversos comportamientos, migraciones, cadenas alimentarias y fluctuaciones de diversa índole. No obstante, se reconoció que las poblaciones y los ecosistemas, aunque son sujetos a perturbaciones periódicas muestran tendencia a la resiliencia, a recuperarse después de la perturbación, fluctúan, pero persisten. De tal modo, a mediados del siglo XX la ecología continuó con tres grandes enfoques: especies, poblaciones y comunidades y ecosistemas, cada uno vinculado a la aparente estabilidad y persistencia (Gahazoul 2020). Este aspecto ha sido cuestionado desde la filosofía de la ecología, una vez que este campo dejó de ser disciplinario. Levins y Lewontin (2007) explican que el pensamiento sistémico se ha expresado en la crítica holista hacia el reduccionismo en la ciencia, sin embargo, aunque los holistas contraponen la unidad del mundo, esta perspectiva llega al extremo al considerar un principio organizador detrás de la totalidad, alguna armonía o equilibrio que da a los elementos su unidad y persistencia, ignorando la autonomía relativa de las partes (Levins y Lewontin 2007: 107). Este tipo de holismo entiende la unión de manera estática, en donde la estructura jerárquica tiene un lugar para todo y todo tiene su lugar. En ese sentido las nociones de equilibrio, armonía y estabilidad como principios organizativos dificultan hacer frente a los aspectos dinámicos de los procesos naturales y al conflicto. Otra posibilidad es una visión dialéctica en donde se enfatiza: la naturaleza históricamente contingente, las diferencias cualitativas de las diversas totalidades con sus orígenes y dinámicas propias, la determinación recíproca entre el sistema y sus partes, y la ausencia de cualquier principio organizador universal (Levins y Lewontin 2007: 128). Por otro lado, es importante diferenciar y entender el uso de estos conceptos dentro de los movimientos ambientalistas, en donde ambiente, ecología, equilibrio, ecosistema, entre otros, son parte de narrativas políticas que, a veces, crean confusión con respecto a las percepciones entre las percepciones científicas.

Desde la década de los años sesenta y setenta del siglo pasado comenzó a resaltar la expresión crisis civilizatoria²³ y comenzaron a ser cuestionados los modos hegemónicos de la comprensión del mundo, el conocimiento científico y la razón tecno-económica que instituye en mundo globalizado mediante las estrategias de poder del discurso del desarrollo sostenible (Leff 2017).²⁴ Otro aspecto que tornó política a la ecología es la idea de que el control poblacional es la solución a la crisis ecológica²⁵ y no las configuraciones globales del poder y los bienes (Robbins 2012).

²³ “La civilización de dominio científico-tecnológico sobre la llamada “Naturaleza”, que identifica el bienestar humano con la acumulación de objetos materiales y con el crecimiento económico sin medida, cuya máxima expresión histórica es el capitalismo. Su dinámica destructora, de mercantilización de todas las dimensiones de la vida, socava, aceleradamente, las condiciones que la hacen posible. La incorporación de nuevos territorios para la explotación de bienes, la apropiación del conocimiento de otros, así como la manipulación de los códigos de la vida (biotecnología) y de la materia (nanotecnología), aceleran la aproximación a los límites, en un planeta finito” (Lander 2015:31).

²⁴ La gestión ambiental comprometida con la eficiencia económica afirma que las soluciones eficientes, determinadas en términos económicos óptimos, pueden generar resultados "benéficos para todos" en los que el crecimiento económico, a veces denominado "desarrollo", puede ocurrir junto con la conservación del medio ambiente. Esta estrategia de gestión ambiental fortalece la influencia de las burocracias estatales sobre el medio ambiente basadas en el mercado y la tecnología, por lo tanto, para la conservación de la vida silvestre y la biodiversidad se debe realizar mediante la institucionalización de alguna forma de valoración; los bienes ambientales con precios adecuados en un mercado abierto. Esta perspectiva ha mostrado históricamente las fallas, por ejemplo, la revolución verde ocasionó diversas situaciones de suelos agotados, agua contaminada, entre otros. Además, el hecho de que el conocimiento ambiental se origina en el norte global para transferirlo al sur global reproduce las relaciones de conocimiento colonial paternalista y, a priori, descarta las prácticas ambientales de las comunidades indígenas y locales (Robbins 2012).

²⁵ El principio de la población fue propuesto por el economista Thomas Malthus a finales del siglo XVIII, en él se explica que, conforme crece el tamaño de la población habrá mayor competencia por los recursos básicos y esenciales para la actividad humana, y esto implica que los recursos tiendan a ser limitados conforme la población potencialmente hambrienta (pobre) crece. Hoy en día esta propuesta es conveniente para el mercado mundial

En ese contexto emergió la ecología política como una nueva disciplina en las ciencias sociales impulsada por el embate de la crisis ambiental y los conflictos socioambientales, aspectos que fueron abordados con la crítica marxista de la apropiación capitalista de la naturaleza, los teóricos pioneros fueron Murray Bookchin (1962), Eric Wolf (1972), Hans Magnus Enzensberger (1974) y André Gorz (1975) (Leff 2017: 132). Gian Carlo Delgado (2017) indica que a quien se le ha atribuido el título de la primera mención de ecología política es a Erick Wolf en 1972, aunque la ecología política desde hace tiempo transita con altibajos en los “dominios híbridos” del conocimiento que se ha preocupado por una visión compleja, integral e interdisciplinaria, de interacción/articulación de diversas epistemologías, teorías y metodologías (Delgado 2017).

El desarrollo de la ecología política es muy amplio, sin embargo existen algunas líneas de indagación que son fundantes en este campo. La primera es el desprendimiento de dos paradigmas teóricos: a) la teoría económica de la modernidad que conduce los modos de apropiación y transformación de la naturaleza; y b) la teoría biológica, especialmente el darwinismo evolucionista que fue llevado al campo social, cultural y económico (Leff 2017: 139). Por otro lado, aunque la ecología política se originó a partir de elaboraciones académicas anglosajonas, los actores de este ramo en Latinoamérica coinciden en que la ecología política latinoamericana es una tradición político-intelectual específica porque el pensamiento crítico tiene sus orígenes en los procesos de independencia, y a la vez el movimiento social y político

porque cualquier forma de escasez de recursos es la oportunidad para crear respuestas y evitar las crisis: aumento de precios, uso de nuevas tecnologías para aumentar la eficiencia, disminución de la demanda, entre otras substitutos y estrategias más eficientes (Robbins 2012).

por la justicia ambiental que en América Latina es más fuerte que en otros continentes. No obstante, es verdad que la sociedad occidental incorporó y resignificó el marxismo en el pensamiento crítico latinoamericano (José Carlos Mariategui),²⁶ y la doctrina social de la Iglesia Católica en la Teología de la Liberación (Leonardo Boff) y la Filosofía de la Liberación (Enrique Dussel) (Alimonda 2017).

En el auge del pensamiento holista para pensarnos mundo una vez más la ecología se atraviesa como punto de encuentro en el ámbito internacional para abordar la cuestión de la salud humana. El enfoque ecosistémico reafirma que existe complejidad en la salud humana, esta es una postura abordada en la perspectiva EcoHealth,²⁷ una propuesta que ayuda a delimitar niveles o escalas sistémicas en torno a los estudios sobre salud (Gómez y Minayo 2006). De este modo, con esa propuesta se puede abarcar escalas muy amplias, pero también reducidas a las “condiciones circundantes en las actividades humanas cotidianas”, por ejemplo, la percepción del ambiente laboral, y de este modo contribuir a las políticas del sistema de salud nacional con respecto a la salud ocupacional y promoción de la salud (Lawinsky *et al.* 2012). Sin embargo, esta propuesta ha tenido mayor impacto de las agendas internacionales de políticas de salud (Dominique 2012). Por ejemplo, en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático COP 25-2019 en donde se levanta la propuesta de

²⁶ Según Alimonda, “el marxismo nunca cubrió el conjunto de la reflexión latinoamericana, y mucho menos abarcó al conjunto de las resistencias populares de la región, es decir, el marxismo tuvo que ser reformulado para echar raíces y mentes latinoamericanas” (Alimonda 2017:36).

²⁷ Perspectiva propuesta en la década de 1970 en el Centro Internacional de Investigación en Desarrollo (IDRC por sus siglas en inglés) en Canadá y fue llamada EcoSalud, desde entonces, es una propuesta que ha continuado expandiendo su bagaje conceptual. Esta propuesta propone encontrar las interdependencias o relaciones entre las diferentes escalas del ecosistema en el ámbito de la salud, por ejemplo, que van desde contaminación ambiental, dinámicas urbanas y políticas públicas, y de esta manera, aplicar las interdependencias principalmente al desarrollo social y económico (Dominique 2012).

pensar la salud planetaria con relación a los efectos en los sistemas naturales y el bienestar humano (ISGlobal 2019). Además, permite abordar otras problemáticas mundiales: crisis económica, guerras, masas de refugiados, accidentes tecnológicos, colapso de la diversidad biológica, enfermedades crónicas, infecciones emergentes, resistencia a antibióticos y proliferación de sustancias tóxicas en el ecosistema (IAEH 2018).

No obstante, el problema que ha sido resaltado en la propuesta no es que no se reconozca la urgencia de discutir las afecciones planetarias, sino la forma de abordar la discusión, ya que ha proliferado que uno de los caminos a seguir es el desarrollo sustentable. Esta solución ha sido acreedora de críticas por sus principios atribuidos: responsabilidades comunes pero diferenciadas, consentimiento previo e informado, pensar globalmente y actuar localmente, y el principio de quien contamina paga. Estos se convirtieron slogans de los tomadores de decisiones que anteponen la conciencia económica y las estrategias de poder a la supervivencia humana y del planeta (Leff 2003).

En el mismo sentido crítico, Edgardo Lander (2015) recuerda que, aunque la ciencia confirma que las actividades antropogénicas son responsables de la pérdida de la diversidad biológica, la deforestación, la contaminación del agua, el cambio climático, entre otros, esta visión planetaria no ha desactivado el pensamiento que defiende el fundamentalismo del libre mercado y sus expresiones políticas. Evidencia de ello es que las personas más ricas del mundo ejercen una poderosa influencia sobre las políticas públicas que destruyen los sistemas de vida del planeta (Lander 2015). Por este motivo, el autor continúa, existen reacciones críticas en torno a las soluciones sugeridas en las convenciones mundiales que no hacen nada más que “repetir promesas fantasiosas” como lo es la Economía Verde presentada por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA):

“Lograr un mundo ambientalmente sustentable con crecimiento económico más acelerado, empleo y bienestar para todos, sin necesidad de alterar las relaciones de poder ni la lógica de la acumulación ni las profundas desigualdades actuales.” (Lander 2015:32).

Astrid Ulloa (2017) opina que una situación similar ocurre con el giro antropocénico,²⁸ una propuesta que últimamente conforma los ejes de discusión de movimientos ambientales, ONGs, y en las Conferencias de las Partes (COP). Aunque es una propuesta que, por tratarse de un análisis global podría tener mayor capacidad para enfrentar problemas globales, la autora considera que es preocupante el reposicionamiento anglo-eurocentrista como productor de conocimiento geopolítico, porque no se está considerando cualquier otra forma de producción de conocimiento, especialmente las perspectivas indígenas, afrodescendientes y campesinas de Latinoamérica (Ulloa 2017). En ese sentido, aunque son repensados los resultados de las actividades humanas en el planeta entero no se abordan las relaciones desiguales de poder, así, la visión territorial global desconoce las relaciones territoriales y no considera sus dinámicas (Ulloa 2017).

Existen propuestas críticas al debate antropocénico, como Donna Haraway y Jason Moore con el término Capitaloceno y en opinión de la autora es una propuesta pertinente para los escenarios globales de apropiación y despojo, sin embargo, las discusiones en Latinoamérica en torno al Antropoceno y el Capitaloceno no han sido centrales en los debates en torno a los escenarios ambientales asociados a los agronegocios, la extracción petrolera y minera, maderera, aunque sí tiene peso todavía los discursos en torno al desarrollo sostenible y los mercados verdes. No obstante, los conflictos, violencias, apropiaciones, acaparamientos y despojos territoriales son los procesos en los cuales Latinoamérica está inmersa, y son aspectos que deben ser mencionados si se quiere hablar de crisis económicas, guerras,

²⁸ Antropoceno es la época geológica actual en la cual se entiende al ser humano como el actor enclave de las transformaciones históricas en interrelación con la naturaleza, fue propuesto por Paul J. Crutzen e Eugene F. Stoermer en el año 2000. El Antropoceno ha cobrado gran relevancia internacional en torno a los debates y estudios sobre el cambio climático (Ulloa 2017).

enfermedades crónicas, migraciones masivas, crisis alimentarias, contaminación de ecosistemas, pues todos estos aspectos son locales y planetarios (Ulloa 2017: 72).

La finalidad de presentar estos dos enfoques planetarios es acercarnos a propuestas con las cuales haya complementariedad al respecto de la degradación socioecológica involucrada en los flujos migratorios del pueblo Warao. Por este motivo, se reconoce una mayor proximidad en las discusiones posibles con respecto a la crítica al modelo extractivista en Latinoamérica como lo explica Maristella Svampa y Emiliano Terán Mantovani (2019).

Este modelo se consolidó debido a la formación de una crítica ecológico-política de las economías primario-exportadoras exacerbadas durante el periodo neoliberal. En esta crítica también contribuyó el auge de las luchas de los pueblos indígenas, y los posicionamientos y prácticas de organizaciones ecologistas en los años noventa. Sin embargo, en los últimos años ante los gobiernos progresistas de Latinoamérica se ha instalado con fuerza la *ilusión desarrollista* proveniente de la economía, en la cual se reivindica una distribución más inclusiva de los excedentes económicos provenientes de la renta extractiva para alcanzar la 'justicia social', no obstante, tal orientación ha ampliado "los impactos sobre los ecosistemas y medios de vida de la población, una creciente injusticia ambiental así como impactos en el modelo de democracia" (Svampa y Terán 2019: 172). Los autores explican que el escenario para Latinoamérica desde el inicio del siglo XXI ha sido la llegada de los gobiernos de perfil progresista que proponían revalorar la dimensión ecológica sin modificar el modelo extractivista²⁹ e incluso se profundizó pese a por ejemplo, "la consagración de la Naturaleza en la Constitución ecuatoriana en el 2008, la anunciación por parte del Estado boliviano del

²⁹ "El extractivismo puede leerse como un particular modo de acumulación, sobre todo al respecto de las economías latinoamericanas. Está determinado, en su conjunto, por la extracción masiva de los llamados 'recursos naturales', con poco o nulo procesamiento dirigido al mercado mundial, lo cual se constituye en el principal patrón organizador de la sociedad" (Svampa y Terán 2019:3).

Buen Vivir como principio de gobierno, o la denominación ‘ecosocialista’ del plan de desarrollo del gobierno venezolano” (Svampa y Terán 2019: 172). La finalidad aquí no es adentrarse en los diferentes escenarios que permiten la nueva fase del extractivismo en América Latina como se describe en el texto de los autores, sin embargo, esta crítica al modelo extractivista de Latinoamérica permite transitar entre causas y efectos en el análisis de conflictos considerando las dimensiones globales, territoriales y políticas.³⁰ Toda esta narrativa muestra las bases para adentrarnos en un giro eco-territorial³¹ en el cual se ubica el marco actual de los extractivismos en América Latina, y a la vez que muestra la contestación de las resistencias socioambientales en donde se asienta un lenguaje común de valoración sobre la territorialidad (Svampa y Terán 2019). Finalmente, es una herramienta que articula “la defensa de los bienes comunes para la vida, los territorios, la justicia ambiental y los derechos de los pueblos indígenas” (Svampa y Terán 2019: 171), en este sentido surge la necesidad de aproximarnos a

³⁰ “Las dimensiones globales abarcan la transición hegemónica y la emergencia de China; la expansión de la frontera de commodities; el agotamiento de los bienes naturales no renovables; la crisis socioecológica de alcance planetario; la alta financiarización de la naturaleza, la economía y la política, y la versatilidad del neoliberalismo. Las territoriales se relacionan con la ocupación intensiva del territorio y la expansión de las energías extremas, y las luchas ecoterritoriales con participación de diferentes actores colectivos. Las políticas, con la emergencia de una nueva gramática política contestataria, asociada a organizaciones campesino-indígena” (Svampa y Terán 2019: 175).

³¹ Debido a la forma de constitución y metabolización global del capitalismo en la naturaleza se puede entender en términos de régimen ecológico, no únicamente un modelo económico, sino un régimen que se reconfigura a escala micropolítica sobre los ecosistemas, los territorios y los cuerpos. El extractivismo también es un modo de territorialización debido al ordenamiento de acuerdo con la lógica y demandas del mercado capitalista mundial: zonas extractivas, áreas urbanas, zonas de sacrificio, áreas naturales protegidas, polos agrícolas, entre otros. Parte de esta territorialización inicia con la irrupción territorial, en las economías locales de pequeños productores, basada en mecanismos violentos/forzados y o de persuasión negociación. Posteriormente esta irrupción se entrelaza con la instalación y el desarrollo del emprendimiento y las dinámicas económico-ecológicas de mayor escala (Terán 2018).

los sentidos territoriales, las subjetividades e identidades para abrir debates de reconfiguración política en Latinoamérica (Ulloa 2017).

El año 2020 fue especialmente difícil para los pueblos de la cuenca amazónica ante el riesgo de los contagios por COVID-19 entre las comunidades tradicionales, y el aumento del usufructo a sus territorios mediante diversas formas de violencia a estos pueblos y a sus territorios. Precisamente ese año, diferentes líderes indígenas organizados en lucha para defender la selva amazónica y a los propios indígenas se pronunciaron con altivez en la defensa de sus territorios. Diversas voces de estos líderes coincidieron en que la salud, la soberanía alimentaria y la vida se entiende en su territorio el cual debe ser respetado (COICA 2021).

Eduardo Gudynas (2021) observa que durante la pandemia se agravó la crisis socioambiental y las estrategias extractivas en Latinoamérica, hace hincapié en observar los países de la Amazonía porque los gobiernos apuestan por el extractivismo para retomar el crecimiento económico como justificativa de la pandemia (Gudynas 2021). Sin embargo, las estrategias de recomposición económica no únicamente fueron manifiestas en la cuenca amazónica. Emiliano Terán (2020) realizó una cartografía de las coordenadas del extractivismo en la pandemia en América Latina. Los hallazgos en el recorrido que muestra son alarmantes, mientras la atención total está enfocada en la emergencia sanitaria por el COVID-19, poco se ha dicho de las diferentes estrategias económicas que no frenaron en la cuarentena acarreando vulnerabilidad para los trabajadores y facilitando los proyectos extractivos, entre otros tipos de industrias en los países latinoamericanos.³² Ante las modalidades para el avance

³² Este escenario se ha vivido fuertemente en los países latinoamericanos durante la pandemia, en algunos de ellos la minería, el agronegocio y la tala se declaran actividades esenciales (Perú, Brasil, Ecuador, Chile, México, Argentina) y posteriormente la minería ilegal se posicionó en Perú, Colombia y Venezuela. Con respecto al agronegocio continuó funcionando en todos los países de la región y en Brasil y Paraguay hubo aumento de

y reposicionamiento del extractivismo compartidas entre los países de la región se nos muestra el escenario de diferentes formas de violencia, asesinatos y discriminaciones, las principales víctimas han sido defensores ambientales, ha habido represión a las protestas sociales, encarcelamiento de opositores políticos, criminalización de migrantes, asesinato de líderes sociales, periodistas y activistas (Terán 2020).

Es necesaria la delimitación de escalas sistémicas en los estudios enfocados en la salud humana en contextos migratorios; para que sean consideradas las relaciones de poder y las desigualdades actuales que son expresadas en la ocupación intensiva del territorio por motivos del extractivismo de los 'recursos naturales'. Esta actividad económica se reconfigura constantemente en los ecosistemas y las territorialidades de diversos pueblos de la América Latina. Este panorama es el contexto de los pueblos de la Amazonía, en cuyo reposicionamiento constante del extractivismo persisten diferentes formas de violencia para la vida, una de ellas es la migración forzada.

La migración del pueblo Warao se constituye por la intervención industrial en los estados Delta Amacuro y Sucre en el siglo pasado, y, en continuidad con las relaciones geopolíticas del patrón energético global de los hidrocarburos y la extracción minera como forma de economía rentable, la declarada crisis humanitaria de Venezuela exacerbó la lastimosa condición de vida

exportación de carne, tráfico ilegal de madera en Ecuador y la intensificación de la pesca ilegal en Argentina. El dramático aumento de la deforestación en la Amazonía es un hecho principalmente en Colombia, Brasil, Argentina, y Paraguay. Las quemas en la Amazonía que en junio de 2020 registró la peor marca en 13 años, y las quemas comenzaron antes de lo previsto en la amazonia boliviana, derrames petroleros en la amazonia ecuatoriana el mayor en 15 años, y las fumigaciones con agrotóxicos en el centro y noroeste argentino. La pandemia también favoreció la aprobación de resoluciones de concesión minera como en el Arco Minero del Orinoco en Venezuela, lo mismo ocurrió en Chile con la minera canadiense Los Andes Coppers, y la empresa australiana SolGold en Ecuador. Lo mismo ocurrió con respecto al sector del agronegocio en Honduras, en Ecuador, en Bolivia, Chile. En el sector de infraestructuras, se intentó avanzar aceleradamente en el Tren Maya en México (Terán 2020).

de diferentes grupos warao previamente desplazados a las ciudades y otros que continúan siendo ignorados. Es decir, además de los desplazamientos por despojo, la migración warao ha sido alimentada por los mecanismos de marginalización social con los cuales el Estado ha naturalizado la precariedad de este pueblo indígena. De esta manera la precariedad como forma de vida y el desplazamiento por desasistencia sanitaria actúan juntos como mecanismos de exclusión imbricados en la historia de la migración warao, e imbricados en las condiciones premigratorias del flujo más reciente que ahora es internacional. Por otro lado, es importante resaltar que las organizaciones políticas de pueblos amazónicos y los análisis sobre actividades extractivas en tiempos de pandemia han dejado al descubierto que este pueblo, junto con los territorios que habitan, deben ser continuamente mencionados como un pueblo amazónico que continua enfrentando los estragos de las políticas de estado que invisibilizan y aniquilan lentamente a las sociedades apartándolos de la manera más negligente al derecho a una vida digna. Todos estos aspectos continúan configurando el tiempo presente de la migración internacional del pueblo Warao, así como el contexto en el que ahora diversos de sus grupos se tornan refugiados y migrantes indígenas en las ciudades brasileñas.

III. USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN BRASIL Y EN BELÉM: DESPLAZAMIENTO Y LLEGADA

En el capítulo anterior conocimos que el abandono sanitario, la marginalización social y la territorialización industrial en el delta del Orinoco son aspectos que se acumulan desde el siglo pasado, pero actúan de manera continua en el tiempo presente en donde se expresa junto a la crisis humanitaria en Venezuela, y los nuevos órdenes de extracción abrupta de minerales como nueva forma de territorialización económica en el país (Terán 2016). Toda esta conflictividad conforma las condiciones premigratorias de las migraciones forzadas de los indígenas warao hacia centros poblados desde el siglo pasado y de la reciente migración internacional a Brasil de donde llegan familias warao del Delta Amacuro, Monagas y Bolívar.

La ecología política nos permitió realizar el análisis de las condiciones premigratorias gracias a la perspectiva sistémica, pues ésta nos sugiere la articulación de causalidades en diferentes niveles territoriales y en la vida individual y colectiva de las personas. En la misma continuidad, Wickramage *et al.* (2018) resaltan la perspectiva multiescalar de las migraciones, las cuales no pueden ser entendidas sin la articulación de las dinámicas global, regional y local que impactan de manera inmediata, pero también a largo plazo en la salud de las personas en tránsito migratorio durante sus diferentes fases. De este modo, con la misma intención de analizar este nuevo proceso migratorio de la población warao, ahora nos interesa conocer cómo fue la fase de movimiento y la fase de llegada. En la propuesta de Wickramage *et al.* (2018), la fase de movimiento se refiere a la duración el trayecto de un lugar a otro, las circunstancias y las condiciones de estos movimientos, las situaciones de violencia, explotación y otros abusos, las necesidades de salud, y las condiciones del viaje (Wickramage *et al.* 2018). En la fase de integración y llegada a un nuevo lugar intervienen las políticas migratorias, el estatuto jurídico en el que las personas migrantes fueron colocadas, el acceso a los servicios, situaciones de discriminación, explotación, fragmentación familiar, dificultades lingüísticas, entre otras (Wickramage *et al.* 2018). En este texto comenzaremos explicando algunos aspectos de la fase de integración y llegada a la ciudad de Belém, Pará, con énfasis en el uso de los servicios médicos disponibles en los refugios para este sector migrante. Posteriormente, mostraremos algunas experiencias de vida de algunas familias warao presentes en Belém, con lo cual podremos conocer e imaginar situaciones de la fase de desplazamiento hacia Brasil, y de la misma forma estas familias nos cuentan las situaciones que resaltan en su fase de integración y llegada. La finalidad de recuperar estas experiencias de la trayectoria migratoria es para construir una noción más amplia acerca de las condiciones de salud de las personas en tránsito migratorio, la relación que estas personas crean con los servicios médicos y las situaciones que agravan el bienestar de estas personas como migrantes en la ciudad.

En Brasil, los warao son reconocidos como indígenas, pero la manera en que obtienen regularización es mediante la solicitud de refugio y están apegados a la ley migratoria del país,

es decir, están fuera de la actuación de la Fundação Nacional do Índio (FUNAI)³³ con respecto a los derechos de los indígenas brasileños, aunque así como otros nativos brasileños, los warao son indígenas en contexto urbano sin articulación institucional para la atención especializada de estos grupos.

Los warao llegaron a Brasil en donde la política de salud para los pueblos indígenas es problemática; hasta hoy continúa siendo un desafío organizar las redes de atención del Sistema Único de Saúde (SUS)³⁴ para implementar la prevención, promoción y recuperación de la salud dirigida a las poblaciones tradicionales (indígenas, quilombolas, ciganos, entre otras) en las cuales existen demanda específica y diferenciada (Silva *et al.* 2020).³⁵ La asistencia a la salud de los pueblos indígenas brasileños es realizada a través de la Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), con atención diferenciada que considera las características de cada grupo que vive en sus aldeas o territorios tradicionales, también incluye acompañamiento en caso de necesidad de asistencia médica especializada en la red pública de las ciudades. Sin embargo, los indígenas warao no son residentes de tierras indígenas, por ese motivo la SESAI no actúa por la salud de ese grupo que no está incluido en el censo de población indígena del país (OIM 2019: 13).

³³ La Fundación Nacional del Indio (en español) es la institución indigenista oficial de Estado Brasileño. Consulta en: <http://www.funai.gov.br/index.php/quem-somos>

³⁴ Institución de salud pública nacional brasileña.

³⁵ La política indigenista para la salud en Brasil abarca el “Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” (1999), la “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” (2002), la “Política de Atenção Integral à Saúde Mental de Populações Indígenas” (2007), y en el 2010 se creó la “Secretaria Especial de Saúde Indígena” (SESAI) (OIM, 2019). Además de eso, existen políticas específicas para otros pueblos tradicionales, la “Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais” (Brasil, 2007), la “Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas” (Brasil, 2013), la “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra” (Brasil, 2013), y la “Política Nacional de Atenção à Saúde do Povo Cigano/Romani” (Brasil 2018 *apud* Silva *et al.* 2020).

Los warao llegaron a Belém en agosto de 2017, aproximadamente 72 personas se quedaron en las inmediaciones del mercado Ver-o-Peso, el principal mercado de la ciudad ubicado en la región centro (AR 2018) y después comenzaron a ser acogidas por el gobierno municipal,³⁶ aunque muchas otras familias han preferido vivir fuera de los refugios del municipio. A su llegada, ellos pasaron a ser atendidos por el Programa Estratégia Consultório na Rua (ECR), proyectado para la población en situación de calle y la población migrante. Posteriormente, se dio continuidad a diversos aspectos en torno a su atención de salud conforme las recomendaciones, decretos y portarías que fueron publicadas.

En ese sentido, siguió la construcción de la red de atención y apoyo a inmigrantes en el estado de Pará por la “Recomendação nº 041/2017 de 27 de septiembre” con relación al acogimiento, alimentación y asistencia humanitaria. En los que se refiere a la articulación institucional fue implementado el “Plano para o Atendimento Intersetorial, de Natureza Socioassistencial Emergencial no Município de Belém” conforme el “Decreto nº 91.614, de 17 de julio de 2018” ratificado en el “Decreto nº 93.205-PMB del 27 de febrero de 2019”. En lo que concierne a la constitución de grupos de trabajo para la atención a la salud, educación, documentación, acogimiento en refugios y sustentabilidad económica y financiera fue seguido el “Decreto nº 9.970, de 14 de agosto de 2019” que dispuso el “Comitê Federal de Assistência Emergencial”. Así, por acuerdo municipal, la Estrategia de Consultório na Rua (Estrategia de consultorio en la calle) (ECR) de la Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) fue responsabilizada de la atención a la salud en los refugios monitoreados por la prefectura, por el municipio y en los espacios rentados por las familias warao, con base en la “Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017” sobre la revisión de directrices para la organización de la atención básica del SUS.

³⁶ SEASTER, SEJUDH, SEEL, Fundação Propaz, y la PMB se involucraron en el acogimiento inicial y después facilitaron espacios de refugio en el Estádio Olímpico do Pará, Mangueirão, y en las dependencias de Pro Paz, y en la Casa de Passagem Domingos Zahluth (APA 2017).

El Consultório na Rua (CnaR) pasó a dar atención médica en cada uno de esos espacios de morada, y hasta el 2020 el equipo del CnaR contó ocho refugios distribuidos en el municipio de Belém y alrededor de 700 indígenas warao (ECR 2020). Sin embargo, en mayo de 2020 fue iniciado el “Plano para realocação dos indígenas Warao”, para ello el Gobierno Municipal de Belém con la coordinación del Núcleo de Atendimento ao Migrante e Refugiado (NAMR) fue inaugurado el “Espaço de Acolhimento de Tapanã”, en este refugio se planeó juntar aproximadamente a 500 indígenas warao que previamente residían en los abrigos que habían sido instalados progresivamente desde el 2017 y eran monitoreados por el gobierno del estado y del municipio. En el mismo año se fortaleció la respuesta humanitaria en el estado con la intervención de la ACNUR en el apoyo técnico en las áreas de coordinación, documentación y acogimiento, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) constantemente realiza entrega de kits de higiene. También participan instituciones de la sociedad civil como la “Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais y Aldeias Infantis SOS Brasil”, quienes participan en actividades de educación, oficinas, entrega de cestas básicas, entre otros. Estas actividades son implementadas con principal fuerza en los abrigos institucionales, siendo que las familias que viven pagando renta también son apoyados pero de manera menos regular.

El Consultório na Rua está relacionado con los servicios de “Atenção Primária à Saúde” (APS),³⁷ cuyo objetivo es la asistencia dirigida a los agravios más de las personas en situación

³⁷ La APS parte de los siguientes principios: acción interdisciplinar e intersectorial; trabajo en equipo; educación permanente en salud; planeación, programación y ejecución de acciones de salud, considerando el área que abarca cada equipo; integralidad de la atención, apoyando a análisis y la intervención sobre necesidades y problemas de salud; educación popular y salud; participación comunitaria y control social; humanización de la atención, influyendo acogimiento; vigilancia en salud; desarrollo de actividades pactadas con los equipos y centradas en los usuarios; corresponsabilizarían por el cuidado longitudinal, instituyendo mecanismos; y apoyo

de calle (Vargas y Macerata 2018). La APS está relacionada al modelo brasileño de “Atenção Básica à Saúde” (ABS), es el primer contacto o puerta de entrada de las personas en el sistema de cuidado del SUS. Sin embargo, mediante el Consultório na Rua es posible cuestionar algunas vulnerabilidades de las prácticas de cuidado del SUS, por ejemplo, la falta de articulación de las redes de APS, y enfatiza que es necesario salir de los límites o puntos de atención para que las personas tengan acceso y atención considerando los aspectos simbólicos, afectivos, y sus prácticas de cuidado de los sujetos en sus territorios (Vargas y Macerata 2018). Como mencionado anteriormente, el equipo del CnaR desempeña un papel fundamental en la asistencia médica de los warao desde que éstos llegaron a la ciudad.³⁸ En esa continuidad, cabe complejizar su actuación en la atención de salud, tanto para quienes se quedaron en el refugio único como para los que prefieren vivir en otros lugares.

Una de las dificultades sobresalientes una vez que los warao llegaron a la ciudad es que ellos vienen arrastrando enfermedades desde Venezuela y muchas de ellas empeoraron en su trayecto migratorio hacia Brasil. Con el objetivo de conocer sus estados de salud, por parte de la Universidade Federal do Pará en 2019 fue realizada una evaluación médica a diversas familias. El resultado fue mostrar la gravedad de los diagnósticos encontrados: altos niveles

a la coordinación de cuidado que se pretende con los “Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica”, considerados equipos de referencia por el cuidado de individuos y familias en SUS (Verdi et al. 2013).

38 La Estrategia del Consultório na Rua es uno de los componentes de la “Rede de Atenção Psicossocial” en el ámbito del Sistema Único de Saúde (SUS) y de la segunda edición da “Política Nacional de Atenção Básica” (PNAB) (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011). Esta Rede se compone por los Equipes de Consultório na Rua, quienes actúan en parecería con equipos de otros puntos de atención de la red de salud, y son responsables de la “Atenção Básica” para poblaciones específicas: personas en situación de calle, personas con trastornos mentales, usuarios de crack, alcohol y otras drogas (Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011). Esa política es parte del camino para hacer efectivo el Sistema Único de Saúde (SUS) porque antes de la “Política Nacional para la População em Situação de Rua” de 2009 y la PNAB de 2011 el Estado no era responsable por criar estrategias de acogimiento y cuidado para personas en situación de calle (Silva y Albuquerque 2018).

de tuberculosis pulmonar en actividad, tratamientos incompletos, subnutrición y desnutrición crónica, resfriado y abdomen distendido, con adultos afectados, aunque principalmente los niños (Silva *et al.* 2020).

Por otro lado, con respecto al COVID-19 el CnaR desempeña el “Plano de contingência da COVID-19 para os refugiados Warao”. Son varias las actividades promovidas: educación en la prevención de la enfermedad usando materiales en idioma warao, actividades básicas como lavar las manos y pláticas informativas. Se mantiene vigilancia en las personas enfermas y se sugiere el aislamiento de los casos sospechosos, y se realiza el examen Swab para los pacientes sintomáticos y de reciente ingreso a la ciudad (ECR 2020).

Se debe notar que, a pesar de la atención médica que los warao reciben en los abrigos y en las casas en donde las familias deciden vivir en diferentes parte de la región metropolitana de Belém, no son atendidos con algún programa de salud diferenciada para la población indígena en Brasil. En ese sentido, Silva *et al.* (2020) problematizan las “acciones públicas en atención a la salud indígena en contexto urbano”, porque los warao, así como otros pueblos tradicionales brasileños, representan un desafío en las políticas de salud en Brasil, porque tales políticas poseen escasa preparación profesional para atender a las poblaciones, esto es evidente en las situaciones comunes de discriminación y racismo institucional a pesar de los principios de universalidad, equidad e integralidad de las políticas públicas en Brasil (Silva *et al.* 2020). En ese sentido, a continuación, presentamos algunas de las observaciones en torno a la asistencia médica que reciben en el abrigo Tapanã.

i. Atención médica en la enfermería del refugio Tapanã

Durante julio de 2020 realicé una estancia en la enfermería fija que se encuentra dentro del abrigo único Tapanã, el cual es atendido por el equipo del Consultorio en la Rua, quien trabajaba como institución colaborativa dentro del refugio. Mi participación en el consultorio

fue auxiliar a la enfermera Aline Gobbo en la traducción e interpretación español-portugués dentro de la enfermería, a la vez que observaba y hablaba un poco con los asistentes.³⁹



Figura 8 - Enfermera Aline examinando bebé en la enfermería. Fecha: 04/07/2020

Para algunas familias warao la mudanza al abrigo Tapanã impactó directamente en la dinámica de pedir dinero en las calles, pues este abrigo se localiza alejado de los refugios en donde estaban anteriormente, una zona estratégica ubicada en Distrito Administrativo de Belém (centro). En torno a la apertura del abrigo, la tarea CnaR era realizar evaluaciones médicas a las familias que iban llegando progresivamente desde los diferentes refugios. El

³⁹ Inicialmente se propuso al Núcleo de Atendimento ao Migrante e Refugiado (NAMR) la investigación “Experiências de Vida e Saúde dos Indígenas warao para a Implementação e Aprimoramento de Políticas Públicas em Belém do Pará” Ofício nº 021/2020, sin embargo, la solicitud no fue aprobada durante el transcurso de esta investigación sino hasta agosto del 2021 en el contexto de otra administración. No obstante, el mismo proyecto fue aprobado por la secretaria de Saúde (SESMA) con e Ofício 1310/2020, por tal motivo la estancia en el refugio fue restringida a la enfermería, no obstante, la coordinación del refugio no me permitió permanecer más tiempo.

doctor encargado, Vitor Nina, asistía al abrigo una vez a la semana para dar consulta médica a quienes lo requerían, y durante los otros días las dos enfermeras fijas registraban los nombres, el peso, la estatura, y la presión arterial de los padres y los hijos que entraban a la enfermería, si alguno de ellos se sentía mal se le administraba medicamento después de ser revisados por la enfermera o el médico si él estaba presente.⁴⁰ Los medicamentos también eran suministrados, es decir, los pacientes no tomaban los medicamentos al momento sino los llevaban con ellos. A veces un mismo paciente acudía regularmente por los mismos malestares y salía de la enfermería con una pastilla en las manos.

El abrigo Tapanã trabajaba en ese momento con un equipo de monitoras de salud que hacían turnos de observación en las diferentes secciones de 'redários' en donde las familias son separadas por grupos (Figura 9). Los redários son estructuras metálicas, fraccionadas para cada familia, en cada espacio destinado las familias colocan telas o plásticos a modo de cortinas de separación y privacidad; en promedio, cada familia tiene dos hamacas y un poco de espacio más para guardar bolsas de ropa, utensilios de cocina y algunos consiguen televisiones. En el monitoreo del refugio se observa la presencia de síntomas relacionados con COVID-19 y otros síntomas comunes como diarrea y dolor de cabeza; los monitores administrar medicamentos a pacientes específicos, y de ser necesario redirigen a las personas con algún síntoma a la enfermería. Algunos síntomas que las familias indican en la enfermería las asocian con la alimentación inadecuada, especialmente diarrea y dolor de estómago en los niños, debido a la carne y porque constantemente comen huevo, aunque las enfermeras comentan que el consumo de refresco caliente es alto y también es un aliciente. Los niños

⁴⁰ Me refiero a familias porque durante los abrigos que llegué a visitar y ayudar como intérprete fue notorio que el conteo por número de familias es la estrategia para llevar a cabo los servicios socio asistenciales, la entrega de cestas básicas, y el registro y conteo de familias por abrigo. Estas divisiones son propuestas por los propios warao, pues cada unidad familiar se responsabiliza de su documentación, en la administración de los bienes que reciben y el cuidado de los padre con respecto a los hijos.

constantemente son llevados a la enfermería debido al dolor de dientes, para ello se les suministra un analgésico y las enfermeras comentan a los padres que: “más adelante... (tendrán atención odontológica)”. No obstante, conforme observé en otros refugios, este servicio es eventual o por campañas que pueden durar uno o dos días, y no todas las familias alcanzan revisión ni son encaminados para algún tratamiento, sino que se les brindan talleres sobre higiene y se les regala cepillos bucales. Por otro lado, durante mi estancia, las gripes fueron más comunes en niños pequeños y niños que ya caminan, y las infecciones respiratorias fueron registradas en niños más grandes. En el caso de los adultos, los dolores de cabeza fueron más frecuentes, aunque muchos de ellos reconocieron que el dolor se debe al tiempo que pasan bajo el sol mientras piden dinero en las calles. El monitoreo también consta del seguimiento particular de “familias críticas”, en donde en una familia hay niños con desnutrición y neumonía. Además, también existe mayor cuidado en la medicación y vigilancia de las personas con hipertensión, y diabetes, especialmente si estas personas son de edad avanzada. Cuando es necesario la coordinación del refugio llama a la ambulancia para que e lleve a las personas al hospital, especialmente en el caso de las embarazadas. Y en otros casos, en un carro particular los monitores de salud acompañan a los pacientes especiales al hospital, quienes muchas veces se quedan internados.



Figura 9 - Redários (hamacas) dentro del abrigo Tapanã

Durante el periodo de observación y participación en la enfermería observé la administración y el suministro de diferentes medicamentos, algunos de ellos con el uso pediátrico respectivo. Analgésico, antiinflamatorio y antitérmico: ibuprofeno, paracetamol y cetoprofeno; Tratamientos específicos: prednisolona, losartán, atenolol y risperidona; Antibiótico: amoxicilina y azitromicina; Antigripal: jarabe fitoterápico con el principio activo de la planta guaco (*Mikania glomerata*);⁴¹ Antiemético y procinético: metoclopramida; Distensión abdominal: simeticona; Gastritis: omeprazol; y Desparasitante: ivermectina.

La enfermería fija en el abrigo ayudó a mostrar las dificultades que ya eran observadas cuando no había enfermeras. Los warao no daban continuidad a los tratamientos con respecto a dosificación ni horarios, en ese sentido la coordinación entre las enfermeras con las monitoras contribuyó en la realización de los tratamientos sobre todo de pacientes especiales. Por otro lado, cuando ellos obtienen una receta médica con medicamentos no proporcionados por el SUS mediante el CnaR, indican que a veces no los pueden comprar y si hay farmacias en donde pudieran conseguirlos con descuento no saben cómo llegar a ellas.

⁴¹ En Venezuela, el guaco blanco *onochea* (*Mikania micrantha*) es una planta que forma parte de la fitoterapia warao, utilizada para combatir dolor de cabeza, tos y diarrea (Wilbert 1996, 2001).



Figura 10 - Enfermera Aline escucha el corazón de la señora Aida, paciente diabética.

Durante el mes que acompañé a la enfermera Aline por las tardes fueron atendidas 13 familias. Tres familias vinieron de los caños del Delta; dos de *Winikina* y una de España. Llama la atención que el resto de las familias indicó haber venido de ciudades que han sido los destinos de la migración interna⁴² en la década de 1960 y en la década de 1990, donde formaron barrios de extrema pobreza (Heinen y García-Castro 2002). Dos familias provenientes de Barrancas del Orinoco, del municipio Sotillo en el estado de Monagas, lugar conocido por ser uno de los destinos en donde se formaron viviendas no tradicionales (Croes *et al.* 2004), y cuatro familias de la ciudad Maturín en el mismo estado. Otros destinos de migración interna son San Félix, estado Bolívar de donde viene dos familias, y una familia de

⁴² Los migrantes que no cruzan ninguna frontera nacional se les llama desplazados internos, al Estado nacional le corresponde la protección de estos grupos, y la protección internacional es limitada (Posada 2009).

Tucupita. Tener en cuenta los lugares de procedencia contribuye a evitar la idea de que los warao son un grupo homogéneo, pues son familias que proceden de diferentes lugares, en este sentido, las diferencias entre grupos ha sido causa de riñas internas entre familias dentro de los refugios, lo que lleva aún más a problematizar el hacinamiento masivo en un único refugio. Por otro lado, es importante registrar su lugar de procedencia porque su proceso migratorio no se limita a la última crisis humanitaria que afectó a la población venezolana, sino que se vincula a otros procesos de marginalización histórica y de daños socioambientales en el delta del Orinoco. En ese sentido, es importante trazar trayectorias que fortalezcan el análisis relacional en donde se comprendan las afectaciones a la vida y salud de esta población sin desvincular la trayectoria desde sus lugares de origen.

Durante mi estancia en el consultorio constantemente se presentaban pacientes con dolor de cabeza, dolor de estómago, diarrea y heridas en las plantas de los pies. No obstante, hubo una familia que no pasó desapercibida, la de Antonia (24 años), quien vino con su familia desde Monagas, y así como a otras pacientes les pregunté cómo se sentía en el abrigo y, con los ojos llorosos, mencionó que uno de sus hijos había fallecido de sarampión en el 2018 en Monagas. Eso me hizo recordar que precisamente en ese año Monagas fue parte de la epidemia de sarampión que afectó a los warao, y en esa región hubo veinte casos (Parellada 2019). Fue impresionante tener a una familia que posiblemente fue afectada por ese brote y que ahora estuviera en un consultorio médico, buscando atención que en su país no tuvo para su familia. Las otras hijas de Antonia presentaban síntomas de parasitosis, y dijo que ella siempre tenía dolor de cabeza y vómito. En otras ocasiones la vi muy seria y cabizbaja. Ver la situación de Antonia provoca darse cuenta de que atrás de una persona que solo va a la enfermería por una pastilla para el dolor de cabeza, arrastra dificultades severas de vida provocadas por las dinámicas de marginalización tan institucionalizadas y la imposibilidad de permanecer en sus tierras con las posibilidades de una vida digna. Los atendimientos siempre eran atravesados por otras situaciones que evidentemente una revisión médica no podría

resolver; las personas constantemente decían tener hambre, aunque estuvieran dentro del abrigo, y también decían no tener dinero para los medicamentos.⁴³

La mitad de las familias que fueron a la enfermería no tenían su documentación completa: sin cartillas de vacunación de los niños, sin credencial del SUS, con protocolos de solicitud de refugiado vencidos o sin solicitudes, e incluso sin ningún documento. Hasta ese momento, es una característica que no había podido ser atendida en su totalidad a pesar de que ha sido uno de los objetivos socioasistenciales en los refugios del gobierno y también de la ACNUR.

Dos familias de *Winikina* y otra de Barrancas del Orinoco mencionaron conocer la preparación de remedios caseros, pero en el abrigo no tenían oportunidad de hacerlo por la ausencia de las plantas que son comunes en el Delta. Ninguna de las trece familias atendidas en el consultorio tenía planes de salir del abrigo a pesar de que todas ellas mencionaron desagrado por la comida, además de conflictos intergrupales y con los responsables del refugio. Cabe mencionar que en el abrigo Tapanã, además del hacinamiento y la imposibilidad para el distanciamiento social, se presentan diversos conflictos debido al abuso del consumo de alcohol. Todas estas situaciones se agravan con la falta de inserción social y laboral, y las enfermedades crónicas o infecciosas que las personas padecen. Este aspecto debe problematizarse, pues desde el punto de vista de Dassuem Reis Nogueira (2019) los refugios para migrantes warao no son adecuados para acoger a una población altamente impactada por diversas enfermedades comunes en los refugios como tuberculosis, infecciones respiratorias y en la piel y parasitosis, en contraste, se oculta la vulnerabilidad a la muerte por enfermedades tratables y curables en esos espacios en donde las condiciones de vida y la

⁴³ Debido al impedimento para realizar investigación sobre la vida cotidiana de los warao en el refugio Tapanã, en el presente trabajo no describo a detalle ese aspecto. Sin embargo, unos meses después de mi estancia fue publicada una nota periodística en donde relata diversos aspectos de las malas condiciones de vida dentro del refugio Tapanã: <<https://www.brasildefato.com.br/2020/08/26/indigenas-warao-sofrem-com-pessimas-condicoes-de-vida-no-abrigo-publico-de-belem>>>.

prestación de servicios es inadecuada (Nogueira 2019).

Algunas observaciones puntuales son con respecto al seguimiento de tratamientos y a la aceptación o rechazo de las técnicas de atención médica. Diversas familias no acostumbran a beber el suero o darles a los niños, aunque éste sea recomendado por las enfermeras. En otra ocasión, en el consultorio se acercó un muchacho con una herida sangrante en el pie, y la enfermera únicamente quería lavar la herida con suero fisiológico, pero él quitó su pie con un movimiento rápido para evitarlo, y no quiso de ningún modo. Estas situaciones hablan de la relación que los warao tienen con la sangre, pues según Wilbert Lafée-Wilbert (2007) la “sangre débil” es señal de enfermedad, por lo que no es extraño que algunas prácticas médicas, como la aplicación de inyecciones o de suero fisiológico, sean evitadas ante el riesgo de la disolución de la sangre (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007).

Un aspecto muy comentado por las enfermeras es que durante el trabajo que ellas realizan desde el 2017 en los primeros refugios, se encontraron con la situación de que algunas mujeres no querían tener sus partos en los hospitales, esto sin duda coloca en cuestión cuáles son las necesidades de estas mujeres y de qué manera se plantean opciones terapéuticas para ellas. Estas posibilidades no eran discutidas en el Tapanã, aunque se reconoce que todas las mujeres embarazadas eran debidamente monitoreadas en el refugio y eran llevadas al hospital. Si bien algunas mujeres mencionaron no haber utilizado nunca ningún método anticonceptivo, se mostraron interesadas en alguno de éstos cuando la enfermera lo preguntaba. Esto refuerza la importancia de atender los intereses de estas mujeres con respeto a la salud reproductiva y de la mujer migrante. Para otras regiones de Brasil, Rosa *et al.* (2020) registraron casos de mujeres warao que no fueron informadas acerca de la administración de anticonceptivos inyectables que se les aplicó, es decir, en las unidades de salud en donde las mujeres van para dar a luz, no son informadas previamente de dichos métodos, siendo que se termina infringiendo la Lei no 9.263/1996 acerca de planeación familiar, en cuyo artículo 4º de esta ley, se orienta por acciones preventivas y educativas y por la garantía de acceso igualitario a información, métodos y técnicas para la regulación de fecundidad (Rosa *et al.* 2020).

Al final de mi breve periodo en el que acompañé a la enfermera Aline mantuve comunicación con el equipo de salud del abrigo. Hubo unos días en que fue tema de conversación el cuidado particular a doña Margarita porque había sido hospitalizada y estaba realizando un tratamiento extremadamente delicado para su problema de hipertensión. No obstante, fue comentado que doña Margarita había salido del abrigo para buscar a un chamán en otro barrio cerca de la playa. Sin lugar a duda, esto preocupó a las enfermeras y monitoras quienes eran responsables de su tratamiento. Sin embargo, es notorio que doña Margarita buscó otra terapia de cuidado que ella consideraba importante en su tratamiento. Esto refleja que, así como ella los warao llevan en mente la figura del chamán quien es el que trata sus enfermedades. Infelizmente, doña Margarita murió un par de semanas después y no supe si logró encontrar un chamán.



Figura 11 - Señora Margarita fue llevada de urgencia al hospital por su presión baja. Foto: Monitora Silvia

Con respecto a la cuestión lingüística dentro del consultorio noté una importante contribución de mi parte debido a que la enfermera a veces no entendía lo que ellos sentían o lo que querían expresar y viceversa. Por otro lado, resalta la atención del médico Vitor Nina, pues en la consulta éste intenta hablar en español y muestra interés en que haya

entendimiento, pregunta a los pacientes cómo se sienten, y se apoya de algunas palabras en warao que tiene anotadas en una libreta. Un vínculo de confianza se abre, pues los pacientes sonríen y la atención y la comunicación fluye con esos elementos, en una ocasión la conversación con el señor José continuó hasta hablar con el médico acerca del *Wisiratu*, una autoridad warao que protege y cura la enfermedad de los malos espíritus; él es quien extrae los malos espíritus de los árboles, animales o el agua, que entran en el cuerpo humano y hacen que la persona enferme (Croes *et al.* 2004: 130). En ese sentido se refuerza la observación de que es necesario el interés del personal de asistencia médica por la cultura warao y sus prácticas terapéuticas. Así como es necesario el apoyo de los idiomas warao y español para la atención, pues la mayoría de los warao en Tapanã son bilingües en esos idiomas.

Lo presentado hasta aquí son situaciones que motivan a conocer las preferencias terapéuticas que muchas veces son realizadas como prácticas de autocuidado (Menéndez 2003). No obstante, los warao en los albergues no tienen ofertas terapéuticas porque en dichos espacios hay limitaciones conductuales y terapéuticas. Cabe notar que hasta aquí fueron mencionados diversos tópicos que merecen ser estudiados como casos específicos y conexos con respecto a la salud de los warao en tránsito migratorio. Sin embargo, para abordar algunos de estos temas podemos reconsiderar las sugerencias de las reflexiones sobre salud y migración en donde podemos recopilar las situaciones que nos lleven a conocer el proceso migratorio de este grupo indígena.

ii. Experiencias en el tránsito de la migración

La calidad de vida de los migrantes está comprometida ante las diversas situaciones cotidianas que ellos experimentan durante su tránsito y en los nuevos lugares por donde pasan. Recientemente, el interés por las experiencias de los migrantes se tornó mayor para conocer sus condiciones de vida y salud. Para la antropóloga María Luz Esteban, el cuerpo es el lugar en donde ocurren varias intersecciones, el lugar de las experiencias, del deseo, la reflexión, resistencia, la respuesta al cambio social, en diferentes encrucijadas económicas, políticas,

sociales, estéticas e intelectuales. A partir de esta noción de cuerpo, Yollolxochitl Mancillas López (2016) crea una reflexión en torno a las narrativas y trayectorias corporales que cruzan la experiencia migratoria. El cuerpo es el lugar de la experiencia, así las trayectorias corporales contienen las experiencias que son trazos que proyectan el cuerpo migrante, marcas en tiempos de capitalismo y su local de recepción, de ese modo la autora en su investigación encuentra que en el cuerpo son registradas las experiencias traídas de las condiciones precarias que las y los migrantes bolivianos enfrentan en su trabajo como costureros en la industria textil de São Paulo (Mancillas-López 2016). Pensar la experiencia que proyecta el cuerpo migrante (Mancillas-López 2016) nos hace pensar en la reconfiguración de los cuerpos en cuanto experiencia y el sentido territorial de lo vivido en éste. De este modo, también podemos abordar la experiencia como el aprendizaje de las personas y los colectivos en el lugar que ocupan en el mundo y las acciones realizadas por ellos, es la comprensión de sí y su significado de la vida en el mundo (Minayo 2012). Para José Luis Quintero Carrillo (2010), las narrativas son un medio en donde existe la capacidad de externalizar experiencias y emociones, y en las narrativas de los migrantes ellos recrean, contextualizan y significan el modo como su vida ocurre (Quintero 2010: 88).

En el fondo de la narrativa, hay un interés especial en la expresión de la experiencia vivida por los migrantes, ya que la migración se torna la experiencia, y ésta es un “hecho socioespacial complejo”. Como dice Jones Dari Goetttert (2019), las y los migrantes son movimiento y en su transitividad cargan:

“experiencias, sociabilidades, tramas, dramas, traumas, realizaciones y frustraciones, olvidos y recuerdos, en fin, son los propios sujetos los movimientos de tiempos y espacios participantes de toda e cualquier migración” (Goetttert 2019: 54).

De esta manera, me interesa un acercamiento a la trayectoria migratoria para conocer los aspectos que intervienen en los estados y necesidades en torno a la salud de los grupos warao durante su desplazamiento, y en Brasil veo necesario adentrarnos en el propio movimiento de transitividad y así aproximarnos a la forma en que fue vivido y cómo lo significan.

iii. Movimiento y frontera

En agosto de 2020 llegué al Barrio Campina por un anuncio que encontré en internet en el que una persona llamada Tiago recaudaba productos para familias warao, en el anuncio indicaba la dirección que posteriormente descubriría se trataba del domicilio de la casera. Ella misma me indicó la dirección exacta en la calle Campos Sales, a donde me dirigí con seguridad después de escuchar algunas voces en idioma warao y en español que se escuchaban desde la calle. Llamé a la reja y me recibió el señor Celso, pero fue en otra oportunidad cuando pude presentarme con las familias que vivían en la casa y les expliqué que me interesaba conocer las experiencias de ellos como migrantes para una investigación de la universidad, también fue necesario explicarles que yo no podría ayudarles económicamente como lo hacen otras organizaciones. Nos aproximamos a cuatro familias acorde al interés de ellas en participar del estudio. La casa de Campos Sales es referencia entre los warao que llegan a la ciudad por primera vez, principalmente de Manaus vía Santarém. Después de algunos meses o semanas desde su llegada, las familias deciden si van para otros estados o si se quedan en la capital paraense rentando en otro lugar. La casa está localizada en uno de los barrios de la zona considerada centro de la ciudad, lugar de gran afluencia de personas y estratégico por la proximidad para pedir dinero y también para comprar comida.

La casa era muy húmeda cuando entré, con muy poca manutención, pero con agua y luz todo el tiempo. La entrada de la casa se convierte en un corredor estrecho en donde al final se encuentra la cocina, en los costados estaba el baño y dos habitaciones con hamacas. La cocina es amplia, en este espacio las familias se reúnen para preparar la comida y platicar. Dentro había una estufa y otra estufa eléctrica en el suelo, un refrigerador, un fregadero, y una mesa en donde colocaban cacerolas y varios productos de abarrotes incluyendo una pila de harina de cuscuz⁴⁴ que no sabían cocinar. Las personas comían en el suelo sentadas en

⁴⁴ Harina de maíz, arroz o yuca, aunque principalmente se consume la harina de maíz para preparar el plato

diferentes lugares de la casa, y había gente cocinando, el guisado tenía aroma agradable. Debajo de la mesa había costales de naranja, y otros de papa y papa dulce. Se percibía una convivencia tranquila en la cocina y los niños jugaban y gritaban, aunque había otros que veían una película de Jesús de Nazaret por el celular.



Figura 12- Casa de Campos Sales

Las familias que conocí en Campos Sales llegaron a Brasil entre 2015 y 2017, y fue en Manaus en donde pasaron la mayor parte del tiempo viviendo dentro de un abrigo, hasta que decidieron venir a Belém; cuando les conocí llevaban viviendo en Campos Sales apenas dos semanas. Aunque la respuesta a la pregunta de ¿por qué decidiste migrar a Brasil? parecía muy obvia con respecto a la reciente crisis, las pláticas que logramos establecer y lo que ellos compartieron conmigo me permitió percibir algunos momentos de la fase de movimiento del flujo migratorio warao a Brasil y de esta manera dimensionar los diferentes aspectos que

cuscuiz consumido en Brasil.

envolvieron a estas familias durante el tránsito. Mi intención fue entrevistar a unidades familiares, sin embargo, las mujeres constantemente estaban ocupadas y al momento de las entrevistas ellas únicamente se acercaban a momentos y respondían. Inicialmente los esposos tomaban la palabra y se hacían responsables de toda la intervención, por ese motivo en las intervenciones presentadas hay mayor mención de los esposos.

Neybis y Norbelyas

Neybis Rojas y su esposa Norbelyas vinieron de Tucupita, y sus dos hijas nacieron ya en Brasil, la mayor tiene 2 años. Neybis es originario del caño *Winikina*, pero como es costumbre entre los warao, el hombre va a donde vive la mujer con quien se casa y la familia de ella ya se habían ido del caño Araguabisi a Tucupita, por eso vivieron dos años en Tucupita antes de venir a Brasil. En Tucupita, Neybis trabajaba de ayudante de descarga y es el trabajo en el cual ha sido más remunerado. Para él, cuando llegó la crisis vinieron muchos cambios:

Mi comunidad era un pueblo grande quedó vacío, sin gente, ya no es como antes. Nosotros nos fuimos de los caños, había muchos habitantes, llegábamos todos y había comida, había movimiento, salud, alimentación, tenía todo, ya agarraba la crisis algunos se iban para Tucupita y allá se quedaron. [...] Los que quedaron en el bajo delta ya no son los mimos, están en canaleta, rana, siguen pescando. [...] Antes pescaba, sembraba, pegaba la crisis y ahí acabó todo.

Los papás y los hermanos de Neybis que se habían quedado en los caños estaban en Pacaraima - RR. Neybis llegó a Boa Vista hace cuatro años para juntarse con sus suegros, quienes llegaron a Brasil desde el 2015. Después de estar dos años en Manaus en el 2020 fueron para Belém.

Casilda y Evelio

Los suegros de Neybis son Casilda Mata y Evelio Mariano, ellos vienen con su hijo Rafael de diez años. Ambos son originarios del caño *Arawabisi*, si bien se conocieron en Tucupita cuando ya habían pasado años trabajando fuera de los caños. Cuando decidieron regresar a los caños, Evelio pasó quince años trabajando para un delegado y distribuía diésel en una embarcación

en la comunidad y en la Guyana inglesa, y sabe que en esa red de reparto también se traficaba droga. Según Evelio, de cualquier manera, lo que él ganaba no alcanzaba, por eso decidieron salir:

Desde el 2012 comenzó a bajar, paralizada desde la muerte de Chávez hasta 2015. El día 16 de noviembre decidí salir como todo el mundo. Primero salieron los de Tucupita y los de los caños seguían, pero luego todos los funcionarios warao de la alcaldía de Tucupita también salieron. Vendí todas las cosas de la casa: cocina, ventilador, televisión, teléfono, todo yo vendí. Si Venezuela normaliza todos vamos a regresar. Mi papá tiene siembra por eso él no se quiere salir de ahí, sólo se va a la ciudad a comprar sal.

Toda la familia de Evelio se quedó en *Araguabisi*. Evelio así como muchas familias migrantes llegaron a Boa Vista a través de una trocha la cual es un camino que sirve de atajo en el cual pudieron entrar a Brasil. Según explica Evelio intentaron entrar por la frontera en Pacaraima, pero no los dejaron pasar porque dijeron que ya habían muchos. Ir por la trocha implicaba más tiempo y cansancio, pero no sería algo fuera de lo imaginable pues las trochas que están en el límite fronterizo ya han sido utilizadas por gente warao desde hace años, debido a la comercialización con productos en Roraima.

Evelio y su familia llegaron el 18 de noviembre del 2015 a Boa Vista, ellos comenzaron a recoger aluminio y con eso ‘sacaron’ sus documentos: CPF (Cadastro de Pessoas Físicas), protocolo de solicitud de refugio, y la autorización para poder trabajar (carteira de trabalho). Así como otras familias warao se quedaron en las calles hasta que la fraternidad les informó que les entregarían un abrigo. Evelio fue elegido para ser uno de cuatro caciques⁴⁵ para el

⁴⁵ A diferencia y ausencia en Sucre, en Monagas y en Delta Amacuro el cacique era una de las autoridades máximas dentro de la estructura organizativa de la sociedad warao. La actuación del cacique era la de un gobernador *kobenajoro*, cuyo papel era principalmente la administración de justicia en la comunidad, daba órdenes, consejos y solución de conflictos, especialmente cuando se cometían delitos en la comunidad. Para ser considerado autoridad en Delta Amacuro debía ser la persona indicada, personas mayores y respetadas,

abrigo de Pintalândia.

Jeremías

En Campo Sales había otras dos familias que también estuvieron interesadas en conversar, ellos eran parientes de la familia de Evelio. Una de estas familias es Jeremías, él llegó a Belém con sus cuatro hijos: Jeremías de 16 años de edad, Kallimar de 13, Alejandro de 10 y Pablo de 5. Así como muchos, vendieron la mayor parte de sus cosas a otros warao y emprendieron la ruta de *Araguabisi* a Tucupita, luego a San Félix en Bolívar y después a la ciudad fronteriza Santa Elena de Uairén, y obtuvieron sus documentos en la frontera.

También recuerda su comunidad, un lugar que ya tenía escuela de concreto, cancha deportiva con techo, y la mayoría de los habitantes salieron de allá.

tomando en cuenta la cantidad de hijos, de yernos y nietos. Actualmente las autoridades son elegidas por el gobierno en turno con la figura del Comisario como jefe máximo, y el policía como ayudante, y las formas de castigo de delitos no es como era tradicionalmente sino es mediante encierro en una celda o remitidos a la Prefectura. En Monagas el jefe mayor o cacique se relacionaba al *wisiratu*, quien además de la administración de justicia, manda cuando se debe hacer un baile tradicional, éste debe ser un hombre conocedor de todas las actividades de la comunidad y autoriza a un fiscal para que coordine la construcción de vivienda, la pesca, la cacería, extracción de yuruma, tala de conucos y las recolecciones. Actualmente, en el mismo estado el jefe mayor debe saber de la civilización indígena y no indígena, hablar castellano (español), hablar warao, saber leer y saber escribir. Por otro lado, no en todas las comunidades warao se cuenta con un Comisario, aunque existe una persona que cumple esa función (Croes *et al.* 2004).



Figura 13- Jeremías con un diccionario de portugués en las piernas

Jeremías comenta que en Venezuela ya se escuchaba que el gobierno de Brasil abriría abrigos para los warao, cuando él llegó aún no había muchos warao y ellos dormían en la Terminal de autobuses pero poco después comenzaron a llegar muchos más y a ellos les tocó el primer abrigo.

Algunas experiencias personales marcaron la forma de expresarse de Jeremías pues en el trayecto como migrante desde que salió por primera vez de Venezuela sucedieron diversos aspectos que llevaron a una fuerte fragmentación en su familia.

Los padres de Jeremías y un hermano también vinieron a Brasil en 2017 pero ellos se fueron directo a Fortaleza - CE, si bien uno de sus hermanos estaba en Manaus. En ese año él decidió regresar a Venezuela con su esposa y ella falleció. En su comunidad hay un curandero llamado Juan y él es conocido por hacer daño. La familia de Jeremías piensa que la muerte de su esposa es porque ella tenía un daño que le hacía cada día arrojar sangre, según ellos así han muerto varias personas en su comunidad con el mismo daño. Jeremías decidió regresar con sus hijos a Brasil, para ello entró en Pacaraima en 2018 y Pablo, su hijo más pequeño, se

cayó y a partir de ahí no se recuperó, pasó dos semanas hospitalizado y falleció en enero del 2019:

Yo lloraba, yo casi no hablaba, ahí solo hablaban brasileño, doctores, enfermeras... He pasado mucho duro, vida difícil. [...] yo preferiría así mi vida vivir, así de tanta cosa que yo ya he pasado aquí dando vueltas de allá para acá viviría mi miseria para ese lado porque una parte de allá me gusta yo preferiría ayudar a los que más necesitas por allá, a los que están allá porque he escuchado que las niñas no tienen ropa, no tiene nada.

Celso y Arminda

Cuando recién llegué a Campos Sales a Celso siempre se le veía activo, al parecer él ayudaba a las familias que vivían en esa casa a llevarlos a la central de autobuses para irse a otros estados. Celso Zapata vino con su esposa Arminda, ambos de 43 años, y sus hijos: Celimar de 17 años, Celso de 10, Pedro de 7 y Angelina de 4. La familia de Celso vivió veinte años en la ciudad de Tucupita. En esa localidad, se encuentra la mayor población de waraos del Delta Amacuro. Celso es originario del caño *Nabasanuka* y Arminda es de *Aaraguabisi*, ambos coincidieron en Tucupita, lugar que ha sido destino de quienes salen de los caños para buscar acceso a los servicios públicos básicos: salud, educación y trabajo.

Platicar con Arminda, esposa de Celso y hermana de Jeremías fue difícil, porque Arminda es una mujer con muchos quehaceres. Se levanta a las cinco de la mañana, prepara el desayuno, atiende a sus hijos y salen a pedir desde las ocho. Luego regresan en la tarde para comer, ella es quien prepara la comida. Después se preparan para salir a pedir otra vez en la tarde. Así lo hacen dos veces al día, a veces van todos juntos, a veces sólo sale ella con su hija mayor. En dos ocasiones intenté platicar con ella, pero la veía muy cansada, unos días después supe que en Manaus le habían diagnosticado artritis.

Un día fui por la tarde a Campos Sales, cuando entré a la cocina había una mesa de madera que no había antes, ahí estaba dando consulta médica el Dr. Vitor Nina del equipo de CnR a la hija de Evelio. En la cocina únicamente estaba Arminda cocinando, me puse a un lado de la

estufa, mientras ella ponía el arroz al fuego. Así comenzamos a platicar, inicialmente ella hablaba con voz baja mientras decía que en Venezuela había crisis. Hubo un giro circunstancial cuando le pregunté cómo había sido pasar por la frontera, se quedó callada unos segundos e inmediatamente arrastró una silla de madera hacia el patio trasero invitándome a salir con ella. El patio trasero era como el de una casa abandonada, había una esquina con diferentes objetos de construcción y de hogar arrumbados y empolvados, el piso estaba cuarteado, había basura en el piso y otros objetos personales de ellos. Arminda se lavaba los dientes a la vez que amenizábamos el momento recordando que justo estábamos en el lugar en donde murió una persona y por ahí andaba su espíritu, que, por cierto, por eso a veces en la noche la gente no podía dormir por tantos ruidos. Arminda me dejó la silla y se sentó frente a mi sentada en un bote. Ella comenzó a explicar que Jeremías es su hermano, y la esposa de Jeremías era la hermana de Celso. Arminda comenzó a llorar mientras recordaba el sufrimiento que pasaron para venir a Brasil, pues en el proceso de ir y venir murió la esposa de Jeremías porque “los mismo warao le montaron trabajo”:

Cuando ella se enfermó yo estaba cerca de ella, algo se me partió del corazón, yo ya me estaba muriendo. Cuando ella está viva, ella dijo: vámonos cuñada, vámonos para Brasil, allá hay bastante comida. Bueno, vámonos, qué vamos hacer. Para venir para acá vendimos toda la ropa, lo que estaba adentro de mi casa nosotros lo vendimos, yo vendí una licuadora, vendí mi ropa, la ropa de mis hijas, la cocina, la cama. Eso para venir sí sufrimos bastante.

Después de algunos episodios de hambre durante el trayecto hasta llegar a la frontera, porque llevaban el dinero justo para el pasaje, cuando llegaron a Pacaraima fueron acogidos en un refugio al igual que en Boa Vista. Ocho meses estuvieron en Boa Vista mientras ella pedía dinero y Celso recogía aluminio.

Arminda continuó platicando tranquilamente, aunque estaba el arroz en la estufa, de vez en cuando le decía a su hija Angelina que le dijera a Celso que viera el arroz. Después, Celso hacía señas discretas a Arminda para que ya acabara la plática, pero a risas Arminda continuaba hablando, eso es lo que quería. Finalmente Celso continuó haciendo la comida para ellos dos y sus hijos pequeños, comieron arroz con mortadela.



Figura 14- Familia de Evelio y Arminda

Las familias que entrevisté tienen una relación estrecha con sus comunidades en los caños pero también en la ciudad en Tucupita en donde trabajaban. Evelio transportaba gas, Neybis era cargador, Arminda era maestra y Jeremías llegó a ser parte del ejercito, todos tuvieron que cambiar de empleo cuando llegaron a Brasil, el estigma de los warao mendigantes se fortaleció en Brasil porque estas personas no pedían dinero en las calles de Venezuela, llegaron a Brasil y recogieron aluminio como lo hicieron Celso y Evelio, y después el nuevo empleo de toda la familia ha sido pedir dinero pero es una práctica que no debe considerarse como una institución naturalizada en los indígenas warao. Además, la dinámica de cambios consecutivos en la vida cotidiana también afectó a los niños, pues dejaron de ir a la escuela, y únicamente tuvieron un acercamiento a la educación en los refugios, pero fuera de ellos el acceso a la educación se torna inaccesible debido a la movilidad diaria de las familias en la ciudad.

Para comenzar a tener una idea de porqué muchos warao siguen en Venezuela, lo que

estas familias responden es que en los caños aún siembran, allá tienen sus conucos⁴⁶ y de ahí pueden alimentarse. También porque parte de la familia están en las ciudades o están en Brasil, y los familiares que se desplazan constantemente pueden llevar o enviar dinero a sus familiares, junto a ropa y alimentos. Aunque cabe resaltar que parte de las consecuencias del robo y la venta de motores en el delta perjudicó la venta y el intercambio de productos, por eso muchas familias están en Brasil. Quienes se quedaron en Venezuela son warao profesionistas y también los que están mezclados con criollos.

Por otro lado, no todas las familias entraron a Brasil mediante la frontera, sino atravesaron las trochas, éstas son vías alternativas para pasar de un lado a otro entre los límites fronterizos. Sin embargo, cabe destacar que la migración venezolana es condenada y estigmatizada cuando a las personas que transitan estas vías altamente peligrosas se les llama trocheros, enfatizando su “ilegalidad” sin cuestionar el problema real de estos desplazamientos en donde las personas se colocadas en situaciones de riesgo. Aunque cabe destacar que esos caminos, según comenta Evelio, son conocidos por los indígenas, pero en los últimos años las trochas son altamente transitadas.

Jeremías nos recuerda que la migración impone la fragmentación familiar, desde que salen de sus comunidades y durante el desplazamiento en su país y en el nuevo país de llegada. La separación familiar coloca a las personas en constante preocupación pues en la mayoría de

⁴⁶ Cuando la agricultura de ocumo chino fue introducida en el delta del Orinoco, los warao desplazaron la recolección de algunos frutos que eran parte de su alimentación básica. Posteriormente, con la llegada de los misioneros y criollos también sembraron ají, maíz, batatas, ocumos, plátano, caña, yuca, arroz, ñame, cambures, entre otros (Croes *et al.* 2004). La siembra se lleva a cabo en los conucos, el conuco es el nombre coloquial a los agrosistemas que han sido principalmente de autoconsumo entre las poblaciones tradicionales de Venezuela. El excedente es vendido o intercambiado por otros productos entre ellos. No obstante, tener conuco y todas las herramientas de trabajo para el conuco y saber trabajarlo era una de las cualidades principales que debía tener los varones para poderse casar (Croes *et al.* 2004).

los casos la persona que se desplaza es encomendada de enviar bienes para los que se quedan, bienes que no siempre se logra juntar. Cuando las familias se logran reunir en un tránsito migratorio también enfrentan el fallecimiento de algunos de los miembros. Aunque la esposa de Jeremías murió por daño warao, cabe resaltar que ambos estaban en tránsito de ida y vuelta entre Brasil y Venezuela, situación que dificultó el duelo, pues ya tenían familia en Brasil. Jeremías también comparte un poco acerca de la desesperación de no poder comunicarse con los doctores y enfermeras de un hospital de otro país en donde no hablan su idioma, había perdido a su esposa y en el mismo tránsito migratorio perdió a su hijo quien era atendido en ese hospital.

Arminda nos acerca a la dinámica de ser mujer, madre e indígena migrante, porque ella se hace cargo del cuidado de sus hijos, también sale a pedir dinero hasta dos veces al día y prepara los alimentos. El cansancio de Arminda fue el primero que logré apreciar de cerca, en una ocasión ella llegó de la calle y a diferencia de todos los días cuando llegaba a cocinar, ese día fue directamente al colchón de su cuarto. No pude platicar con ella como habíamos acordado, la expresión de su cuerpo y su rostro era cansancio y dolor, quizá exacerbado con la artritis que ella padece. El cansancio de Arminda no se detiene, pues al día siguiente continúa la misma rutina, y las ansias de trabajo estable porque nadie puede cuidar a sus hijos, por lo que ellos deben ir con ella a pedir. El cansancio es tan solo una continuación del trayecto hacia Brasil, pues según lo indica Arminda a ellos les tocó caminar mucho y les tocó pasar hambre.

Para quienes llegan a la frontera podríamos sentir este lugar como un espacio de afloramiento de conflictos de las sociedades en ambos lados de ella. Así como miles de migrantes venezolanos, los warao llegaron a la frontera terrestre localizada entre Santa Elena de Uairén (Venezuela) y Pacaraima (Brasil). La frontera es un espacio esencial para dimensionar este el flujo migratorio, pues reúne los estigmas de la marginalidad humana que se reflejan en los diferentes tipos de violencia que cercan a aquellos que llegan allá en búsqueda de lo que carecen.

En un intento de poder imaginar cómo es la frontera nos remitimos a lo que se sabe de ese espacio de constantes conflictos entrecruzados. Roraima se ha convertido en una primera salida de escape frente al constante hostigamiento de las fuerzas de seguridad, incluyendo miembros de la Guardia Nacional, que están coludidas con la minería ilegal y el tráfico de mercancías y de personas en la región de la Gran Sabana en el estado Bolívar (Ebus 2019). En la frontera se observa el contraste entre el empobrecimiento y las decisiones políticas, por ejemplo, cuando la ayuda humanitaria de Brasil se rechaza en frente de quienes la necesitan como ocurrió con los indígenas kumarakapay reprimidos por militares venezolanos (BBC 2019). La frontera muestra que no siempre se está preparado para las inmigraciones de crisis y menos si se trata de indígenas, como lo reflejan las deportaciones de personas warao y eñepa (Fernández 2018). Ser uno de entre miles de inmigrantes y refugiados en Roraima significa vivir en condiciones antihigiénicas de morada (Cambricoli 2018), implica tensión por falta de trabajo, miradas xenófobas e intolerantes como lo muestran las agresiones con fuego en los campamentos de refugiados indígenas (Alvim 2018), violencia sexual a niñas y adolescentes venezolanas y brasileñas (Nitahara 2012), a veces indígenas (FBV 2020a) y LGBTs (Rocha 2018) enfrentamientos entre venezolanos con la Policía Militar brasileña (FBV 2020b), acceso escaso a medicamentos y a hospitales (Machado 2017), y hacinamiento de personas contagiadas de COVID-19 dentro de los refugios (FBV 2020b). La frontera es el espacio en donde confluye el desplazamiento forzado de indígenas de la Región Guayana y la inmigración de crisis con alarmantes solicitudes de refugio. Sin embargo, la frontera evidencia la crisis humanitaria más allá de las cifras, por el contrario, este espacio contrasta dos realidades para los inmigrantes, una que viene empujándolos con alto grado de violencia y otra que continúa al frente con diversas incertidumbres y riesgos. Finalmente, el movimiento de los warao entre Venezuela y Roraima trajo el conocimiento más detallado de esa frontera e de la serie de conflictos tanto de los servicios públicos como de otros que atraviesan a las sociedades de ambos lados de la frontera (Acevedo y Ferreira 2020).

En esa continuidad, lo que viene ahora son algunos aspectos relacionados a la experiencia de estas familias en los refugios en Brasil y de esta manera poder discutir la manera en que estas familias vivencia la condición de refugiados en el país.

iv. Refugio en el ejercicio de acogimiento

La frontera muestra que el camino del migrante forzado es acompañado por riesgos, y atravesar la frontera es “dejar” preocupaciones permanentes del otro lado y acrecienta otras que viene en frente. Después, ¿quién es la nueva identidad que está emergiendo como refugiado? Ellos, “los extraños”, de acuerdo con Zygmunt Bauman (2016), son vistos dentro de una normalidad histórica de marginalización social. Bauman resalta que la política migratoria de securitización usada en la Unión Europea y que influencia fuertemente a América es la responsable de las medidas alarmistas acerca de la migración en masa, y cuyos dirigentes políticos sobre el lema de seguridad nacional alimentan la conciencia ahistórica y apolítica de quienes son los “extraños”. De la misma forma, se distancia a la sociedad de la cuestión causal del fenómeno; sentimientos de rechazo y discriminación se esparcen hacia una población falsamente acusada de peligrosa o simplemente desafortunada. El mismo autor también critica la normalizada formación del «precariado»⁴⁷ cuyos integrantes son parte de la constante clase angustiada, patrón que se repite por las mismas dinámicas globales en donde no se ataca el origen del problema como la pobreza, y en donde las personas son obligadas a su desplazamiento y son dirigidas a ser divididas en la sociedad (Bauman 2016). Así, las experiencias que vienen en frente para los migrantes forzados son parte de la aspereza estructural que transgrede la vida de las personas y las lleva a un desplazamiento osado. No en tanto, la concientización de nuestra especie globalizada fortalece una visión asociativa de nuestro comportamiento con relación a quienes son llamados refugiados y, encima de todo, lleva a cuestionar desde el confort la relación de los efectos globales y nacionales que incursionan el desarrollo de poblaciones vulnerabilizadas. Ahora es posible repensar cómo los warao y hasta otros refugiados son vulnerabilizados. Ahora puede plantearse nuevamente de

⁴⁷ Concepto acuñado por Guy Standing para referirse al número creciente de personas de la << clase angustiada >> del mundo (Bauman 2016).

qué manera se percibe a los warao e incluso a otros refugiados en el país de acogida, en este caso Brasil. ¿Será que ellos están cayendo en la «dinámica del estigma» del refugiado?, es decir, del extraño que es rechazado, irrespetado y no reconocido por la sociedad por el hecho de ser diferente y por desconocer sus acciones e intenciones (Bauman 2016).

En torno a la clasificación de refugiado existen políticas complejas. En la lectura de Seyla Benhabib e Adriana Medina Carrillo, Rosa Acevedo e Ferreira (2020) opinan que la clasificación de refugiado debe pensarse más allá del asistencialismo y las políticas migratorias en Brasil. La cuestión migratoria es un asunto que constantemente es incompatible con relación a la protección de los derechos humanos, en ese sentido es importante reconocer diferentes niveles de conflicto, pues las migraciones transnacionales son colocadas en una teoría de la justicia internacional y global que evita interferir en el Estadocentrismo, el cual se fundamenta en el control de la migración que es crucial para la soberanía del Estado. Y cuyas instituciones y organismos internacionales se detienen en el monopolio del cuerpo normativo para justificar sus políticas y acciones. En esa situación acontece la paradoja del refugio, porque los refugiados son sujetos de protección internacional y una vez en el Estado de destino ellos están salvaguardados en sus derechos, sin embargo, no hay espacio para la agencia política y la participación de los refugiados en las comunidades de origen y de destino: es una inclusión que genera exclusión (Acevedo y Ferreira 2020).

En ese sentido, inquieta conocer quiénes son los refugiados y cómo es la experiencia en los refugios en donde cientos de ellos no prefieren estar, y cuya preferencia es acompañada del desplazamiento interno que para algunos se detuvo en Belém y para otras familias continuó hacia la región nordeste de Brasil.

iv.i ¿Quiénes llegaron?

Brasil fue el encuentro entre grupos warao que nunca se habían visto anteriormente, esos encuentros tenían aspectos en común: dejaban atrás familia, sus casas, y a la vez se alejaban

de una crisis que los estaba dejando sin la posibilidad de comprar comida y ni siquiera acceder a ella. No obstante, las diferencias pronto comenzaron a asomarse en los refugios; las familias comenzaban a discutir entre ellas y eran colocadas en situaciones de malentendidos con los encargados de los refugios. De ese modo, la convivencia entre familias de diferentes regiones también es parte de los motivos que promovieron la decisión de abandonar definitivamente los refugios del gobierno. Pero, ¿quiénes son los que llegaron?

En una de las pláticas en la cocina, Celso habló de cuando ellos llegaron a Belém, dos semanas atrás. Recordaba que en Campos Sales vivían alrededor de cien indígenas warao aunque posteriormente todos se fueron desplazando hacia Fortaleza. Las personas que estaban allí eran de la comunidad España del río *Winikina*, y de la comunidad *Aunaburo* del río *Arawabisi*, muchos de ellos únicamente entendían el idioma warao, así lo comenta Celso:

Estaban allá toditos, no saben ni leer, ¿cómo lo hacen? Ellos pagan pasaje y se van, ¿cómo lo hacen, entonces? Ayer se fue una señora de aquí para Recife, no sabe leer, preguntar cuántas paradas se hace el ônibus, cómo se va a bajar en la última parada, a que hora va salir el otro ônibus de ahí, como se llama el ônibus que va a pegar, a qué hora va a despegar el ônibus que va para Recife. Y se entiende, en el idioma de uno le va explicando.

Los logros de estas personas son reconocidos al haber llegado a lugares tan distantes en Brasil, sabiendo que no hablar portugués ni español ha sido una de las dificultades más importantes. Celso también comentó que la gente que inicialmente llegó a Brasil no habla español porque al principio quienes descubrieron que de este lado podía encontrar fuentes de ingreso es gente que hacía artesanía de moriche para venderla en la ciudad fronteriza Santa Elena de Uairén. Y aunque casi siempre regresaban a los caños, algunos cruzaron la frontera y no han regresado a Venezuela, desde su punto de vista la gente que llegó primero no vive en refugios.

¿Pero quién es esta gente que a veces no habla ni español? Celso les llama “gente que es más que uno”, para él las diferencias vienen desde la forma en la que ellos hablan, ya que la gente de los caños “pronuncia más largo”, “lo que uno no sabe ellos lo saben”, ellos no pescan con nylon sino con *jau*, que es un hilo de fibra de moriche:

Ellos tienen la costumbre de ellos, es más diferente, como que nosotros no sabemos. Por ejemplo, del moriche ellos sacan todo, ellos son más que uno, saben todo de la mata del moriche, de una mata ellos comen todo, no que nada.

Celso comenta que en su trayecto encontraron personas “que son más que uno”. En Manaus encontraron gente que venía de la comunidad Morichito del río *Yawarimabo*, ellos tenían conocimiento de chamán, y otros familiares de ellos se fueron a Fortaleza, comenta:

De los que son más que nosotros vinieron y murieron, en Manaus en el abrigo se enfermaron ahí mismo en el abrigo y se murieron. Ellos eran de Morichito y yo había visto un video de cuando ellos bailaron, ese video lo grabaron cuando estaban allá, el baile *najanamu*. Eran de los warao que quedaban de los que mantenían todavía la cultura,

En el municipio Antonio Díaz se encuentra la mayor parte de la población warao, pero no toda la gente vive en los caños. En el río *Winikina*, uno de los principales que desemboca en el Océano Atlántico, están las comunidades España y Morichito, según Celso ahí hay “gente que es más que uno”, lo relevante es que, para Celso mucha de esa gente está en Brasil. Otra gente que llegaron a encontrar en los refugios son de la comunidad *Mariusa* del municipio de Tucupita, aunque de ellos había pocos, los reconocen porque su acento es más largo, y en opinión de Celso, ellos también mantienen la cultura warao porque ellos saben realizar los bailes sagrados. Los bailes sagrados no los realizan en los refugios, sino bailan otros bailes populares, del porqué no realizan los bailes sagrados Celso explica que:

No lo ha mantenido ahora porque no está en su comunidad, para ellos es un secreto muy grande, es muy sagrado, es un baile que no es por hacerlo, hace el evento bien como tiene que ser, como viene la cultura al principio.

Celso comenta que en las comunidades en los caños en donde quedan algunos grupos no realizan las ceremonias si no hay alguien que sepa como hacerlo bien. Algunos chamanes de las comunidades también viajaron a Brasil, y también murieron, uno de ellos murió en Manaus, era de *Mariusa*:

Los que se quedaron allá no pueden hacer las cosas porque se hace de una forma, el que murió es el que sabía algo del espíritu chamán, *wina* [...] No hay como lo hacían, ellos tienen que esperar a que regrese, y no lo han puesto en práctica, si no se hace bien el espíritu mata al chamán o mata a los más pequeños, y genera enfermedades.

La diferencia entre grupos warao es evidente y entre ellos se reconocen, no únicamente por el caño de donde viene la gente, sino por el nivel de estudios. Según Celso, los warao profesionistas son identificados porque son warao que no mantienen la cultura:

Warao de clase media; profesionistas, no son los que mantienen la cultura. La mayoría de los que mantienen la cultura están para acá. Se está acabando, pues.

En opinión de Jeremías, los warao que están en Brasil es gente que se beneficiaba del Gobierno. Habían votado por la gobernadora del Delta Amacuro, del Partido Socialista Unido de Venezuela (PSUV) que gobierna el estado desde el 2008, y posteriormente los warao también votaron por Nicolás Maduro. Sin embargo, con la muerte de Chávez diferentes aspectos cambiaron. Celso explica que entre los warao hay desunión porque “el Gobierno malacostumbró a los warao”, en su visión, lo mejor hubiera sido que todos aprovecharan juntos, pero no lo hizo así, comenta Jeremías.

Chávez era bueno, por eso cuando murió Chávez lloramos. Tomaba cuenta de los pobres, dieron crédito, motores, ellos [los warao] agarraron cosas y no supieron trabajar con la ayuda que el gobierno les dio. Vendieron lanchas y motores.

No obstante, la palabra crisis resuena como el factor que hizo las cosas empeorar, por ejemplo, el robo de motores cometido por ‘malandros’ criollos y warao asociados a sindicatos hicieron que se dificultara el trabajo de la venta de ocumo, plátano, yuca. Comenta Neybis que:

Cuando empezó la crisis comenzaron a robar los motores a los warao, los malandros por el río Orinoco. Aún así el warao llevaba el ocumo, plátano, yuca para vender. El warao no pudo trabajar porque no podía

trabajar, los malandros eran de un grupo de sindicatos que mataba al warao.

De cierto modo, Neybis relata que la desunión de los grupos warao es reflejado en la ausencia de apoyo entre grupos, algunas diferencias son marcadas a partir de la colaboración de warao con criollos para el robo en el Delta: “Entre los warao dejaron de apoyarse y colaborar con los malandros. Los warao se quedaron en canaleta, sin nada”.

Evelio también opina que parte de la gente que llegó a Brasil, ya vivía en las ciudades en Venezuela, por ejemplo, en Carabobo y Valencia:

Yo conozco la gente que le gusta así, gente que había pasado años en otras ciudades. Ante la crisis y la dificultad de pedir dinero, se regresaron al Delta y del Delta a Brasil.

Y, por otro lado, Evelio cree que, así como él, otros vinieron a Brasil porque no sembraban. Ya otros que lo hacen sí se quedaron, como sus papás quienes están en *Araguabisi*. Ya los que se quedaron en el Delta son “mezclados con criollos”.

En los relatos que compartieron estas familias podemos comprender que los warao que están en Brasil es gente que ya vivía en las urbes pero también hay familias que vinieron directamente de los caños. La agencia de estas personas de ambas procedencias en Brasil se mezcla con respecto a quienes viven en los caños y quienes no. Más que la procedencia o modo de vida en Venezuela, tiene mucho que ver el vínculo que las comunidades y familias warao hicieron con el Gobierno, pues, interpretando lo que Jeremías y Evelio comentaron, entre los warao ha habido fragmentaciones por el nivel académico o profesional, por la relación familiar con criollos, y por la influencia del Estado. Con respecto a este último, influyó fuertemente no solo la impartición de justicia tradicionales y resolución de conflictos, también hicieron que las familias perdieran autonomía y organización comunitaria, pues ante el asistencialismo del gobierno muchas familias se hicieron partidarias del gobierno de Maduro y dependieron de los programas sociales, aspecto que en los últimos años decayó y por tal motivo muchos están aquí y principalmente en los abrigos. Y, por otro lado, también atribuyen que los warao profesionistas y quienes están mezclados con criollos son quienes se quedaron

en Venezuela. Mucha gente de los caños que son consideradas “gente que sabe” de la cultura warao, incluyendo los chamanes, también vinieron.

Es difícil no asociar la manera en que afectó la crisis del país en las comunidades de los caños, se reflejó a modo de delincuencia, hubo un incremento desmesurado de robo de motores que dejó a muchas familias sin posibilidades de trasladar productos para vender. Otras familias vendieron sus motores, pero tampoco hallaron modos de sustento con el regreso a los traslados de días para llegar a los poblados.

Estas familias perciben que su cultura “se está acabando”, pues notan fragmentaciones entre los grupos debido a intereses económicos y políticos, porque la gente que estudia no regresa a los caños, porque han pasado por mucha muerte por enfermedades en delta, por la cercanía con el mundo criollo, porque algunos de ellos se han unido a la delincuencia y por todos los desplazamientos.

iv.ii ¿Por qué deciden vivir fuera de los abrigos?

Una de las motivaciones iniciales con respecto a las familias warao que viven fuera de los abrigos era preguntar los motivos que las llevaron a salir de los refugios y decidir pagar renta. Las respuestas permitieron conocer cómo estas personas viven en su tránsito en Brasil mientras son consideradas personas refugiadas. Uno de los primeros documentos en donde se ahondó en las motivaciones del desplazamiento interno de los warao es en un perfil migratorio realizado en los refugios ubicados en Pacaraima (RR), Boa Vista (RR), Manaus (AM), Santarém (PA) e Belém (PA) (Parecer técnico N° 328/2018-DPA/SPPEA/PGR). En éste se constata que la alimentación insuficiente e inadecuada, los conflictos entre grupos, la búsqueda de trabajo y la reunión con familiares en otros estados son las principales causas del desplazamiento. Veamos a continuación lo que nos dijeron.

Neybis y Norbelyas

Ellos decidieron salir del abrigo de Manaus porque tenían muchos problemas con “la gente que está al frente”, refiriéndose a las personas contratadas para monitorear el refugio. Indican que los diversos disgustos que pasaron en Manaus les hicieron decidir no ir para ningún refugio, sino rentar. Neybis expresa:

Toda la comida que llegaba era mala, pasaba una semana o dos y solo comíamos pollo tostado y espagueti sancochado, por eso nosotros discutíamos con los jefes.

Neybis reconoce algunas ventajas que sintió en su experiencia en Manaus, pues antes de la pandemia estaban en otro abrigo en donde él y su suegro eran caciques y ayudaron a la a los servidores públicos del refugio como traductores durante ocho meses. También les ayudaron a renovar las solicitudes de refugio.

Evelio y Casilda

Un año después de su llegada a Brasil, Evelio fue designado para ser uno de los cuatro caciques del recién inaugurado refugio en Pintolândia, en Boa Vista - RR. Poco tiempo después, describe Evelio, se daría cuenta de diversos conflictos internos en el refugio que provocarían la salida de diversas familias:

En mayo del 2016 llegaron más warao, ahí comenzaron los primeros enfrentamientos entre las familias. Inicialmente porque algunos caciques no querían que los abrigos recibieran a más gente ni aunque fueran warao. Luego, en abril llegaron 97 hombres criollos y ellos amenazaban a los warao y agarraban las cosas que eran del abrigo pero que eran para todos. Además, llegaban con bicicletas robadas [...] otros caciques se quedaban con las donaciones que llegaban. Diversos grupos warao no querían abrigos porque pensaban que así sería la manera más fácil de que el gobierno los buscara. Sin embargo, a finales del 2016 ya había dos abrigos para migrantes warao e incluso la gente comenzaba a viajar a otros estados.

Con la pandemia de COVID-19 las cosas cambiaron en Manaus, ya que los transfirieron a diferentes abrigos para mantenerlos aislados y la comida comenzó a incomodarles. Este es

uno de los aspectos determinantes para que decidieran viajar a Belém, así lo dice Evelio:

Fueron 4 meses comiendo lo mismo: pollo asado, arroz, y frijol. La gente comenzó a salir, nada más esperamos para juntar dinero. Los warao que están hasta São Paulo llegaron por su propia cuenta, así como todos los que están viajando.

Por otro lado, no solo la comida fue determinante, Evelio cuenta que en los abrigos de Manaus había muchos cursos dirigidos a ellos. Incluso él mismo se quedó seis meses ayudando a los pacientes y llevando a las embarazadas al hospital pues hizo un curso de promotor de salud, pero se quedó esperando un cargo en el cual le pudieran pagar, que nunca llegó:

Yo quiero trabajar, de verdad yo quiero trabajar, recoger basura o algo que se pueda, necesitamos trabajar. Así ninguno sale a la calle, eso es lo que siempre planteamos para la gente de la prefectura de Manaus, pero nunca se cumplía.

Aunque Evelio logró conseguir un empleo temporal en un salón de convivencia como ayudante general, ellos juntaron dinero y se vinieron a Belém.

Jeremías

Las experiencias de vida, de cierto modo controversiales al bienestar en la trayectoria de Jeremías, no acabaron ahí. Ellos fueron a Manaus, y según cuentan: “la comida era muy seca, los niños no comían”, y aunque ellos intentaban hablar con el personal encargado de los abrigos las discusiones siempre eran en portugués. Por suerte, Evelio y Celsio eran los intérpretes y eran ellos quienes intentaban transmitir las reclamaciones.

Por otro lado, Jeremías y Celsio fueron parte de los cinco waraos que trabajaron en el parque acuático “Manaus Hope”, repartiendo panfletos en el semáforo hasta las cinco de la tarde durante cinco meses, y dentro del parque ayudaron a los albañiles por cuatro meses más. Pero ellos firmaron un contrato en portugués que era por cuatro meses y creyeron que los cinco meses siguientes eran parte de ese contrato. El resultado fue que no les pagaron los meses que repartieron panfleto en el semáforo, conforme Jeremías lo dijo:

El dueño de ese parque no tuvo compasión [...] trabajé fuerte, agarraba sol, me dijo: Jeremías, a ti te voy a pagar los cuatro meses que tu estuviste dentro del parque y los cinco meses no te vamos a pagar [...]. Botaba como agua el sudor mío, llegó diciembre y no nos dio nada.

Celso explica que esa situación ocurrió debido a que no les hicieron una renovación de contrato y no les pagaron cinco meses de trabajo; unos porque no se dieron cuenta del periodo indicado en el contrato, y otros porque se confiaron pues ellos siguieron trabajando cinco meses más y el jefe no les dijo que su contrato estaba vencido.

El próximo viaje tenía destino a Belém. Jeremías y sus hijas llegaron a la ciudad junto con su cuñado Celso. Al darse cuenta de las condiciones y pocas oportunidades en la capital paraense, decidieron viajar hacia Fortaleza, en donde se encontraba la mamá de Jeremías y otros familiares. Sin embargo, cuando llegaron a Fortaleza, un mes después la mamá de Jeremías falleció pues no fue atendida oportunamente en el hospital.

Arminda y Celso

Para Arminda, los abrigos en donde han estado desde Pacaraima a Manaus la situación de la comida dificulta la alimentación de sus hijos porque no les gustaba. Especialmente a su hija Celimar, quién en el último abrigo en Manaus dejó de comer totalmente, y en esos días le diagnosticaron tuberculosis.

Y, por otro lado, Arminda habla acerca de las muchas personas en los abrigos: “Como había bastante, eso no me gustaba”. El aspecto del hacinamiento interfiere con diversos aspectos que pueden ser desde la intimidad sexual a las actividades generales de cuidado y aseo personal:

Teníamos dos chinchorros [hamacas] pegados, cerca de mi otra familia, y cerca otra familia. Hasta a mi misma me daba pena para hacer relaciones con mi esposo, bastantes niños, y aún así sale embarazada. Aquí estamos bien, cuarto por cuarto separados [...] Allá en Manaus en la cancha dormíamos en el piso en colchoneta, y ahí veía a los niños

teniendo relaciones, esas situaciones se daban cuando tomaban, y los niños lo ven, y dentro del abrigo.

Otra de las situaciones que ha llegado a ser difícil para Arminda es que ellos no pueden trabajar sin la compañía de sus hijos, saben que en la calle también hay riesgos, pero no se pueden quedar en casa solos: “Si yo consiguiera un trabajo puedo en una casa de familia, pero quien va a atender a mis hijos, quién los va a cuidar, y si él también trabaja. Eso se nos hace muy difícil.”

En otra de las pláticas con ellos, Celso decía que ellos reconocieron la diferencia entre grupos warao desde que llegaron a Brasil. Algunas de las características que él notó es que hay grupos que constantemente beben ron, esa situación generaba diversos conflictos, aunado al escuchar música con volumen muy alto, y también se generaban problemas con los responsables de los refugios. Además, Celso se dio cuenta de otras situaciones que acontecían en torno a la comunicación con los “jefes” brasileños.

Por otro lado, en uno de los abrigos en Manaus, Celso indica que una de las coordinadoras del abrigo entregaba acuerdos escritos en portugués a los warao para que ellos los firmaran. Celso afirma que ella pensaba que nadie de ellos sabía leer, y la coordinadora mandó llamar a una familia con quien había habido un problema debido al consumo de cachaça (alcohol de caña), les dio a firmar un documento en portugués para que fueran expulsados del abrigo, pero ellos no leyeron. Celso reclamó pues él alcanzó a leer y la coordinadora argumentó que era para recibir una dispensa. Celso resalta ese mismo procedimiento practicado anteriormente en el abrigo para expulsar a su hermano.

Este tipo de conflicto me recuerda una situación que conocí en el abrigo Tapanã, en el consultorio médico de ese lugar se acercó una mujer debido a un dolor fuerte de cabeza. Le pregunté si ella estaba bien y ella me dijo que su hijo estaba fuera del abrigo. En ese momento no entendí, la enfermera le dio un paracetamol y ella se fue.

Cerca de tres semanas después vi cuando tres familias parientas salieron del abrigo para irse a otro estado. En la puerta principal del abrigo salieron familiares a despedirlos, me quedé

esperando ahí con ellos hasta que al final se quedaron dos personas que no entraron al abrigo, uno de ellos era un chico de aproximadamente 20 años. Él tenía prohibido entrar al abrigo, me dijo que la coordinadora del abrigo hizo firmar a tres caciques un documento en portugués que ellos no entendieron, donde aceptaban que el muchacho fuera expulsado debido a su consumo de alcohol y el alboroto que había generado en una ocasión dentro del abrigo. Aunque el muchacho no negaba esos aspectos, él hacía énfasis en la manera en que fue expulsado, porque en los hechos los caciques no reconocían estar de acuerdo con la expulsión y eso lo discutieron con los responsables del abrigo, se sintieron engañados. Y, por otro lado, ese mismo día en el abrigo llamaron a la policía para que calmara la situación y rociaron gas lacrimógeno que terminó asustando a los niños e irritándoles los ojos.

Cabe tomar en cuenta que las situaciones de problemas intrafamiliares debido al consumo de alcohol son muy comunes, este es un aspecto que se repite todo el tiempo en los abrigos y también en las casas en donde rentan.

Los roces entre grupos, los malos entendidos con los responsables de los abrigos, la falta de empleo, la ausencia de privacidad, el disgusto con la comida, y la sensación de encierro obligado debido a la pandemia de COVID-19, son los aspectos que llevaron a Arminda y a Celso a viajar para Belém y no con el plan de ir a un abrigo sino rentar. Arminda lo tenía muy claro: “yo ya he vivido dentro de un abrigo por eso no quiero entrar dentro de un abrigo”.

Cuando Arminda y su familia llegaron a la ciudad, Evelio ya estaba ahí, por ese motivo no hubo dificultad para establecerse en Campos Sales. En una ocasión fue junto con Evelio al refugio Tapanã a preguntar las condiciones y tomar una mejor decisión. Otros warao les dijeron que ahí la gente comía lo que los encargados de refugio les daban de comer. En ese momento esa respuesta fue definitiva, por eso prefirieron quedarse en Campos Sales.

La estancia en aquella casa fue corta porque la renta les pareció muy cara, les cobraban 25 reales por día a cada familia, además, era una casa muy insegura, en varias ocasiones entraron brasileños que vivían en situación de calle y les pidieron dinero. La reja de la entrada principal no tiene chapa, sino una cadena que queda atravesada y aparenta estar cerrado. La

intención de comprar un candado y mandar hacer varios juegos de llaves, es una actividad que al momento no se asumía.

El plan para la familia de Celso era continuar viajando hasta llegar a Fortaleza, pues los familiares que están allá les dijeron que juntan una buena cantidad de dinero cuando salen a pedir, esa fue una de motivaciones para Arminda:

Yo voy a estar reuniendo, reuniendo, 40, 50 mil, vamos escuchar cómo está Venezuela para regresarnos. Aquí me gusta, pero el problema es que nuestro país es Venezuela, quiero pues, porque queremos irnos para allá con mis hijos. Así estaba pensando.

Con respecto a las decisiones que llevaron a salir de los abrigos, irse a otros estados y vivir pagando renta, de cierto modo, se comprueba lo que registran las informes antropológicos ya realizados: alimentación escasa e inadecuada, reunión familiar, para buscar oportunidades laborales, y por conflictos internos entre grupos y falta de privacidad. Cabe enfatizar que la pandemia por COVID-19 como una contingencia afectó la manera en la que los refugios fueron administrados. Especialmente los warao que llevan más tiempo viviendo en el país notaron la diferencia, pues comenzaron a hacinar a las personas en refugios en lugar de disponibilidad varias casas en donde pudiesen convivir grupos warao específicos. Ante la recomendación de no salir de los abrigos, los conflictos entre grupos se agravaron, así como se agravó la presión por la falta de inserción laboral. En Manaus las personas están más tiempo en los abrigos y es en ese estado en donde las familias entrevistadas percibieron mayor enfermedad en las personas o agravamiento de ellas, incluyendo muertes, como la de los chamanes *Wisiratu*.

El alcohol es una práctica que se convirtió muy común en los caños, principalmente en las fiestas de navidad y de fin de año, y hay gente que bebe ron con mucha frecuencia, sin embargo, en los abrigos el alcoholismo resultó desventajoso para la convivencia entre los grupos, pues hay quienes beben más que otros y las peleas intrafamiliares, así como la música con volumen alto incomodan a quienes prefieren descansar. Resalta que, en el refugio Tapanã

no había ninguna estrategia para discutir y actuar con respecto al alto consumo de alcohol, pero sí se reconocía que era un problema importante acompañado de violencia intramarital. Por comunicación con el grupo, supe de algunas de las experiencias del CnaR cuando iban a las casas de los warao que rentan, pero que en ese momento no había nadie; la mayoría de las ocasiones de debía a los horarios en los cuales las personas salen a pedir dinero, pues comúnmente ellos se encuentran en sus domicilios a partir de la tarde. Sin embargo, en otras ocasiones, el CnaR encontró a casi todas las familias alcoholizadas con excepción de los niños. En un par de ocasiones me reuní con una familia, pero ellos estaban en estado de ebriedad, no obstante, también vi mujeres embarazadas alcoholizadas. Cabe reconocerse que, antes los problemas intramaritales entre los warao, como golpear a una mujer, era un delito, el cual el cacique como aconsejador intervenía para impartir justicia (Croes *et al.* 2004), pero los caciques en Brasil, ya sea en los abrigos o en las casas en donde rentan, actúan como agentes de interlocución, y las unidades familiares son responsables de sus actos. Es decir, detrás de aquellos comentarios acerca de la violencia ejercida hacia las mujeres warao cuando ambos están alcoholizados también debe considerarse que tales actitudes son consecuencia de los cambios de estructura jurisdiccional tradicional por la intervención de la estructura de gobierno nacional en su país y la introducción del alcohol en el Delta por parte del sector industrial. Y, por otro lado, el consumo de alcohol en exceso también debe ser contextualizado en un proceso de migración, pues es uno de los comportamientos de riesgo para la salud enfatizados por las experiencias de pérdida, ruptura y cambios que, por el contrario, son incompatibles con las condiciones de acogimiento, como lo sugiere Natalia Ramos (2008):

“Los migrantes son obligados enfrentan el aislamiento, la soledad, la inseguridad y la incomprensión, a abandonar a la familia, a los amigos, los lugares conocidos y seguros para enfrentar, no solo una nueva cultura y lengua, nuevos hábitos culturales, sociales y religiosos sino, muchas también la hostilidad, la discriminación, la inseguridad y la indiferencia de la población, factores que van a influenciar en su calidad de vida y salud física y mental, particularmente en la depresión, tanto de los niños, como de los adultos” (Ramos 2008, traducción propia).

Con respecto a la cuestión del idioma, aunque los warao en Brasil han pasado por situaciones de incomprensión lingüística, entre ellos reconocen que este hecho no ha sido una barrera para que sean autónomos en su desplazamiento interno por el país. Ese hecho los hace reconocerse como indígenas warao a los otros estados a donde van mostrando resistencia en su idioma y mucha perspicacia, aunque cabe resaltar que conforme pasan los años incorporan palabras utilizadas en Brasil mientras hablan en español, por ejemplo: moça, rapaz, ônibus, abrigo, frango, peixe, tá bom, entre otras.

Por otro lado, la carencia de entendimiento entre las familias y los responsables de los albergos, reflejado en las soluciones asimétricas con medidas de expulsión de personas y acuerdos escritos en portugués y discusiones en portugués, e incluso situaciones que fueron consideradas engaños, son algunos aspectos que también mencionan ser parte de la salida de los refugios.

Cabe reconocer la participación de los caciques en los refugios, quienes son hombres, hablan bien español y entienden el portugués hablado, ellos son reconocidos por los grupos warao, pero inicialmente también son impulsados por los responsables de los refugios cuando se dan cuenta que alguien tiene mayor facilidad de palabra. Los caciques poco a poco fueron destacados como actores que median las decisiones y las acciones socioasistenciales realizadas en los refugios, y a la vez esos cargos de interlocución es una forma de involucrarse políticamente asegurando y administrando los bienes que son donados u otro tipo de servicios que son ofrecidos. Algunos de ellos, con el tiempo portan camisetas con la insignia ADRA (Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais) o de UNICEF. Cabe cuestionar que inicialmente no se les pagaba a aquellos que se encargaban de diversas labores de apoyo, aunque por otro lado recibían certificados por los cursos que recibían, pero el problema para Evelio, por ejemplo, era que las oportunidades laborales reales no llegaban pese a que en los refugios les prometían que llegarían. Los caciques esperaban oportunidades remuneradas y no las obtenían, ni teniendo sus certificados, por ejemplo, de monitores de salud. Decepcionados ante la falta de cumplimiento de los responsables de los refugios en Manaus sobre las oportunidades laborales, Celso y Evelio narran una experiencia de

explotación laboral no remunerada por un contratante brasileño, situación de la cual no pudieron defenderse.

Especialmente en el 2021 supe que ONGs, como ADRA ya comenzaban a pagar por el apoyo de los caciques warao en Belém, quienes son solicitados para acompañar las labores en diferentes localidades de morada de personas warao, especialmente ADRA, sin embargo, conforme me comentó una mujer warao, algunos warao que fungían como caiques serían puestos a competir para ganar una plaza para ayudar en una nueva labor de la ONG que sería sobre alimentación, situación que los ilusionaba en medio de un contexto en donde todos desean tener algún trabajo.

v. Consideraciones

La enfermería del abrigo de Tapanã se tornó el punto de intersección de los resquicios de las condiciones premigratorias con las que estas familias viajan, en donde los rostros mostraban el malestar de síntomas exacerbados por el trayecto de vida que los hizo llegar hasta ahí, pero también por las situaciones que enfrentan como migrantes en el país. Algunos aspectos con respecto a uso de los servicios de salud en el refugio Tapanã, encontramos que, la falta de inserción laboral y desempleo, falta de movilidad en la ciudad acerca de puntos estratégicos, como farmacias económicas, alimentación insuficiente e inadecuada, hambre, hacinamiento masivo, conflictos intergrupales y con el personal de los refugios son aspectos que atraviesan del modo de vivir dentro los refugios y constantemente son mencionados por las personas que se acercan a la enfermería.

Aunque poco a poco hay mayor número de familias con la documentación completa en Belém, a veces no ha sido suficiente para acceder a los servicios de salud; la credencial con la cual pueden acceder al sistema de salud, “Cartão Nacional de Saúde”, no ha sido suficiente para que las personas se acerquen por sí mismas a los centros de salud, “Unidades Básicas de Saúde”. Aunque el CnaR es el sector que brinda atención especializada en salud para la población warao de Belém, por otro lado, no existe alguna estrategia para que estas familias

alcancen autonomía en el uso de los servicios del sistema de salud.

Se resalta la importancia de fortalecer la salud sexual y reproductiva y del embarazo de las mujeres en tránsito migratorio, ya que algunas de ellas, especialmente jóvenes, manifiestan deseos de utilizar métodos anticonceptivos mientras se encuentran en Brasil. Otras mujeres muestran preferencia de llevar a cabo sus partos en sus domicilios; se desconoce si estas mujeres prefieren terapias prenatales y posparto específicas. Además, dado que fue dada a conocer la epidemia de síndrome de VIH en varias comunidades del delta del Orinoco, una vez que los warao llegaron a Brasil se ha asociado a este sector migrante con este síndrome. Y aunque constantemente son abordados para ser inmunizados y para realizarles pruebas rápidas para detectar infecciones sexualmente transmisibles es importante fortalecer las estrategias para prevenir enfermedades debido a las relaciones sexuales desprotegidas, y de esta manera evitar el doble preconceito; hacia el sector migrante o refugiado como personas potenciales en la transmisión de enfermedades, y además indígenas que carecen de hábitos de higiene (Nogueira 2019).

Con respecto a las observaciones en la enfermería se considera que es necesario abordar de cerca las prácticas de cuidado y las preferencias terapéuticas de las familias warao en Belém, para promover estrategias y planes basados en la información dada por las familias, y de esta manera promover, alternativas que se adecuen a sus necesidades de salud. Ya que las políticas de salud en el acogimiento de las personas migrantes “refugiados”, difícilmente considera las preferencias terapéuticas de los beneficiados, y en consecuencia en los refugios existe limitaciones terapéuticas. Sin embargo, debe considerarse que, los hábitos de salud, las técnicas de atención y cuidado y el uso de terapias específicas son relativos a los sistemas de salud⁴⁸ con valores y conocimientos propios, que, de no considerarse se refuerzan las

⁴⁸ El sistema de atención a la salud es un modelo conceptual y analítico que auxilia la sistematización y

argumentaciones del racionalismo científico en donde la diferencia cultural se juzga en función del sistema cultural y el sistema de salud aprendido por el profesional de la salud (Langdon y Wiik 2010).

Aunque en el proceso de acogimiento el gobierno federal de Brasil reconoció a los warao como un grupo a quien debe proteger por ser refugiados e indígenas, la estancia en los refugios no ha sido fácil, y de cierto modo también ha sido aprendizaje para mejorar la coordinación y atención en los refugios de migrantes indígenas en donde decenas de familias son acogidas y no tiene deseos de salir de ellos, incluso algunas personas manifiestan deseos de permanecer en Brasil. Sin embargo, la vida de los warao como refugiados en Belém debe pensarse más allá del asistencialismo porque otras dinámicas son desarrolladas, como lo es la del estigma del refugiado, se mantiene una clara división acerca de quienes son ellos con respecto al resto de la sociedad, en la cual se normaliza un sector que vive de manera precaria y angustiada, en ese sentido cobra relevancia conocer acerca de lo que es vivir en un refugio de migrantes.

Las familias que se presentan en este escrito, es gente que lleva en Brasil más de cinco años, todos ellos han vivido en más de tres abrigos, y todos ellos concuerdan en una cosa: el deseo de vivir fuera de los abrigos. Entonces, ¿por qué salieron de los abrigos? y ¿por qué se fueron a otros estados? Los relatos son claros: para evitar los abusos y malentendidos con los

comprensión de los elementos experimentados en una determinada sociedad, el sistema de atención a la salud reúne: “los conocimientos sobre los orígenes, causas y los tratamientos de las enfermedades, las técnicas terapéuticas, sus practicantes, los papeles, patrones y agentes en acción en este “escenario”. A estos, se suman las relaciones de poder y las instituciones dedicadas a la manutención o restauración del “estado de salud”. Este sistema es amparado por esquemas de símbolos que se expresan a través de las prácticas, interacciones e instituciones; todos coinciden con la cultura general del grupo, que, a su vez, sirven para definir, clasificar y explicar los fenómenos percibidos y clasificados como “enfermedad” (Langdon y Wiik 2010: 182).

encargados de los abrigos, evitar las discusiones con otros warao, evitar el hacinamiento y falta de comodidad en un espacio de descanso, y porque quieren lo que les gusta comer. Se van a otros estados porque cuando encontraron oportunidad laboral fueron víctimas de abuso de poder, y ante la imposibilidad de regresar a su país porque la situación en Venezuela no ha mejorado para ellos, se reúnen con sus familiares que han llegado a otros estados y quizá, les va un poco mejor. Sin embargo, todo comienza de nuevo, pues deben enfrentarse a la burocracia constante en la policía federal y solicitar nuevamente los programas sociales en cada estado a donde van.

Con respecto a los sentires, vivencias y pesares durante la fase de movimiento de estas familias ellas mencionan la nostalgia de sus comunidades, la fragmentación familiar, el proceso de duelo por la muerte de familiares, muestran sorpresa por la muerte de personas *wuisitaru* que vinieron a Brasil, sorpresa de que la “gente que sabe” haya salido de su país, cansancio, hambre, enfermedades que arrastran desde sus comunidades y que a veces se expresan con mayor intensidad en los refugios, atravesar todas esas situaciones junto con los hijos y el cambio de vida para ellos, la preocupación de tener que enviar dinero a sus familiares, los cambios en la vida cotidiana, como alimentación y nuevos conflictos sociales. Su situación laboral es todavía más crítica que la del grueso de migrantes que logran entrar en la mano de obra migrante en todo el país, pues no hay ninguna estrategia de inserción laboral para estas familias que impida que sea haya convertido en un grupo amplio de personas indígenas de Venezuela cuya principal fuente de ingresos es la colecta diaria de dinero en las calles. Y así, como otros migrantes, cuando logran conseguir un empleo la gente es sobreexplotada laboralmente, colocada en inseguridad en el trabajo, y además recibiendo salarios ridículos que impactan directamente en su salud (Eberhardt y Miranda 2019).

Los warao se esfuerzan en un nuevo trabajo que es pedir dinero en las calles, pues ante el futuro incierto ellos tienen claro que no regresarán pronto a Venezuela por lo que una de sus metas es juntar dinero, para enviar a sus familiares y para regresar después. La comunicación con sus familias de Venezuela es constante y no existe una desvinculación tajante con sus tierras, pues es una migración forzada cuyas motivaciones son múltiples. Ante

la ausencia de una posible fase de retorno a su país, se transforma en otras fases de movimiento con una estrategia propia de interiorización nacional en Brasil, esto involucra otros movimientos de entrada e incluso permanencia, lo que refleja la transmutación de las motivaciones (Anselmo 2021) que, de cierto modo, son determinadas por las experiencias de vida en el país y lo que ellos desean y esperan para su bienestar como migrantes.

Por otro lado, a través de las experiencias y anécdotas acerca del movimiento hacia Brasil y las motivaciones de las familias que los llevan a otros lugares, aprendemos sobre los aspectos que dirigen las formas de habitar, de moverse en el nuevo territorio en el que aprenden a conocer en su peregrinar (Ingold 2013) de estas familias como migrantes en la ciudad. Además, vemos que el paternalismo punitivo en las actividades de acogimiento gubernamental ha propiciado la subjetivación de los warao al buscar por ellos mismos su participación en las sociedades de destino, enfrentándose a las diversas situaciones cotidianas de la migración (Acevedo y Ferreira 2020).

Finalmente, como aquellos informes realizados con respecto a los padecimientos de la población warao en el delta del Orinoco (Mantini-Briggs 2018; Araujo-García *et al.* 2020) y migrantes (Mayo 2007; Silva *et al.* 2020), este abordaje contribuye a la ampliación del conocimiento acerca de las condiciones que comprometen la calidad de vida de los warao durante el transito migratorio. Todo lo anterior evidencia los daños a la salud de las personas, por causa del desplazamiento forzado de una población indígena de sus territorios a otro país.

IV. PRÁCTICAS DE CUIDADO EN LA TRANSITIVIDAD MIGRATORIA DE LOS WARAO EN BELÉM

Cada persona de cualquier sociedad está vinculada con prácticas de cuidado, terapias y tratamientos individuales y sociales para evitar o curar las enfermedades, estas prácticas también son realizadas para alcanzar o mantener los estados de vida que las sociedades estiman para sí mismas. La antropología simbólica y procesual ocupó un espacio relevante en las investigaciones sobre antropología médica en Estado Unidos, las principales influencias fueron Clifford James Geertz, Victor Turner y David Schneider (Langdon 2014b: 1022). Gran parte del planteamiento inicial partió de las investigaciones del médico, psiquiatra y antropólogo Arthur Michael Kleinman en la década de 1970, autor que hasta hoy continúa siendo mencionado en la antropología médica. Según Langdon, el trabajo que Kleinman realizó fue construir un paradigma interpretativo sobre la medicina como sistema cultural. Parte de la obra de Kleinman propone entender la enfermedad como una construcción sociocultural,⁴⁹ y desarrolló la noción de sistemas de salud construido culturalmente, en donde interactúan los conocimientos, orígenes, causas y tratamientos de las enfermedades, las prácticas terapéuticas, los practicantes, los terapeutas, así como las instituciones (Langdon y Wiik 2010; Langdon 2014b). De este modo, el enfoque de Kleinman se centra en que los procesos simbólicos forman un puente entre la realidad social y la realidad psicobiológica mediante la experiencia del sujeto en los procesos de enfermarse y curarse (Langdon 2014b: 1022). Esto resulta sustancial porque dio paso a diversas discusiones en torno a las nociones de eficacia y cura en las prácticas terapéuticas y religiosas. Y contribuyó a cuestionar la

⁴⁹ Obras como: *Some issues for a comparative study of medical healing* (1973) y *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems* (1973).

exclusión de los factores sociales, psicológicos o espirituales y su impacto en la experiencia de la enfermedad en el proceso terapéutico (Langdon 2014b: 1024).

Según Morgado (2018), Kleinman tiene relevancia en los estudios sobre trayectorias terapéuticas porque comenzó sus trabajos estudiando la diversidad terapéutica, diferenció los sistemas de cuidado de salud locales, resaltó el componente de la automedicación observado en el pluralismo médico y la combinación de fármacos de diferentes orígenes frente a un mismo episodio clínico, también describió la negociación en la decisión terapéutica y las transiciones de terapia en torno a los modelos de explicación de la enfermedad y la convivencia con la biomedicina (Morgado 2018: 67). Sin embargo, el trabajo de Kleinman ha sido criticado porque según Michael Taussig falta discusión en torno a la influencia de la contingencia histórica y las condiciones económicas en sus modelos (Langdon 2014b). Morgado resalta que dos décadas después la discusión ha tenido continuidad en el trabajo de Didier Fassin (1992), Rabià Hamidi (2015) y Peter J. Brown y Closser Svea (2016), en donde las dificultades económicas ocupan un papel importante en los procesos terapéuticos y en los conflictos familiares (Morgado 2018: 68). No obstante, el enfoque cultural de los sistemas de salud ayuda a sistematizar la definición de los procesos terapéuticos en una sociedad, además contribuye a facilitar el diálogo con los profesionistas de la salud y sugiere evitar posturas discriminatorias ante la diversidad cultural y la diversidad terapéutica, ya que en una sociedad puede haber tantos sistemas de atención a la salud como diversidad de grupos y culturas, como en Brasil (Langdon y Wiik 2010: 182).

i. Enfoque crítico y antropología de la salud latinoamericana

Según Ester Langdon, el relativismo cultural de la antropología aplicada en Estados Unidos, que dio origen a la Antropología Médica en ese país después de la Segunda Guerra Mundial, no evitó que la biomedicina continuará siendo considerada “la ciencia única para identificar, entender y tratar las enfermedades” (Langdon 2014b: 1021). Esto debido a que la identificación de prácticas y creencias culturales se consideraban obstáculos para la

aceptación de proyectos de desarrollo y salud, y las medicinas complementarias fueron deslegitimadas con relación a la hegemonía de la biomedicina (Langdon 2014d).

Barbara Kazianka (2012) relaciona la coincidencia entre los programas de desarrollo con las teorías de la modernización en la década de 1970. Según la autora, en esa época la biomedicina estaba institucionalizada mundialmente a través de la Organización Mundial de la Salud bajo las normas científicas obligatorias para la ciencia de la biomedicina, es decir no se debatía en torno a la globalización, y se promovía un sistema de salud uniforme y homogéneo al estilo de vida estadounidense. Estos aspectos han generado discusiones en torno a los efectos de la actuación global de la biomedicina y la aplicación de ella por parte de los profesionales y de las instituciones locales (Kazianka 2012). Morgado (2018) reconoce que en esa misma época avanzaba un proceso de crecimiento acelerado de la pobreza y la incidencia del VIH-sida, y con ello la privatización de los sistemas de salud. Por esos motivos en las últimas dos décadas del siglo XX la respuesta fue el aumento de prácticas terapéuticas (Kazianka 2012; Morgado, 2018), y con ello se aprecia la reinención y reactualización de los cuidados médicos locales en contextos políticos, económicos y sociales adversos (Morgado 2018).

Eduardo Menéndez (2012) explica que ante las propuestas bioracistas utilizadas por el fascismo alemán y de varios países nacionalistas surgió una masa crítica entre la década de 1939 y 1940 con estudios cualitativos sobre relativismo cultural con respecto a las enfermedades, y ponderaban la eficacia de las prácticas curativas tradicionales y la dimensión colectiva de los padecimientos, algunos de estos autores fueron: Marcel Mauss y Margaret Mead, quienes desataron el interés acerca de los estudios sobre el cuerpo; Georges Balandier y Frantz Omar Fanon sobre la situación colonial y los impactos del colonialismo; Ernesto de Martino analizó las relaciones hegemónicas y de subalternidad de los procesos simbólicos en la salud, la enfermedad y la atención en Italia; y Émile Durkheim es una referencia sobre la epidemiología sociocultural en su trabajo sobre el suicidio. A mediados de la década de 1970 en Estados Unidos había toda una corriente sobre medicina social, pero no incluía los procesos simbólicos (Menéndez 2012). Por otro lado, la medicina social latinoamericana es un

movimiento de investigación académica de vertiente crítica desde 1960, y es todo un referente para conocer las propuestas teóricas y metodológicas que retomaron algunos conceptos de la teoría marxista para considerar la reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras, como categorías de análisis dentro de las investigaciones (Iriart *et al.* 2002). Aunque había posturas fuertemente economicistas y estructuralista (Menéndez 2012). En Brasil estas investigaciones ocurrieron en el ámbito de la Salud Colectiva, y hubo un gran avance en el país principalmente en el contexto de la Reforma Sanitaria Brasileña en 1980 (Langdon 2015).

Estos movimientos políticos y académicos influenciaron en el desarrollo de la antropología de la salud en Brasil, diferente al desarrollo de la institucionalización y la diversidad de temas de estudio que había en Estados Unidos. Antes de la década de 1970 cuando se llevaba a cabo la internacionalización de la antropología médica como un campo altamente especializado en cuanto a sus enfoques y diversidad de estudios en Estados Unidos, en Brasil todavía imperaba un discurso ideológico de valoración negativa hacia la etnografía indígena: no siempre se incluían aspectos relativos a la salud y la enfermedad en esas monografías y cuando se hacía eran acríicas. Además, cuando se llegaba a investigar acerca de creencias y prácticas médicas en sociedades rurales y urbanas, la información era tratada como folklore, atraso cultural e ignorancia (Fleischer y Sautchuk 2012). Sin embargo, este panorama se modificó a partir de la década de 1970 cuando comenzó un proyecto que inauguró investigaciones sobre salud en el ámbito de la antropología social de la Universidade de Brasília y del Museu Nacional, cuya agenda de investigación en salud se delineó a partir de pocas referencias y debates que circulaban en la antropología médica de los Estados Unidos.

Langdon (2014b) opina que aunque la antropología médica crítica estadounidense (Hans Baer y Merrill Singer) y la perspectiva interpretativa crítica (Nancy Scheper-Hughes y Margaret M. Lock) son enfoques interesados en analizar los procesos de salud y enfermedad como consecuencias de la globalización y de estructuras político-económicas, en América Latina ha sido más influyentes las corrientes de pensamiento de la Escuela de Frankfurt, Michel Foucault, Antonio Gramsci, Tullio Seppilli, Gilles Bibeau, Didier Fassin, y Eduardo

Menéndez, quienes han contribuido a reconocer que las condiciones de salud y las prácticas de las personas son resultantes de los procesos hegemónicos y de las fuerzas de poder. Esto debido a los procesos históricos y políticos particulares en la región, los cuales se relacionan con el desarrollo de las ciencias sociales que emergieron y se consolidaron en el siglo XX preocupadas con las realidades sociales y económicas de sus países (Langdon 2014b).

Por otro lado, durante la época de 1970 fue notorio el interés por los aspectos simbólicos del cuerpo debido a la influencia de las obras de teóricos franceses y de la antropología simbólica en la antropología brasileña, entre ellos: Émile Durkheim, Marcel Mauss, Mary Douglas, Victor Turner y Clifford Geertz. Por tal motivo, se puede decir que a partir de tales influencias la antropología brasileña construyó el paradigma dominante sobre cuerpo y salud desde la década de 1980. De este modo, la atribución de la antropología de la salud brasileña con estas tendencias ha sido enfatizar el “aspecto relacional de la enfermedad y las diferencias en la construcción de persona en contextos sociales diferentes” (Langdon 2014b: 1023).

Langdon resalta que en esta ola de posturas teóricas en antropología fue notorio el interés en las narrativas que son generadas de la experiencia de la enfermedad, por lo que en Brasil se ha retomado el trabajo de algunos exponentes como Byron Good, Thomas Csordas y Fernando Dias Duarte, entre otros, quienes a partir de la psicología y de la fenomenología escribieron acerca de la experiencia corporal de la enfermedad (Langdon 2014b: 1024). Langdon resalta que las narrativas se relacionan a las nociones corporales, etiológicas, cosmológicas, y también revelan los procesos sociales relacionados con la enfermedad y con la dinámica de búsqueda de cura (Langdon 2014b: 1024).

La antropología de la salud en Latinoamérica nace en un contexto de posturas críticas de intelectuales y movimientos políticos que dieron paso a la medicina social. El pensamiento crítico de la antropología de la salud ha sido alimentado por discusiones en torno al carácter hegemónico de la biomedicina, los impactos del colonialismo, la subalternidad de los procesos simbólicos y las creencias de los pueblos, el carácter discriminatorio de los profesionales de salud, las fuerzas de poder que actúan sobre las condiciones de salud de las personas, y la idea

de que la cultura es un obstáculo para la comunicación, para los programas educacionales, las campañas de salud y para los proyectos de desarrollo (Langdon 2014b). Cabe resaltar que las etnociencias también han contribuido al acercamiento de los sistemas de cuidado, actualmente varios conceptos resaltan la bioculturalidad que se explica en sí misma con base en la cosmovisión de los pueblos, en el conocimiento tradicional y en el uso y manejo de recursos. Estos avances tienen gran impacto no únicamente para las etnociencias, sino también en los alcances en la defensa de los territorios indígenas, y por el reconocimiento del conocimiento tradicional, las políticas indigenistas y la interculturalidad (Pérez Ruiz y Argueta 2019). Con respecto a la sistematización de los sistemas de cuidado, el trabajo de Egleé Zent sobre la *ecogonía* (2014) es un claro ejemplo de la filosofía de la vida de un grupo indígena del Amazonas venezolano, los Jotí.

No obstante, con el interés de continuar explorando una de las herramientas propuestas en el campo de la antropología de la salud para acercarnos a los sistemas de cuidados, a continuación, se estudiará el significado de los itinerarios en donde Esther Langdon reafirma la importancia de las narrativas que revelan los procesos sociales relacionados con la experiencia de la enfermedad y las dinámicas de la búsqueda de cura (Langdon 2014b).

ii. Enfoque sociocultural de los itinerarios terapéuticos en perspectiva de Esther Langdon

Esther Jean Matteson Landgon en su tesis de doctorado de 1970 exploró los itinerarios terapéuticos en una comunidad del pueblo Siona de la amazonia colombiana. Se considera que esta autora es una de las pioneras en estudios sobre chamanismo en las Tierras Bajas de América del Sur y contribuyó al conocimiento de los pueblos indígenas de esa región (Rose 2016). Además, Langdon también es pionera en el estudio sobre itinerarios terapéuticos desde la antropología y se ha convertido en una referencia importante acerca de la salud indígena en Brasil.

Considerar que la medicina es un sistema cultural es una postura teórica con la cual es posible comprender las decisiones terapéuticas en el proceso de una enfermedad.⁵⁰ En el caso de la medicina siona, como sistema chamánico, es un sistema cultural que puede ser comparado con la religión, ambas tienen una gran preocupación humana ligada al significado de la vida; los siona buscan las causas últimas (místicas o sobrenaturales) que interrumpen el ritmo cotidiano y ellas tienen gran relación con los acontecimientos invisibles que impactan su vida (Langdon 2014a: 245).

Langdon vivió cerca de cuatro años en el resguardo de Buena Vista, al borde del río Putumayo. La finalidad de su investigación era definir el sistema médico siona y explorar las prácticas terapéuticas en casos específicos de enfermedad. Al paso de su estadía se dio cuenta de que en ese lugar había un “chamanismo sin chamanes” (2014a: 258):

⁵⁰ Langdon se basó en las categorías analíticas ‘cultura’ y ‘sociedad’ propuestas por Geertz (1957) —la cultura es un sistema ordenado en cuyo plano hay significados, símbolos, creencias, sentimientos e ideas, cuyos términos tienen lugar en la integración social; y el sistema social es la estructura de la interacción social misma (Langdon 2014a). La adopción de las cualidades de la cultura ocurre a lo largo de la vida de los individuos que son gradualmente socializados. Esto es lo que transforma a los individuos en personas, <<la socialización de los individuos es responsable por la transmisión del por qué hacer>> pues permite entender la integración y la lógica de una cultura que nos ofrece una visión del mundo y de cómo actuar en él (Langdon 2014a: 181)— y en la lectura de Geertz y Victor Turner con respecto a los eventos externos y la experiencia corporal que son el contexto sociocultural en el que los actores vivencian y experimentan la enfermedad, y en ese entorno surgen las decisiones sobre las prácticas de cura (Becker *et al.* 2009; Langdon 2014a). Victor Turner en sus estudios con los Ndembu de Zambia reconoció que las instituciones colonizadoras influyen en la capacidad de transformación de los rituales terapéuticos populares debido al contacto con las infraestructuras modernas (Kazaka 2012).

“los siona no tenían curacas⁵¹ que condujeran los rituales de yagé⁵², y se lamentaban por la pérdida de protección y de mediación con su cosmología chamánica. Cuando era necesario, buscaban curacas de otros grupos, como los inga o los kofán” (Langdon 2014a).

Esto no significó que Langdon no pudiera conocer el chamanismo siona, pues encontró a dos personas quienes serían importantes en su investigación, principalmente Ricardo, quien fue un profundo conocedor del chamanismo tradicional, hijo de un curaca. Y Pacho, quien nunca fue un líder cacique curaca, no pasó a través del aprendizaje chamánico tradicional, y no fue considerado curaca por los siona durante décadas, sin embargo, siempre fue un importante intermediario entre estos con el mundo no indígena, y a partir de la década de 1990 se convirtió en un chamán popularizado internacionalmente.

Uno de los últimos viajes realizado por Langdon al Putumayo en 1992 fue muy marcante para ella al ver tantos cambios entre las personas, en el paisaje y en las historias. Se encontró con una población siona con mayor pobreza, aunque con acceso a electricidad y a productos fabricados, algunos estaban envueltos en la dinámica económica y social del tráfico de cocaína. Por otro lado, en el lugar había enfrentamientos entre guerrillas y paramilitares. Los siona eran constantemente violentados y algunos de ellos habían sido asesinados por paramilitares.

⁵¹ El cacique curaca tiene “el rol de liderazgo de chamán que guía a la comunidad en los rituales de yagé y que hace de intermediario con los seres invisibles para lograr buenas cosechas y éxito en la cacería, para protección contra brujería y para efectuar curaciones” (Langdon 2014: 258). En yagé es una infusión amarga preparada con la liana del yagé (*Banisteriopsis caapi*).

⁵² El yagé es conocido internacionalmente como ayahuasca, término de origen quechua, y en Brasil su uso está ampliamente vinculado a prácticas neochamánicas y en las religiones del Santo Daime y de la Unión Vegetal (Langdon 2014).

También había cambios ecológicos importantes debido a la extracción petrolera en el lado ecuatoriano del río, e incluso enfermedades extrañas estaban apareciendo entre los niños, y Ricardo había muerto a causa de brujería. Estos son algunos aspectos que han marcado la actividad chamánica siona, muy diferentes a un chamanismo casi extinto como Langdon llegó a pensar. En ese sentido, la autora sugiere considerar las rupturas y dialogar más con la teoría y la escritura etnográfica para tomar en cuenta asuntos de mayor dimensión dentro de la antropología (Langdon 2014: 269).

Finalmente, se puede considerar que los itinerarios terapéuticos son las prácticas terapéuticas escogidas por la persona enferma o su entorno familiar en la búsqueda de cura de una enfermedad. Cada uno de los tratamientos: rituales chamánicos, nativos o no nativos, hierbas, cantos, medicamentos farmacéuticos, entre otros, son parte del itinerario terapéutico y actúan para la cura de las causas de la enfermedad las cuales pueden ser diversas (Langdon 2014a). Los itinerarios terapéuticos que la autora describe se centran en la búsqueda de cura de enfermedades, y de cierto modo una de las contribuciones en su estudio es resaltar la relevancia de la negociación en las decisiones terapéuticas, porque aunque según sus resultados el sistema cosmológico siona orienta en la comprensión de los eventos del entorno y la toma de decisiones, siempre hay desacuerdos sobre las causas de un padecimiento y las decisiones muchas veces depende de la experiencia y la posición social de las personas involucradas en el caso (Langdon 2014a).

La orientación antropológica de Langdon le permitió comprender la construcción sociocultural de la enfermedad y la cura, y mediante la expresión narrada encontró el entramado que interviene en la toma de decisiones acerca de las prácticas terapéuticas. También se dio cuenta que el desconocimiento sobre estos itinerarios es parte del prejuicio hacia otros sistemas médicos. Y aunque ella indica que tuvo limitaciones en su análisis y descripción, cabe destacar que continúa siendo un gran aporte que el sistema médico y las prácticas terapéuticas no continúen siendo fragmentadas y apartadas de aquellos aspectos que le dan significado a la vida de las personas. Sugiere considerar las rupturas para abarcar más dimensiones en antropología, de cierto modo, esas rupturas son parte de la emergencia

de eventos inesperados que al momento pueden ser poco evidentes, pero podrían ser parte de la narración histórica que es evidencia de los conflictos, pero también las reinventaciones, como lo fue el resurgimiento del chamanismo siona en un contexto de violencia.

iii. Hacia el estudio de las prácticas de cuidado

Latinoamérica comparte un escenario en donde hay enfermedades endémicas, diversos tipos de violencias que impactan la vida de las personas, desnutrición, abuso de sustancias, enfermedades crónicas, cambios ambientales y territoriales, suicidio, mortalidad infantil, entre otros, “causados por la subordinación política histórica, explotación económica, discriminación social, marginalidad e inadecuación de atención en salud” (Langdon y Cardoso 2015:11). Así, la antropología interesada en los aspectos de salud ha intervenido en la creación de modelos interdisciplinarios para las políticas de salud (Langdon 2014a: 12). Uno de ellos es el modelo de atención a la salud desarrollado por el antropólogo médico Eduardo Luis Menéndez Spina, un modelo que dialoga políticamente la salud en Latinoamérica en contextos etnográficos específicos (Langdon 2014b). Menéndez construye este modelo a partir de las reflexiones del estructuralismo durkheimiano y el historicismo de Max Weber (Menéndez 2012). El interés antropológico de este autor es estudiar las prácticas sociales para entender el proceso de ellas, el autor propone un enfoque relacional que articula la estructura, la cultura y la mayoría de los actores significativos que tienen que ver con el proceso de prácticas y los diferentes tipos de relaciones que operan entre ellos (Menéndez 2003). En esa continuidad, y con respecto a las conclusiones obtenidas en sus trabajos realizados en México sobre el saber médico y el alcoholismo, el autor obtuvo material referente a diferentes procesos de salud/enfermedad/atención. Así, Menéndez refiere que los modelos de atención son todas las acciones que los sujetos de una sociedad realizan con la intención de prevenir, dar tratamiento, aliviar, y/o curar un padecimiento determinado, aunque también conforman acciones en torno a diversos sentidos de la vida más allá de las enfermedades (Menéndez 2003). El modelo de atención a la salud toma en cuenta todas las formas de atención que son parte del pluralismo médico que es característico de las sociedades latinoamericanas, pero también

considera las actividades realizadas a partir los propios sujetos y los grupos en forma autónoma o siguiendo referencias de otras formas de atención (Menéndez 2003).

La autoatención son las prácticas y representaciones que son realizadas a nivel sujeto y grupo social “para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios”, la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento (Menéndez 2003: 198). El autor diferencia dos niveles de autoatención: el primero en un sentido amplio en el cual se asegura la reproducción biosocial a nivel de microgrupos y especialmente del grupo doméstico a partir de objetivos y normas establecidos por la propia cultura del grupo. El segundo es la autoatención restringida, que se refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso salud, enfermedad y atención. La automedicación y autocuidado son parte del proceso de autoatención, el autocuidado se refiere a las actividades preventivas o potencializadoras de la salud que ocurren a nivel individual (Menéndez 2003).

El autor opina que la autoatención merece ser reconocida por el sector salud como la forma principal de atención desarrollada por los propios conjuntos sociales, y a través de la cual se relacionan con otras formas de atención. La autoatención evidencia la capacidad de acción, la creatividad de encontrar soluciones, y es un mecanismo de micropoder y de validez de sus propios saberes (Menéndez 2003). Por otro lado, opina que debería haber articulación entre los servicios de salud y el proceso de autoatención, en lugar de estigmatizar las prácticas, así se podría contribuir a la construcción de estrategias de atención y mejorar las prácticas de autoatención considerando que los grupos o sujetos mediante su propia experiencia evalúan la eficacia de sus prácticas de prevención y curación (Menéndez 2003). Estos conceptos han sido importantes en la construcción de la política de salud indígena en Brasil y en las discusiones en torno a la salud diferenciada (Langdon 2018).

El estudio de las trayectorias terapéuticas se vincula a los aspectos que generan bienestar en las personas que las practican. Por este motivo, Emily Pierini (2018) resalta que las trayectorias comprenden las diversas motivaciones que llevan a las personas a realizar ciertas terapias. En sus estudios contrasta que las personas constantemente buscan asistencia

complementaria o sustitutiva que parten de enfoques diferentes de cura en donde los pacientes experimentan corporalmente su recuperación, de este modo la experiencia vivida y corporal es valiosa para identificar de manera más eficaz la dinámica evolutiva en el proceso terapéutico y los posibles caminos para el bienestar de las personas (Pierini 2018).⁵³ En ese sentido, las prácticas de autoatención son parte de los sistemas de atención a la salud que merecen ser entendidos en contextos específicos por ese motivo, estas nociones conceptuales podrían ayudar a discutir cuestiones en torno a la salud y la enfermedad más allá de las fronteras locales, para ello veremos el alcance de estos planteamientos en torno a los procesos migratorios.

iv. Ejemplo de investigación sobre migración y trayectorias terapéuticas

Paula Cristina Louro Morgado (2018) realizó una investigación acerca de las trayectorias terapéuticas de mujeres migrantes de la República del Níger, las cuales están articuladas con las iniciativas terapéuticas en la salud reproductiva, y las dinámicas matrimoniales y migratorias.⁵⁴ En su investigación devela las contradicciones sociales vivenciadas por las mujeres migrantes de Niamey en la subutilización de los servicios de salud reproductiva y los

⁵³ Pierini (2018) realiza su investigación en un centro espiritualista “Vale do Amanhecer” en la capital de Brasil, mediante el contacto directo con pacientes y médiums se da cuenta que las personas constantemente buscan asistencia complementaria de cura, lo que la autora define como 'epistemología complementaria de cura', aunque otras motivaciones son: la ausencia de solución por parte de la biomedicina, la falta de confianza en el sistema de salud pública y el acceso limitado al servicio privado (Pierini 2018).

⁵⁴ La autora se basa del enfoque crítico e interpretativo de la antropología médica y la salud pública. Se apoya principalmente del trabajo de Didier Fassin, Margaret M. Lock y Nancy Scheper-Hughes, y Rachel Chapman. Y se apoya de otras investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en mujeres etíopes y mozambiqueñas con procesos migratorios; Nafisa Bedri, Sara Ibrahim Abdelmoneim, Nuha Tambal e Suzan Adam (2015) y Joana Salia (2018), respectivamente (Morgado 2018).

cuidados de salud que son procurados durante el embarazo y parto durante el contexto migratorio.

Morgado reconstruyó el contexto conflictuante en torno a la situación migratoria y de salud de estas mujeres a través del estudio de sus trayectorias terapéuticas. Se presenta un grupo de mujeres que constantemente son reprimidas en sus propias decisiones sobre el cuidado prenatal e incluso sobre la atención a la salud debido a la presión masculina que constantemente actúa sobre ellas debido a las reformas sociales musulmanas, estas mujeres son obligadas al desplazamiento económico. La autora posiciona la migración de mujeres para la ciudad como una estrategia de sobrevivencia debido a una progresiva descapitalización arrastrada por la crisis económica endémica en la región que ha traído el empobrecimiento del mundo rural, la migración internacional masculina en los agregados familiares, el divorcio, el abandono, la exposición a ETS, la competencia laboral, la ausencia de remesas y el encarecimiento de las redes de soporte familiar. Según Morgado, estos aspectos deben ser considerados en la comprensión de la subutilización de los servicios de salud públicos, así como la inadecuación de los programas de salud implementados localmente, debido a que la socialización de estas mujeres en la ciudad ocurre entre las mismas mujeres y entre modos de vida remitidos al mundo rural y la precariedad en la ciudad. Morgado encuentra pluralismo médico en las trayectorias, diversos factores caracterizan estas prácticas durante el periodo de gestación: preferencias o la búsqueda de la atención del *maraboto*⁵⁵ y del brujo,⁵⁶ preferencia por el curandero sufi, preferencia por el cuidado tradicional de la gestación y el parto, migración estacional, periodo prenatal acoplado a los periodos agrícolas, acceso a los centros de cuidado en la ciudad. Encuentra que la decisión terapéutica es uno de los factores

⁵⁵ Sacerdotes musulmanes o cristianos que utilizan versículos coránicos o de la biblia, respectivamente, y a veces utilizan plantas con objetivos terapéuticos o para proteger el 'mal de ojo' (Morgado 2018).

⁵⁶ Hechiceros que utilizan el poder de la magia y las propiedades de las plantas para hacer el bien o el mal (Morgado 2018).

más robustos para comprender que la ejecución de políticas de salud biomédicas no pueden llegar a ejercerse ampliamente debido al poder adquisitivo de las familias, la violencia obstétrica en la ciudad, la toma de decisiones provenientes del esposo, la migración estacional y la discriminación en la atención a la salud por cuestiones religiosas apegadas al Corán. Morgado también muestra que la trayectoria terapéutica revela las formas de violencia que las mujeres y sus cuerpos experimentan, desde la imposición de las reformas islamistas a la discriminación por parte de los profesionales de la salud. Las mujeres consideran importante la biomedicina, sin embargo, la promoción de la salud de la mujer nigerina no puede resumirse a la cuestión de acceso a cuidados biomédicos si no pasa por una solución que trabe la excesiva descapitalización de sus agregados familiares; la planeación de programas de salud factibles, autosustentables, y que consideren las dinámicas de pobreza y las potencialidades de las alternativas terapéuticas (Morgado 2018).⁵⁷

Toda esta discusión permite llevarla al campo de los estudios sobre migración y salud, considerando que las migraciones latinoamericanas se caracterizan por la grave violación de derechos humanos hacia la población que se desplazan en ellas (Matielo *et al.* 2018), pero también hacia sus territorios. Y en el trayecto de desplazamiento constantemente las personas experimentan ineficiente atención a la salud especialmente cuando se trata de migración forzada (Wickramage *et al.* 2018). En ese sentido, para los intereses de estudiar el proceso migratorio de los warao en Brasil en torno a la salud, resulta relevante retomar la noción de trayectorias terapéuticas, por un lado enfocado al contexto migratorio (Morgado 2018), y por otro lado, considerando la perspectiva sociocultural de los itinerarios terapéuticos que tiene relación directa con los sistemas de salud de los grupos indígenas (Langdon 2014). Es ese sentido, con el interés de acercarnos de manera introductoria al acceso a y uso de los

⁵⁷ La tesis de doctorado de Paula Louro Morgado se puede encontrar en esta dirección: <<https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/18891>>

servicios de salud y a las prácticas de salud seguidas por las personas para su bienestar durante el tránsito migratorio se retoman los conceptos sistema de atención a la salud y prácticas de autoatención (Menéndez 2003).

v. Alimentación como práctica de autoatención y en la transividad

Indígenas warao son migrantes venezolanos en Brasil debido a un desplazamiento forzado desde el delta del Orinoco, Monagas, Bolívar y posiblemente de otras ciudades de Venezuela; una vez en el país emprendieron de manera autónoma un movimiento de interiorización hacia diferentes estados de todo Brasil. Aunque existen diversas acciones de asistencia social por parte de los gobiernos estatales que acogen a centenares de familias, también ha sido preferente vivir fuera de los refugios e intentar por ellos mismos el acceso a las diferentes necesidades cotidianas que se les presentan.

Algunas de estas familias vivieron dentro de un refugio desde el 2016, y acorde a diversas experiencias decidieron no vivir bajo la vigilancia y tutela de estos espacios de acogimiento. De este modo, cuando comenzaron a desplazarse hacia la ciudad de Belém, muchas buscaron de manera inmediata en donde rentar. La comunicación entre familias y parientes de todos los estados es continua por lo que al llegar a la ciudad la gente es orientada previamente hacia donde ir. En la ciudad, una nueva vida se asoma, quizá nuevas oportunidades, aunque seguramente otras dificultades. No obstante, estas personas comenzaron a enfrentarse, y de cierto modo, a intentar cambiar los aspectos que ellos consideraban afectaba su calidad de vida dentro de los refugios. En este sentido, las prácticas de autoatención priorizadas por estas familias revelarían la importancia de tales actividades cotidianas, a la vez que reflejan la transividad que, de acuerdo con Ulises A. Rincón (2020), en este movimiento los migrantes encuentran la vía que les permite dar sentido al nuevo referente de significados en el que puedan comprender y ser comprendidos con respecto a como actuaban en su propio mundo, y a partir de ello reconstruyen una nueva experiencia personal en los lugares en donde transitan (Rincón 2020).

En este contexto conocí a algunas familias que vivían en Campos Sales, en el Barrio Campina, un barrio central. Por la ubicación de la casa las familias caminaban solo unas cuantas calles y llegaban a avenidas grandes en donde podían pedir dinero y comprar alimentos sin tener que caminar tan lejos, pudiendo salir a pedir al menos dos veces al día y regresar a casa. En esos días de agosto de 2020 en la casa había poca gente, alrededor de 30 personas entre seis familias; pude conversar con cuatro de ellas. Cabe resaltar que el desplazamiento de estas familias no acabaría en Belém, pues al poco tiempo la familia de Jeremías se fue a Recife y la familia de Arminda y Celso se fue a Pernambuco. Por otro lado, la familia de Casilda y Evelio, y la familia de la hija ambos, Norbelyas, se quedó en Belém; todos buscaron otro lugar para rentar en el mismo municipio.

El primer acercamiento a la vida de las familias que transitan en Belém y buscan por sus propios medios su bienestar es la casa de Campos Sales, un lugar que para empezar es un punto de tránsito estratégico para llegar, y luego decidir nuevas rutas. En la cocina de esta casa siempre había personas preparando comida; cada familia se responsabilizaba de su comida y en este espacio únicamente se dejan los productos o alimentos que eran colectivos o que utilizarían al momento. La cocina sería el primer referente de distinción con respecto a un refugio, pues es un espacio creado para realizar una de las actividades que orilló a las familias a salir de los abrigos, la alimentación. La calidez de los hervores, los aromas y el colorido de los costales de frutas que había en el suelo hacían sentirse en un hogar cuyo espacio era propio.

Aunque tenían poco tiempo de haber llegado a Belém, y poco tiempo viviendo fuera de un abrigo, estas familias tenían claro qué comida no les gusta, qué les gustaría comer, y la importancia del alimento para su bienestar. En uno de los refugios Celimar, la hija de Arminda, se enfermó de tuberculosis, en un contexto en el que ella había dejado de comer, y que, así como los otros hijos de Arminda, muchas personas en el refugio no disfrutaban lo que comían. Cabe resaltar que la alimentación es un aspecto básico para no enfermar, así lo comentó un señor de la tercera edad que en una ocasión se presentó junto con su esposa en la enfermería del refugio Tapanã de Belém, el señor dijo que el hambre había llevado la tuberculosis. Para

los warao la atención y el cuidado a su propia salud no es cubierta con la visita de un médico, para ellos es imprescindible una buena alimentación, transitar libremente, y conseguir dinero de su trabajo.

Lo que cada una de estas familias come en el día depende del dinero recaudado. Para ello cada familia sale a la calle a pedir limosna, como a veces ellos le llaman, pues de esa manera complementan sus gastos diarios para la alimentación, la renta y para sus ahorros. Para salir a trabajar a veces salen ambos padres y los hijos, si ellos son pequeños, aunque si tienen algún hermano más grande o si hay alguien en la casa que pueda ver a los niños los niños se quedan, si no, se van con ellos. A veces solo salen las señoras y las hijas más grandes, o a veces solo salen los señores con los hijos más grandes. La cantidad que llegan a juntar en los alrededores del barrio Campina varía de 20 a 100 reales al día. A veces buscaban otros lugares estratégicos en otros barrios para pedir, cuando es así todo el día andan fuera.

A veces no piden diario, algunas prefieren pedir los fines de semana, y otras prefieren quedarse los fines de semana en casa. El horario de preferencia es en la mañana, y si no desayunan en casa lo hacen en la calle y por la tarde regresan a casa para comer. No hay horarios fijos para comer porque, aunque entre las familias nucleares sean parientes y ocupan la misma cocina, cada núcleo se encarga de sus comidas, de ese modo las comidas ocurren por orden de llegada y cada familia come lo que compra o lo que tiene de donación.

La experiencia de encontrar alimento de su agrado en Belem los llevó a darse cuenta de que en Manaus la comida era más barata. Además, allí había la posibilidad de encontrar uno de sus alimentos preferidos, la fruta de la palma de moriche *oji* (*Mauritia flexuosa*) que la vendían en bolsitas con el nombre de buriti o miriti (palma buritizeiro, miritizeiro, entre otros nombres brasileños), sin embargo, en Belém casi no hay matas de moriche y en donde hay son zonas protegidas y no pueden disponer de ellas. En Manaus, cuando no querían comer la comida del abrigo comían esta fruta junto con pan, más la respectiva coca-cola, que, por cierto, informa Neybis, esposo de Norbelyas, también era más barata en Manaus. De cualquier manera, las preferencias en alimentación se remiten a algunos elementos como lo informa

Neybis: “La comida que nosotros queremos nosotros mismos, el gusto es de nosotros, pescado asado, cangrejo, moriche, ocumo”.

Uno de los alimentos más importantes para el pueblo Warao fue la fécula de moriche *sagu* que es extraída del tronco y era consumida de tres maneras: 1) harina hervida en agua con apariencia de caldo: *ojiddu aru jisabaja*; 2) Harina condensada, mohosa y endurecida: *ojidu a mutu*; y 3) yuruma como un pan_ *ojidu aru* (Vaquero 2000a: 173). Sin embargo, el consumo de la yuruma fue casi suplantada por el ocumo chino *Okoma arau* (*Colocasia esculenta*), el cual ya es un tubérculo que forma parte de la alimentación básica de los warao en Venezuela. En la historia de la alimentación de los warao, el ocumo se convirtió en la base de su dieta cuando lo incluyeron en su alimentación desde la década de 1930 al comenzar a cultivarlo en los caños abiertos al ser introducido por grupos Warao mezclado con indígenas Lokono provenientes de los ríos Amacuro y Barima y la Guayana Esequiba (Heinen *et al.* 1994, 2012). El ocumo no fue el único cambio, en lugar de la recolección de frutas silvestres, en el Delta suroriental se desarrolló la horticultura indígena que, promovida por los misioneros y criollos *jotarao* se ha cultivado en los conucos familiares: ají, maíz, ocumo, batatas, plátanos, ñame, caña de azúcar, yuca dulce y amarga, y variedades de cambures y piñas (Vaquero 2000a; Croes *et al.* 2004).

En Brasil al ocumo chino se le llama “taro”, pero en Belém es difícil encontrarlo en el mercado; Evelio y su familia no lo han encontrado desde que llegaron a Brasil. Sin embargo, en las indagaciones llevé a Evelio y a su esposa el tubérculo llamado “cará”⁵⁸ y ellos lo reconocieron como el “ocumo blanco” (*Xanthosoma sagittifolium*) que también es consumido por ellos. Evelio no había visto el ocumo blanco en Belém, por lo que se interesó en saber en donde lo vendían. Al día posterior cocinaron el ocumo blanco en sopa con pollo.

⁵⁸ Se debe considerar que en Brasil el 'cará' está asociado a una planta del género *Discorea* spp.



Figura 15 - Evelio explicando que ellos conocen el ocumo blanco. Fecha: 29/03/2021

La yuruma continúa siendo mencionada por las familias como su alimento e indican que en Belém encuentran agradable la “yuruma de yuca”, una fécula extraída de la yuca (*Manihot esculenta*), goma de mandioca en Brasil. Para Evelio comer yuruma de yuca, yuca *aru jebujo*, el cangrejo *je*, y los pescados morocoto y tambaquí es similar a la comida de los caños del Delta, pero en la ciudad únicamente perciben la ausencia del moriche y del ocumo.

No obstante, debemos contextualizar que no todos los grupos warao en Belém vinieron directamente de los caños en donde el consumo de pescado y ocumo es básico. Wilbert y Lafée-Wilbert (2007) comentan que hay un segundo sector de grupos warao que han querido emular la vida criolla y compran sus alimentos en bodegas, pero sus recursos económicos no son suficientes para alcanzar una dieta balanceada; en estas bodegas ofrecen principalmente harinas, espaguetis, refrescos y enlatados, alimentos que consumen diariamente y los acompañan con pescado o alguna carne de cacería que consiguen ocasionalmente. La alimentación y la forma de vida es aún más diferenciada en un tercer sector de grupos warao los cuales están en comunidades desarrolladas por organizaciones gubernamentales o religiosas, cuentan con luz eléctrica, escuelas, comedores, bodegas, centros de atención

primaria de salud y centros de Atención Integral, y capilla. Allí se encuentra la tasa más alta de empleos fijos como enfermeros, policías y diversos oficios. Sin embargo, en estas comunidades se aprecia acumulación de basura y alto consumo de alcohol (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007: 362).

Los alimentos consumidos por las familias en Belém reflejan, de cierto modo, que las familias no comen únicamente la comida de los caños, también otros productos que aprendieron a comer con la cercanía a los centros poblados.

Jeremías llegó a mencionar que también comen arepa sin aceite hechas de Harina Pan, un tipo de harina comercializada en Venezuela con la que preparan otros platillos como bollo cocido, mazamorra y hallaca. La harina Pan la encontraron en Manaus pero no la compraron porque costaba veinte reales. En Venezuela también consumían harina de trigo para hacer arepas, esta harina es de tipo leudante, es decir, con fermento incorporado. Este último aspecto resulta importante al momento de realizar las donaciones porque algunos grupos warao prefieren la harina de trigo con fermento.



Figura 16 - Pareja friendo arepas de harina de trigo en casa de Campos Sales. Fecha: 23/08/2020

Estas familias encuentran en los mercados de Belém los pescados que comían en Venezuela y los consumen fritos, asados o guisados, como se muestra en la siguiente tabla 1. Sin embargo, el consumo de pescado es limitado principalmente por su costo.

Tabla 1 - Pescados consumidos por las familias warao en Belém, Pará

Nombre común español y warao	Nombre común en Portugués (Brasil)	Nombre científico*
Morocoto o cachama blanca <i>usibu</i>	Pirapitinga	<i>Piaractus brachypomus</i>
Cachama o tambaquí <i>obi</i>	Tambaqui	<i>Colossoma macropomum</i>
Guaraguara <i>wasí</i>	Acari	<i>Hypostomus</i> sp.
Dorado <i>oru</i>	Dourada	<i>Brachyplatystoma rousseauxii</i>
Blanco pobre <i>joroboto</i>	Piramutaba	<i>Pirinampu pirinampus</i>
Curvinata <i>naji</i>	Corvina o pescada	<i>Plagioscion</i> sp.

* Los nombres científicos fueron corroborados en Lasso y Sánchez-Duarte (2011) y Cruz *et al.* (2015).

El morocoto y el blanco pobre son dos de los cinco pescados más importantes con respecto al 80% de las capturas de una pesca que se concentra en aproximadamente 22 especies (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007). A menudo las familias buscan fruta de moriche, pero no siempre encuentran, cuando la ven si tienen posibilidades la compran. Las frutas que más consumen es el cambur (plátano), mango, naranja, manzana, mandarina, piña y guayaba. Esta última la consumen mucho, y les gusta hacer jugo, además saben que la hoja de guayaba ayuda para la diarrea, aunque en Belém no han visto los árboles. Comen aguacate, pero de forma irregular debido al precio. Comentan que si consiguieran el fruto de la palma Manaca *Anare mono arau* (*Euterpe oleacea*) (açai, nombre en Brasil) ellos lo prepararían a su gusto, sin máquina. Con respecto a carnes y embutidos, estas familias consumen carne de res y cerdo, mortadela, salchicha y jamón. Y otros alimentos altamente consumidos en Belém son: pan, pasta, arroz, pollo, huevo, papa dulce, papa, yuca, ahuyama (calabaza), *onoto* (achiote) y

tomate y cebolla, éstos dos últimos únicamente cocidos. De los insumos que no consumen y que a veces les llegan en las cestas básicas y donaciones, pero no saben cómo comerlo es la lechuga y la harina de cuscuz.

El cangrejo *je* también es uno de sus alimentos preferidos en Belém, aunque consideran que son muy pequeños, y tampoco los consumen muy a menudo. Así lo comenta Celso:

cangrejo, pero está caro y son pequeñitos, y no come todo el día. Aquí todo el día hay cangrejo. En Venezuela de enero a marzo es la época de agarrar cangrejo [...] son grandes. [...] Cuando pasa la fecha ya no come porque están pequeños. En la mera época como que están bailando, como que están borrachos disfrutando de una fiesta, no corren. [...] Con el barro [en las manos para agarrarlo] ya no pica el cangrejo.

No hay regularidad específica para el consumo de todos los alimentos antes mencionados, pues la adquisición de alimentos depende del dinero que puedan destinar para la compra de estos, dinero que proviene principalmente de la colecta diaria de dinero en las calles, y aunque las familias reciben Bolsa Familia, además de pagar la renta destinan gran parte de los ingresos para viajar a otro estado y para enviar a sus familiares en Venezuela. En el caso de Celso y su familia, ellos estaban ahorrando para viajar a Fortaleza, por lo que únicamente comían pescado los fines de semana.

Las familias indican no haber probado la fruta o verdura local, por lo que no conocen los nombres, y no saben los precios. Finalmente, entre las coincidencias es que los insumos que consideran básicos en su alimentación y que no consumen por falta de recursos económicos o por la dificultad para encontrarlos son los siguientes: moriche, pescados, cangrejo, ocumo y ocumo blanco.

vi. Alimentación, fuerza sanguínea y automedicación

La búsqueda de alimentos adecuados es una práctica de cuidado que constantemente motiva

a las familias a transitar en la ciudad ya sea en los refugios y fuera de ellos, en donde crean nuevos aprendizajes en su movimiento en torno a qué comer, el precio por el que pagar, las distancias a recorrer para llegar hasta ellos, y esto de cierto modo también forma parte de las decisiones que constantemente los motiva a permanecer o no en un lugar. No obstante, la importancia que los warao dan a la alimentación es muestra de cómo estos grupos entienden la salud y evitan la enfermedad.

Para ellos la calidad de la alimentación contribuye a la cualidad y cantidad de la sangre de una persona. Mantener la sangre vitalizada o fuerte *joto tarea* depende de una dieta adecuada que los warao denominan *najorowitu*, el “alimento verdadero”, el cual consiste en el *sagú aru* o *yoruma*, la fruta *oji* de la palma de moriche *ojidu*, el *ocumo* chino *ure*, la larva *mo* del escarabajo (*Rhynchophorus palmarum*) y del pez pulmón *joku* (*Erythrinus erythrinus*), aunque también aprovechan la gran variedad de pescados, aves, vegetales, y en menor grado roedores y otros mamíferos, reptiles y crustáceos (Wilbert y Lafée-Wilbert 2011). La fuerza física, la resistencia y la capacidad reproductiva dependen de la calidad de la sangre del individuo con base en una dieta adecuada, de este modo, el bienestar debe cuidarse con la alimentación para que la persona se mantenga saludable (*bajuka*) y emane un olor neutro. Sin embargo, este bienestar está íntimamente relacionado con el bienestar mental de la persona, condición que se manifiesta a través de las cuatro almas que residen dentro de cada uno (Wilbert y Lafée-Wilbert 2011)

Cada una de estas almas reside en una región del cuerpo —*Obojona* (cabeza), *Kobe* (corazón y región torácica), *Obonobu* (abdomen) y *Mejokoli* (tórax próximo a *kobe*)— y cada una de ellas refleja emociones y la personalidad. Sin embargo, aunque los niños pequeños y las personas ancianas son más susceptibles, quienes están en constante riesgo de enfermar son las personas cuya sangre y alguna o algunas de sus almas se encuentran en condiciones de debilidad (Wilbert y Lafée-Wilbert 2011). En este sentido, podemos ir conociendo la etiología de las enfermedades naturales según la medicina warao. La enfermedad natural es el resultado de la contaminación producida por el patógeno que es considerado un olor

fétido⁵⁹ que invade a las personas a través del aire, agua o un sólido contaminado y se aloja en las regiones donde residen las almas, y de este modo se producen síntomas que afectan a almas específicas (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007). Este gas único actúa de diferentes maneras dependiendo del grado de susceptibilidad de las personas, y de este modo se desarrollan múltiples cuadros clínicos, cuyo diagnóstico de la enfermedad son dictados primeramente por los chamanes (Wilbert y Lafée-Wilbert 2011) y las mujeres fitoterapeutas, ya que los síntomas no siempre determinan el origen de la enfermedad (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007). El tratamiento para curar las enfermedades naturales lo llevan a cabo las fitoterapeutas warao *dau yakorota arotu*, quienes se disponen a recomponer el alma o las almas debilitadas, a recuperar la vitalidad sanguínea, así como los trastornos en el sistema reproductor femenino, y el desgaste producido por esfuerzos excesivos o una prolongada exposición a la lluvia, sol, calor, frío, etc. (Nava 2012)- También de preparar y administrar los medicamentos fitoterápicos (Wilbert y Lafée-Wilbert 2011)⁶⁰ para curar algunas de las enfermedades identificadas en el sistema médico warao, las cuales son cerca de 61 y se asocian a enfermedades febriles, respiratorias, gastrointestinales, dermatológicas, odontológicas,

⁵⁹ Wilbert (1996) escribió la teoría pnéumica acerca del origen patológico de las enfermedades según la etiología de la medicina warao. Es esta teoría el autor describe que la esencia de los patógenos es un 'aire' fétido, de este modo el olor y la intensidad del aire de ser neutro hasta ser fétido son indicios que éste puede provocar patologías. Los warao asocian estos aires fétidos a un olor único que es liberado a través de agujeros hechos en el suelo pantanoso *naba ajobaiji*, y en opinión del autor puede estar asociado con el gas tóxico sulfuro de hidrógeno (H₂S) (Wilbert y Lafée-Wilbert 2011). Este olor fétido se aproxima a lugares o materia con procesos de descomposición los cuales pueden ser cadáveres de animales, aguas estancadas, evacuaciones, vómitos de otras personas, metano, que infectan a la víctima a través del contacto directo (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007: 379).

⁶⁰ Wilbert (1996) en su investigación sobre fitoterapia warao reporta el conocimiento y uso de aproximadamente 100 especies botánicas con las cuales se preparan alrededor de 260 remedios, que pueden ser brebajes, ungüentos, cataplasmas y otros. Las formulas de estos remedios requieren de una a varias plantas como ingredientes y los modos de preparar requieren hasta 7 pasos antes de ser suministrados al paciente (Wilbert 1996: 134; Wilbert y Lafée-Wilbert 2007).

urinarias, oculares y diversos dolores (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007).⁶¹

En su trabajo Wilbert (1996) indica que la literatura oral de los warao habla de brotes de enfermedades diferentes a las que ellos identificaban que venían de comunidades vecinas. Estas enfermedades son de fuera, exóticas, se les atribuye el prefijo *jebu* en sus nombres para identificar el agente patógeno. Estas enfermedades son la fiebre amarilla, el sarampión y la tos ferina, cuyo origen es más allá del Delta.

En el contexto de la migración vemos que las condiciones premigratorias, la fase de movimiento a otro país y la nueva fase de ser migrantes y refugiados en el país de llegada conlleva una trayectoria en la cual las personas acumulan estados de agotamiento, hambre, enfermedades y padecimientos agravados, la expresión de nuevas enfermedades, así como diversos estados de malestar y fallecimiento. En ese sentido, la migración internacional warao ha implicado nuevas dificultades con respecto al acceso a las terapias necesarias cuando son requeridas. Esta situación es notoria cuando se les pregunta a las familias si han visto en Brasil plantas que consideren “remedio”, al ser observadores del nuevo lugar que los rodea algunas personas indican que las plantas en Brasil son diferentes a las de los caños, por otro lado, principalmente las mujeres mencionaron algunas plantas que pudieron reconocer. La mayoría se relacionan con el alivio de la gripe, tos y diarrea, aunque hay otros más específicos, como se muestra en la tabla 2. Cabe especificar que la información recopilada es producto de mi acercamiento a otras familias que conocí posteriormente en el Barrio Outerio, a quienes presentaré más adelante, por lo que las especies a continuación mencionas únicamente representan mención.

⁶¹ El bosque se encuentra gobernado por *Dauarani*, la Madre del Bosque, única diosa del panteón Warao, quien cuida de las plantas y las medicinas que los humanos de “buena reputación” pueden usar, cambian bienes y se relacionan con cierta 'gente árbol' (Wilbert 1996: 4).

Tabla 2 - Algunas plantas medicinales que los warao reconocieron en Belém, Pará

Nombre popular en español y warao	Nombre popular en Brasil	Nombre científico	Síntomas o malestares asociados al uso de la planta
Chinchamochina <i>yaroko hoto</i>	Forsangue (no estado do Pará)	<i>Justicia secunda</i>	Dengue, chikungunya, dolor de músculo, viruela*, anemia*,
Limón criollo <i>erimona</i> hoja y fruto	Limão, limoneiro	<i>Citrus aurantifolia</i>	Diarrea* y gripe*
Caña de la India <i>Kabisimoru</i>	Cana-do-brejo	<i>Costus scaber</i>	Coronavirus, * diarrea, diarrea con sangre, tos, conjuntivitis, sangre en la orina, náuseas de la mujer embarazada*, dolor de cabeza, * tos ferina, tuberculosis y fiebre. *
Hoja de mango <i>mako</i>	Manga	<i>Manglifer indica</i>	torceduras* dolor muscular, * la hinchazón producida por heridas, fiebre, tos, diarrea y diarrea con vómito, y dolor de cabeza. *
Manaca <i>winamoru</i>	Açaí-solteiro (no estado do Pará)	<i>Euterpe precatoria</i>	tos, dolor de cabeza* vómito, tos ferina y tuberculosis.
<i>Temiche Nakoro</i> fruta	Ubuçu	<i>Mannicaria saccifera</i>	deshidratación corporal* tos, * tos ferina, diarrea, vómito, fiebre y los dolores de músculos*, antiveneno ofídico y desinfectante de heridas.
Coroseo <i>nahahoko</i>	Capim-de-cheiro	<i>Cyperus odoratus</i>	Diarrea y tos*
Hierbabuena	Hortelã	<i>Mentha piperita</i>	Diarrea *
Fregosa	Chá-da-terra	<i>Capraria biflora</i>	Diarrea y vómito*
Pumalaca	Jambo	<i>Syzygium malaccense</i>	Diarrea *
Hoja de árbol de naranja	Laranjeira	<i>Citrus × sinensis</i>	Gripe *
Agua de coco	Coqueiro	<i>Cocos nucifera</i>	Dolor de garganta*

Los nombres científicos de las especies pertenecientes a la fitoterapia warao fueron corroborados en Wilbert (1996, 2001).

* Indica el uso mencionado en trabajo de campo.

Una planta de primera mención fue la chinchamochina (*Justicia secunda*), como es conocida en Venezuela. Es una planta muy apreciada en ese país e importante en el delta, pues “la chinchamochina ha salvado muchas vidas” especialmente con respecto a la “lechina” o varicela, según comenta Arminda. Otras personas también han llegado a ver esta planta, aunque principalmente en Manaus.

Como lo indica Wilbert (2001), las comunidades warao poco a poco fueron conociendo las plantas medicinales de los criollos; comenzaron a utilizar la hierbabuena y el limón como tratamientos para la diarrea, antigripal y para la tos, respectivamente. También conocieron la fregosa. Al principio acercaban a los poblados criollos y pedían estos insumos, aunque también se han cultivado en el Delta. Otras especies ampliamente utilizadas, probablemente también introducidas, y que no son mencionadas en Wilbert (2001), es el ajo (*Allium sativum*), el cual es utilizado como desparasitante y antigripal; y la cebolla (*Allium cepa*), menciona como tratamiento para la tos y la gripe. Como lo indica Jeremías:

La cebolla morada rallada se pone en una botella a tomar sereno, lo colado, en una cucharada del líquido con poquita miel se mezcla y se da tres veces al día para la tos y para gripe.

Por otro lado, también fueron mencionados remedios a base de aceite de pescado. Un nieto de Arminda enfermó en Manaus cuando cumplió siete meses de nacido, fue hospitalizado por comienzo de neumonía, para ello, Arminda junto con una amiga del refugio prepararon un remedio con la manteca del pescado cachama (*Piaractus brachypomus*) para su nieto:

[las viseras del pescado] en una botella de vidrio y lo amarra al sol por cinco días hasta sacar el aceite. Al líquido se le agrega un poco de azúcar y se le da al enfermo para el asma y para la tos.

Además de ese remedio, Arminda compró el antibiótico que le recetaron a su nieto. En Croes *et al.* (2002) comentan que el aceite de este pez también es usado para las heridas en la piel. Neibys también mencionó que utiliza la manteca del hígado de cazón (*Galeorhinus galeus*) para tratar la tos, aunque también puede ser utilizado para la tuberculosis en su etapa

inicial, asma y artritis (Croes *et al.* 2002). El gusano de palma de moriche *mo* es considerado alimento por los warao y por otros pueblos amazónicos, y a la vez es una plaga de diferentes especies de palmeras de importancia económica, además, esta larva también es medicinal. Evelio sabe que es para el asma y se come asado; y en Croes *et al.* (2002) se indica que el aceite de esta larva también es un remedio para la tos ferina y las hemorroides. Sin embargo, ninguna de las familias ha llegado a comer esta larva en Brasil.

Casilda mencionó que ella bebe agua fría con azúcar cuando le duele la cabeza, ese es un remedio que le ha funcionado. Este remedio me hizo recordar una de las observaciones de Aline en algunos refugios, ella se dio cuenta que había madres que daban agua con azúcar a sus bebés en los biberones. Una práctica que, indica la enfermera, se les sugirió evitar.

Otro tipo de tratamientos son mencionados. Celso comenta que la diarrea y el vómito son muy comunes en los niños, y cuando el vómito tiene mal olor significa que el niño necesita remedio, como lo hace con su hija Celimar al prepara un remedio de orina con ron:

ahí yo me paro y yo toco el vómito de ella y lo huelo, nosotros vamos con remedio casero, por ejemplo, aquí no hay casero, pero también nosotros lo hacemos con el ron blanco, el ron blanco es fino. [...] Ella está así porque tiene el calor y si está vomitando le está entrando la sed, se está chupando por dentro. Y uno de los remedios caseros de nosotros es de la orina de la mujer indígena, si está ella [si es su hija quien está enferma] es con la orina de otro varoncito con el ron, y si es un varón [el que tiene vómito] tiene que ser una niña.

Otros usos que las comunidades warao en Venezuela dan a la orina es mezclarla con ceniza blanca para sobar el estómago y aliviar la distensión abdominal (Croes *et al.* 2002). En la tabla 3 se recopilieron algunos insumos utilizados para remedios de origen animal.

Tabla 3 - Remedios de origen animal que las familias warao mencionan.

Manteca de cachama (<i>Piaractus brachypomus</i>)	Tos y neumonia
Manteca del hígado de cazón (<i>Galeorhinus</i>)	Gripe

galeus; solo o con el jugo de limón asado

Orina de persona (baño)	Fiebre
Orina de persona (bebida)	Gripe y congestión
Orina de varón o fémina con ron blanco (bebido)	Diarrea y vómito

Con respecto al ron, cabe reconocerse que esta bebida, así como otros elementos, fue incorporado a la cultura tradicional de los Warao durante la etapa de expansión misionera en el Delta durante el siglo XVIII (Lafée-Wilbert y Wilbert 2008). Vaquero (2000b) comenta que conforme se adoptó el calendario de las celebraciones cristianas por las comunidades warao, las fechas litúrgicas se convirtieron en fiesta *oriwak*, algunas coinciden con la fermentación de la bebida tradicional *jobi*, de modo que, la bebida siempre ha sido parte de las celebraciones festivas en las cuales ellos suelen celebrar con baile ron y cerveza (Vaquero 2000b).⁶² No obstante, el ron permeó en la medicina popular en Venezuela, conforme comenta Angelina Poolak-Etlz (1987) el ron es ampliamente utilizado en remedios populares en dicho país y, así como el uso de los excrementos de animales, son mezclados con preparados vegetales. Otro remedio de los warao en Venezuela, por ejemplo, es el excremento frito de cachicamo (*Dasypus* spp.) mezclado con ron blanco para quitar el vicio del alcohol (Croes *et al.* 2003). En la tabla 4. de muestra los remedios preparados a base de ron blanco que los entrevistados comentaron.

⁶² Los bailes que salen de los rituales religiosos son bailes lúdicos que se puede distinguir entre baile alegre *jojo mare* y el baile de juego *jojo a kotubu*. En el primero existe un estímulo tal de la bebida que después de varias horas los participantes caen embriagados; el segundo baile es imitativo (cidras, alcatraz, zamuros, etc.) son danzas prelitúrgicas esporádicamente realizadas fuera de este contexto (Vaquero 2000b).

Tabla 4 - Uso de ron blanco o cachaça para remedios

Ron blanco con orina de varón o fémina, dependiendo quién lo necesita (baño)	Diarrea y vómito
Agua con ron blanco (baño)	Dolor de cabeza
Ron blanco con hoja de mango macerada (untado)	Dolor muscular y dolor de cabeza
Ron blanco con dientes de ajo (untado)	Para síntomas de parásitos
Ron blanco con hoja de vaporub (untado)	Dolor de cabeza

Estas indagaciones sobre el uso de remedios en Belém es una exploración general e inicial que, sin embargo, puede dar paso para que otros estudios más especializados y específicos sean realizados, especialmente con familias que decidieron permanecer en la ciudad. Es importante conocer los insumos que las familias warao utilizarían como remedio, especialmente con respecto a los proyectos que tengan interés en la articulación de redes de medicina indígena en la ciudad para contribuir en su bienestar, pues es importante saber que, por ejemplo, las familias warao con las que conversé no utilizan las plantas secas para sus remedios y no usan otras plantas ampliamente conocidas en el mercado (manzanilla, boldo, té verde, orégano, anís, etc.). Por otro lado, el alcoholismo es un tema sumamente incómodo para la coordinación de los refugios en Belém, a la vez que preocupante como actividad de riesgo. La aceptación de la cachaça (bebida alcohólica brasileña a base caña de azúcar), así como sus usos deben contextualizarse históricamente, a la vez que problematizarse con respecto a la situación migratoria de los grupos indígenas warao en la ciudad. Pues ha sido documentada la incidencia mercante del alcoholismo en los barrios indígenas formados por

comunidades warao en las ciudades en Venezuela.⁶³ Uno de ellos es el que Reyner J. García (2017) describe, el cual se ubica en la terminal de pasajeros Francisco Javier de Zabaleta en San Félix en Bolívar. Hace 21 años una familia inició la comunidad que se ve hoy, al pasar los años la familia extendida también migró, y ahora el lugar también funciona como sitio de paso para muchas familias conocidas que pasan por ahí para después dirigirse a otros lugares, como lo es en los últimos tiempos, familias que van directamente de los caños hacia zonas cercadas a la frontera con Brasil. Lo que este autor encontró fue el consumo de alcohol es exacerbado, las mujeres beben esporádicamente, pero “en grandes cantidades”, el autor observa que:

“El alcohol es el acompañante de todos los hombres que desde los doce años han aprendido a consumirlo sin parar, en la comunidad el hábito de tomar es una forma benevolente” de sentirse parte de la cultura criolla. [...] El consumo ya no es solo en días festivos y libres. [...] Es recurrente mirar estos cuerpos tendidos e inmóviles en el suelo cubiertos de arena y polvo [...] diariamente sobreviven, subsisten, conviven al margen de la ciudad y buscan resolver solo sus necesidades rutinarias.” (García 2017: 98)

Este alcoholismo, como punto de escape, ocurre en el desarrollo de estas comunidades en medio del aislamiento; la comunidad que el autor describe es apartada por todos los prejuicios hacia ellos, por el sorprendente cúmulo de basura en sus espacios apropiados, el alcoholismo tan fuerte y los diversos conflictos y accidentes derivados de ello y por ser gente “que no tiene actitud de separación”. El autor muestra el pensamiento del sociólogo Carlos Domínguez, quien comenta que los warao afectan la planificación del desarrollo de la ciudad, y se genera una situación de disparidad social en la cual ocurre que cuando el indígena no se inserta ellos recurren a vicios, el alcohol, las drogas, la prostitución, se van a donde sí pueden

⁶³ Alvaro García Castro, en sus estudios sobre migración warao en la periferia de las ciudades de Guayana insiste en resaltar que los barrios indígenas son marginalizados y no se asimilan en los ámbitos laboral, sanitario, educativo ni cultural (García 2017).

entrar, en donde son absorbidos al margen de la urbe (García 2017).

El alcohol puede llegar a ser tan importante como actividad recurrente que resultó inconveniente la prohibición de este dentro de los refugios. A modo de travesura, Casilda comentó que constantemente escondían la cachaça para pasar por la entrada principal en uno de los refugios en Manaus, y después se iban a los baños a beberla.

vii. Embrujo, un mal común en el tránsito migratorio

Desde que llegaron a Brasil han enfrentado la muerte de familiares, han presenciado o se han enterado de la muerte de las personas más respetadas para ellos, el *Wisiratu*. Si se les pregunta si conocieron algún familiar o a otra persona que falleció en su trayecto hasta donde están hoy, la respuesta es sí, y muchas de estas muertes fueron por embrujo y por enfermedad natural.

Conforme vamos conociendo las trayectorias de tránsito migratorio, constantemente aparecen elementos que ancoran la alimentación, la enfermedad y lo sagrado. Así es cuando hablamos sobre los alimentos, pues la yuruma (almidón de palma de moriche) siempre es mencionada incluso cuando hay grupos en Venezuela cuyo consumo de yuruma llega a ser muy bajo. En Belém, cuando se habla de yuruma, los bailes y cantos sagrados *Najanamu* y *Jabisanuku* son mencionados, estos son ofrendas para el gran Dios *Jebu Kanobo* para que proporcione ayuda a la comunidad y para que aleje las enfermedades (Croes *et al.* 2004: 183). La relación de los warao con los elementos ceremoniales, y la presencia del *Wisiratu*, se realizan de la manera más correcta posible. Por este motivo, en Belém no se les ve realizando bailes y cantos sagrados. De esta manera lo explica Neybis:

Si nosotros bailamos fuera de ceremonia los cantos warao los niños se enferman [...] el *Wisiratu* es capaz de llevar todos los niños. Cuando va a bailar ese baile tiene que ser con mucho respeto, tiene que tener todos los materiales, ropas especiales, solo bailan adultos. Tres días de puro baile, en la época de seca, porque se prepara cerca de la casa, se tumba mata de moriche, se tumba, y se realiza el baile.

Esta relación tan afectiva con el *Wisiratu* y a la vez el temor a la aparición de enfermedades se debe a otro grupo de enfermedades que son de origen espiritual. En sus estudios etnoepidemiológicos, Wilbert (1996) especifica que los chamanes se ocupan de los agentes patológicos de naturaleza espiritual, y también se ocupan de las enfermedades epidémicas exóticas, las cuales son identificadas con el prefijo *jebu* en sus nombres para reconocer que son causadas por un gran espíritu (1996). Los chamanes se relacionan con los dioses cardinales de la cosmología Warao,⁶⁴ pero también con otros dioses menores y espíritus de los puntos del solsticio, el mundo superior y el mundo inferior. Y la virulencia de la enfermedad guarda relación con el orden jerárquico de los poderes sobrenaturales de cada uno de los dioses que las controla (Wilbert 1996: 18).

Las enfermedades febriles (viruela o sarampión *Jebu bororo*, paludismo o fiebre amarilla *Jebu tororo*,) son enviadas por el dios del sur *Kanobo Uraro*, el más poderoso del panteón warao, y junto a su compañero *Karosimo* son representados como un sapo verrugoso de color

⁶⁴ Nava (2012) describe la cosmología warao, la cual es una estructura finita, concéntrica y tridimensional habitado por seres materiales y espirituales que mantienen relaciones de interdependencia: “Entre el cenit y el nadir está la tierra sostenida por una serpiente de cuatro cabezas, cada una de las cuales apunta hacia un punto cardinal, custodiando que nada quebrante la separación entre el inframundo y la superficie terrestre. El límite del mundo *aitona*, es el círculo más distante de la tierra, donde cuatro montañas colosales sostienen la bóveda celeste y son el hogar de los dioses cardinales. El siguiente círculo es la morada de los dioses menores, seguido de inmediato por *Jajuba*, la Serpiente del Ser, quien, uniendo su cola a su cabeza en el este, determina con su respiración el ritmo de las mareas y es la madre de todas las formas de vida que pueblan la tierra. Seguidamente, la tierra es limitada por un cinturón *jobaji akari*, donde termina la tierra, que alberga a *Karosimo*, la alma compañera de *Kanobo Uraro* (Dios cardinal del Sur). La cúspide del universo está habitada por los espíritus de los diferentes especialistas: *Bajanarotu*, *Joarotu*, *Wisiratu*, *Moyotu* (artesano constructor de curiaras), y Abuelas tejedoras, quienes se encargan de guiar a las almas en sus viajes desde o hacia la tierra a través de un eje de humo de tabaco” (Nava 2012: 61).

rojo ardiente; el responsable de las enfermedades respiratorias (bronquitis/neumonía *Jebu obo sabana*, dolor de pulmones, tos ferina *jebu waiobo*, tos del modo aullador) es el dios del norte *Kanobo Warowaro*, representado como una mariposa (*Calligo* sp.); el dueño de las enfermedades gastrointestinales (helminthiasis *obonojuba*, diarrea *sojo*, disentería sanguinolenta *Jebu sojoto*, cólera *Jebu obonona asida*) es el dios del origen, del este, *Kanobo Ariawara*, caracterizado como un ave; y el dios del oeste *Kanobo Abajera*, identificado con el guacamayo rojo (*Ara chloroptera*), quien es el patrón de los chamanes de la oscuridad y es quien provoca enfermedades hemorrágicas como la tuberculosis pulmonar *Jebu obo monida* (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007; Nava 2012). Las enfermedades espirituales también son provocadas por diferentes espíritus: espíritus de la selva *Maisikiri Domu*, *Najolomo* (Sucre), *Daina ajebu* (Monagas) son espíritus que pierden a las personas en el bosque y se identifica por su silbido suave o un llanto; los espíritus del agua *Maisikiri Domu*, *Najolomo* (Sucre), *Daina ajebu* (Monagas) son seres con forma de persona que viven a la profundidad del río, buscan a las mujeres menstruadas y recién paridas; también existen espíritus del viento *Ajakaida*, *Ajaka a rao* (Monagas y Sucre); espíritu de la tierra *Joboto a rao*, *Jobaji a rao*, *Joboto a lao* (Sucre); y el espíritu del árbol *Daina a rao*, *Dau a lao* (Sucre) (Croes et al. 2004: 130).

En este sentido, las enfermedades de origen espiritual se relacionan con alguno de los dioses cardinales que las envía, según la sintomatología presentada por el paciente, y ahí cobra sentido la mediación chamánica, pues son ellos quienes intervienen en el reconocimiento del espíritu patógeno y quién lo envía (Nava 2012). Las enfermedades espirituales son causadas por *Jebu*, por espíritus del bosque, por objetos llamados *bajana* y por conjuros *joa* (estos dos últimos son considerados daño warao), y en la identificación del origen de estas enfermedades actúan tres chamanes especialistas: el *Wisiratu*, el *Bajanorotu* y el *Joarotu*.⁶⁵ El *Wisiratu*, o “dueño del dolor”, es el chamán o sacerdote de la comunidad que

⁶⁵ Las mujeres también pueden llegar a ejercer estos cargos siempre y cuando hayan pasado por una serie de niveles y preparación acompañada de la fuerza, después de la menopausia, pues ahí se encuentra en capacidad

es mediador entre su pueblo y el *Jebu*. Él detenta el poder de los dioses *Kanobo* del norte, del este y del sur (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007), y dependiendo de su iniciación también detenta uno de los *kanobo* (*Ariawara*, *Uraro* o *Warowaro*) como su espíritu guía (Nava 2012). El *Wisiratu* es una autoridad en la organización social de los *warao*, pues además de proteger y curar de los malos espíritus (Croes *et al.* 2004) es consejero y vela por el cumplimiento de las normas de su comunidad (Nava 2012). Él se encarga de realizar junto con la comunidad la celebración de una fiesta religiosa, el entrenamiento de un nuevo chamán, el inicio de la época de caza, la siembra o recolección, el agradecimiento o el apaciguamiento de la ira de los espíritus, entre otros (Guanire *et al.* 2008). Desde el momento de su iniciación, el *Wisiratu* lleva en su cuerpo seis hijos *jebu* de estas deidades cardinales, que durante toda su vida le recuerdan los votos que hizo en su encuentro iniciático de alimentar a los espíritus, a cambio, los dioses disminuyen la muerte de niños y dotan al *Wisiratu* con el poder de curar enfermedades (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007), pero al incurrir en alguna falta individual o colectiva resultado de infracciones cometidas contra las normas cosmológicas, la reprimenda consiste en enviar alguna de la enfermedades mencionadas, siendo los niños y los ancianos los más vulnerables (Wilbert y Lafée-Wilbert 2011).

A su vez, el *Joarotu*, o “dueño de la *joa*”, se alinea con *Joebo* el dios cardinal del oeste. Lleva en su pecho a dos de los hijos de esta deidad, quienes se encargan de hacerle cumplir sus promesas iniciáticas de proveerlo con sangre y vísceras humanas:

“El 'sacrificio humano' por medio de la hechicería es indispensable para la permanencia de su gente, y periódicamente el *Joarotu* está obligado a usar su honda mágica y sus dardos de humo de tabaco para matar por este medio a alguna persona de una comunidad vecina.” (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007: 368).

Si es cumplido la deidad protectora del *Joarotu*, ésta expresa su agradecimiento dotando

de su iniciación a entrar en el mundo de la concreción de los espíritus sobrenaturales (Guanire *et al.* 2008).

a su servidor con el poder de curar las enfermedades que van acompañadas de pérdida de sangre (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007). En este sentido las personas se enferman por *joa*, un aire negro que sale de la boca del *Joarotu*, el cual se aloja en el estómago, es duro y se mueve violentamente. La *joa* se asocia con enfermedades en donde el paciente sangra y puede ocasionar muerte rápida. Ni el *Wisiratu* ni el *Najanaratu* pueden curar a un paciente por *joa*, para ello el *Joarotu* entona cantos, también llamados *joa*, para sacar con sus manos estas enfermedades del cuerpo, y luego mediante sueño descubre quien envió el daño (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007; Nava 2012). El *Joarotu*, así como puede causar la muerte, también es considerado un médico warao porque puede salvar a una persona por daño causado por otro *Joarotu*, pues éstos no dañan a las personas de su propia comunidad. Por ese motivo, constantemente son responsabilizados por las enfermedades en donde las personas pierden sangre. De cualquier manera, cuando una persona se enferma con esos síntomas primero acuden a él y luego al *Bajanarotu* (Nava 2012).

El *Bajanarotu*, o “brujo de fuego”, es considerado por algunos más peligroso que el *Joarotu*. Lleva en su pecho a dos de los hijos del espíritu *jebu*, que actúan como entes tutelares, los cuales pueden salir por sus brazos como dardos y causar enfermedades o la muerte rápida. La gente enferma por *bajana*, cuando es así el *Bajanarotu* les alivia de objetos *bajana* (puede ser una tapa de refresco, botones, hebra de moriche, piedritas, etc.), mientras que si él crea el daño, se traga y envía como una flecha dichos objetos a la víctima, los cuales se alojan en el cuerpo de ésta (frecuentemente espalda o abdomen) provocándole dolor o daño *bajana*. El *Bajanarotu* obtiene su poder del “espíritu del tabaco” y de *Mawari*, deidad representada por un gavilán tijereta relacionada con agudas crisis de salud y muertes repentinas. El daño *bajana* sólo lo cura el *Bajanarotu* (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007; Nava 2012).

En una investigación realizada por Marilse Rosa en colaboración con la ACNUR abordan la manera en que los grupos warao se han desplazado por todo Brasil desde el 2014. Este desplazamiento es descrito como un entramado de relaciones sociales establecidas mediante vínculos de parentesco y amistad, en cuyas redes los grupos warao además de hacer circular bienes como artesanía, alimento, ropa y dinero, también circulan información y saberes que

se convierten en motivaciones para los desplazamientos (Rosa *et al.* 2021). Además de las diversas motivaciones, que ya hemos abordado a lo largo de este trabajo, resalto aquí los conflictos internos entre grupos como situación que influencia la decisión de mudarse a otra ciudad o a separarse de las aglomeraciones. La autora encontró que algunas familias extensas se separaron debido a que algunos núcleos familiares se convirtieron a alguna religión neopentecostal y no aceptaron continuar viviendo con familias que no se convirtieron. Otro motivo resaltante en la separación de grupos warao y el desplazamiento es para alejarse de grupos en donde hay brujos que se dedican a “hacer trabajos”. Esta situación es de extrema precaución ya que los maleficios son dirigidos frecuentemente para causar la muerte (Rosa *et al.* 2021). Aunque cabe reconocer que los warao también acuden a los servicios de los *Joarotu* y *Bajanarotu* para enviar daño y ocasionar la muerte a otras personas, esto se da cuando hay personas en conflicto, y si la persona muere esto profundiza el disgusto entre las familias, ya que el *Joarotu* puede informar a los familiares quien envió el daño (Nava 2012).

Por otro lado, alejarse de grupos con personas potencialmente peligrosas no ha sido tan difícil como lo ha sido requerir un *Wisiratu* durante el tránsito migratorio para enfrentar la enfermedad, e incluso a veces tampoco encuentran un brujo para tratar otros daños espirituales durante el mismo tránsito, estas son dificultades a las que se enfrentan algunas familias.

Cuando la esposa de Jeremías enfermó en el 2017 coincidió que ellos habían regresado a Venezuela y un curandero de la comunidad en *Araguabisi* “le puso un daño” que le hacía arrojar sangre diariamente, por el “mal de la mujer”, hasta que ella murió. Sin embargo, no todos los warao se encontraban en un momento en el que podían regresar a Venezuela, y cuando llegaron a encontrar algún curandero en Manaus, éste les cobraba mucho dinero, hasta 3.000 reais.

Neybis comenta que en su trayecto encontró varias personas que fueron embrujadas, pero no encontraron chamán y se murieron. Uno de estos casos es el de la prima de su esposa, quien murió en Manaus a los 17 años. Informa Neybis que:

No era una enfermedad, ella tenía dolor de estómago, fiebre, se ponía más flaca. [...] Un curandero puso un trabajo para ella en Venezuela, le hicieron un trabajo. [...] Si una persona siente un dolor fuerte en la barriga eso ya no es enfermedad, sino eso ya es mal espíritu; y si no hay curandero es capaz de morir, se muere, si no ayuda para que ella se recupere los familiares están ahí hasta que ella se muere. [...] Hay varios mal espíritu, hay unos que atacan como enfermedad, da fiebre, dolor de cabeza, se pone flaca, si no va con un curandero ella se muere.

Cuando Neybis habla sobre estos acontecimientos parece que él tiene claro de dónde viene y quién ocasiona un embrujo, pues, aunque cada uno de los chamanes warao cura determinadas enfermedades, han caracterizado al *Wisiratu* como esencialmente benévolo, y al *Joarotu* y *Bajanarotu* como malévolos pues son estos quienes dañan (Guanire 2008). Arminda también los diferencia:

Uno para morir es muy difícil [...] el warao no se muere por enfermedad; por diarrea, fiebre, qué va... [...] se muere cuando el chamán le pone trabajo, se embruja, se muere, si no busca la manera para buscar a otro chamán se muere.

Uno de los chamanes con los que Arminda se encontró fue en un abrigo de Boa Vista, él murió allí, sin embargo, no pareció haber impactado el suceso, pues el señor “era de los malos”, ya que, “chamán bueno que se muere es doloroso porque ha salvado vidas”. Celso recuerda cuando su hija necesitó asistencia del *Wisiratu*:

Mi hija se enfermó allá en Tucupita, ella tenía fiebre y diarrea. Fueron con *wisiratu* de España. Hay varios chamanes que les gusta matar a una persona, echarle brujos. El *wisiratu* es diferente porque él no mata, él que mata no puede con el *wisiratu*, pero él no sale de su comunidad toda la gente que están ahí están apoderados por él, todo los que se enferman él los cura, hay gente que salen con él y saben que si los muerde una culebra él los cura.

Las personas se muestran incomodadas con las posibilidades de los *Joarotu* y los *Bajanarotu* ocasionar muertes en ofrenda al Dios del inframundo, sin embargo, ellos, los “brujos”, saben conjuros para “hacer un trabajo al alguien”, explica Celso que ellos mandan

trabajos solicitados por personas que tienen conflictos con otras, y de esta forma ocasionarles la muerte. Antes este recurso social, en Venezuela, han cobrado gran importancia los “curiosos”, éstos son brujos no warao que trabajan en los poblados del Delta, y a ellos también se les atribuyen la facultad de ocasionar enfermedad y muerte, o de curar, pero con elementos materiales nuevos, por ejemplo, velas (Nava 2012).

De la misma forma, también existe la gente “curiosa” warao quienes aprenden técnicas de cura que no necesariamente se refiere a la medicina de los warao, sino aprenden de otros lugares a donde van o de otras personas que conocen. Evelio aprendió del papá del cuñado de su esposa Casilda. Este señor, que está en Maturín, le mandó a Evelio por WhatsApp oraciones católicas y la manera de orar dependiendo del malestar de la persona. Cuando viajaron de Manaus a Belém en barco había un niño con fiebre que no paraba de llorar, así que Evelio se ofreció para ayudar al niño a quitarle la fiebre, y se la quitó. Aunque lleva poco tiempo que aprendió, indica Evelio, la gente ya lo ha mandado llamar:

Yo sé para huesos reventaos, a través de oraciones, mal de ojo, para eso yo aprendí. Cuando los niños están con vómito, dolor de muela, dolor de cabeza, fiebre [...] Eso no es brujería de Warao.

Sin embargo, los warao “curiosos” también han aprendido por otras fuentes la manera de poner trabajos y también ayudar, como lo comenta Celsio:

Los Warao aprenden porque son curiosos y aprenden magia negra para hacer mal a otros, aunque ellos también pueden ayudar. [...] Hay personas que aprenden cosa malas, aprende a través de un libro; en Brasil hay bastantes libros de eso, el libro lo lee y lo memoriza. Un trabajo para que se enamore de alguien.

Son diversos aspectos que continúan entretejiéndose en el transitar de las familias warao en Belém, alimentación como práctica de cuidado, y preferencias terapéuticas mediante la atención de un chamán se presentan de manera antagónica por ser estar ellos fuera de sus territorios en Venezuela. Conforme los relatos, a Brasil vinieron chamanes *Wisiratu*, y algunos

de ellos llegaron a fallecer, pues ya eran hombres ancianos. Hasta el momento las familias únicamente hacen referencia de brujos, es decir, no indican la especialidad chamánica de éstos, o si por acaso fue algún curioso quien puso el trabajo. Por otro lado, es importante conocer las nuevas relaciones que se desprenden en torno al papel de estos terapeutas en la dinámica transitoria en Brasil. Y a la vez surgen nuevas preguntas, por ejemplo, la relación de las familias warao con la oferta terapéutica tan rica que existe en Belém.

viii. Uso de medicamentos y los servicios de salud

La relación de las comunidades warao con los servicios médicos del estado en el Delta ha sido lenta. La primera vez que se vio la necesidad de la medicina criolla de manera urgente y que orilló el desplazamiento masivo de miles de indígenas warao a las ciudades fue en 1992, ante una epidemia de cólera que arrasó con la vida de aproximadamente 500 indígenas por un brote que se expandía en las comunidades más olvidadas y remotas, entre ellas el caño Mariusa, en donde se encuentra el prototipo de “indígena puro”, y en donde no habían servicios de salud y tampoco se les había llevado la información acerca del cólera (Martini-Briggs 2018). Los warao desde antes de esta epidemia sabían que la medicina criolla puede curar las enfermedades que son de los criollos, pero siempre dieron prioridad a los diagnósticos dados por los chamanes y las mujeres fitoterapeutas de sus comunidades, ya que estos mismos terapeutas envían a los warao a los centros de salud si lo consideran necesario (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007). Sin embargo, mientras la relación entre ambas terapias convive entre las opciones para los warao, los impases se manifiestan desde hace mucho tiempo. En los centros de salud de los poblados del Delta los médicos consideran que los warao son negligentes al dejar pasar tanto tiempo afectando su salud sin acudir a los centro de salud y porque no se adhieren a los tratamientos, pues suspenden los medicamentos cuando sienten mejoría (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007). Estos aspectos se repiten en la asistencia médica en Brasil. E incluso, veremos que la calidad de la asistencia médica es alterada por la percepción de los profesionales de salud acerca de la “incapacidad innata y cultural de la subalternidad” de los warao, que no les permite interiorizar las prácticas de

higiene ni proveer a sí mismos ni a sus hijos de cuidados básicos (Martini-Briggs 2018).

Dassuem Reis Nogueira sugiere que los warao presentes en Brasil están en constante vulnerabilidad de sufrir el doble preconceito proveniente de los profesionales de salud; por la falta de higiene que es atribuida a las poblaciones indígenas y también por ser migrantes en condiciones extremas de pobreza y porque son riesgo de transmisión de enfermedades (Nogueira 2019).

Algunas experiencias de ellos mismos muestran cómo ha sido el desarrollo de esta relación con los servicios de salud:

Celso, Arminda y sus hijos estuvieron muy poco tiempo en Belém, después de casi un mes ellos se fueron a Pernambuco para reunirse con otros familiares en septiembre del 2019: Estuve casi un año sin poder comunicarme con ellos, creí que no volvería a hablarles, pero en una ocasión, sorpresivamente, escuché a Celso en una charla sobre migración y salud en Brasil en donde Celso fue invitado con la ayuda de un asistente del “Serviço Pastoral dos Migrantes do Nordeste”. En esta charla vía zoom Celso habló acerca de su experiencia en un centro de salud que queda cerca de donde viven en Jaboatão dos Guararapes.

Celso comenta que llevaron a su madre de 75 años a una Unidades Básica de Saúde porque ella tenía un dolor de cabeza muy fuerte, pero no la atendieron de manera inmediata y falleció a los 27 días, un poco antes de la fecha de un examen que se le habían programado. A pesar de lo común que es la espera en las unidades de salud de la red pública, esto generó en Celso la sensación de que en el hospital no quisieron atenderlos y en consecuencia han acudido pocas veces a las unidades de salud: “No tenemos ninguna participación en ese centro, entre nosotros hacemos remedio de ajo y limón”.

Por otro lado, Celso acudió al mismo centro debido a que la piel de su hijo pequeño tenía una infección que Celso reconoció como “puri-puri”, son unas lesiones en la piel características de la hemolinfa de un escarabajo del género *Paederus*, comunes en áreas tropicales. Sin embargo, en el centro de salud, le dijeron a Celso que solo bañándose se le quitaría. Este tipo de respuesta discriminatoria no contribuye a que los servicios de salud sean utilizados, no por

la desconfianza a la medicina criolla sino por el trato que ellos reciben al llegar ahí, conforme lo percibe Celso: “yo siento como que los doctores nos han rechazado”.

El acercamiento a esta cuestión en Belém fue mediante las observaciones en la enfermería del refugio Tapanã, ahí vimos que, no existe reconocimiento oficial de los chamanes como autoridad para diagnosticar la enfermedad de las personas y no son incluidos para estar presentes en la enfermería, y debido a la carencia de acceso a los materiales para realizar remedios caseros, la gente acude inicialmente a los medicamentos farmacéuticos. Una de las ventajas para los migrantes warao en el refugio Tapanã es que se da prioridad a los pacientes especiales con respecto a su medicamento y monitoreo. Además, se observa que con frecuencia las personas acuden a la enfermería por medicamentos farmacéuticos para aliviar diversos dolores y malestares. Eventualmente, también fueron mostradas las dificultades económicas para adquirir medicamentos específicos cuando éstos eran recetados por el médico del Consultorio na Rua, y además existen personas que buscan atención médica de los chamanes warao de la ciudad. Sin embargo, en el refugio no se brinda alternativas o explicaciones en torno a las tendencias que los propios warao muestran, no ha habido diálogo de entendimiento en torno a las técnicas de atención médica que llegan a ser rechazadas.

Las familias que conocimos en Belém que viven fuera del refugio son personas que, si tienen oportunidad, inicialmente buscan medicamentos de farmacia para aliviar principalmente: vómito, diarrea, dolor de cabeza, dolor de estómago, fiebre, infecciones de garganta y tos. Cabe distinguir que, tanto en el refugio Tapanã como en el caso de las familias que viven fuera de él no manifestaron información acerca del “Programa Farmácia Popular do Brasil” y tampoco en donde se localizan las farmacias con el permiso de distribución gratuita de medicamentos “Aqui Tem Farmácia Popular”. Esta carencia de articulación institucional para facilitar la autonomía de los indígenas warao en cuanto a la facilidad de acceso a los servicios en la ciudad ocasiona que quienes pueden hacerlo compran los medicamentos en la farmacia privada, tornando a éstas el principal acceso a medicamentos de las familias que no viven en los refugios.

Las familias en Belém rentan junto a familias parientes por lo que es común que en los domicilios haya mínimo tres familias nucleares. El CnaR se mantiene informado acerca de los domicilios de las familias warao que deciden vivir fuera del refugio, de esta manera, realizan visitas domiciliarias en estos lugares a los cuales acuden una vez por semana, a veces una vez cada dos semana y a veces únicamente cuando son llamados. En ese sentido el CnaR mantiene registro de las personas recién llegadas al municipio y con ello se disponen a realizar test rápidos para detectar coronavirus, y registran el peso, estatura y la presión sanguínea.

El equipo de Consultório na Rua cuando realiza las visitas domiciliarias observa e identifica las situaciones o condiciones del estado físico que agraven la salud de las personas. Cuando es necesario este equipo acompaña a la persona a las Unidades Básicas de Saúde del SUS que están cerca del lugar. Existe un número telefónico en el cual es posible solicitar la visita urgente del CnaR, pero no todos lo llegan a hacer, sino a veces quien llama es la arrendataria de los domicilios o los caciques, en consecuencia, la búsqueda de asistencia médica por parte del CnaR así como el uso de las unidades básicas de salud de las familias que conocí es bajo. Quienes compran medicinas en la farmacia a veces conocen el nombre de los medicamentos, y a veces únicamente hablan el síntoma que presentan ellos o sus familiares y así en la farmacia le venden un medicamento relativo a ese síntoma.

En la sección i del capítulo III (Atención médica en la enfermería del refugio Tapanã), propuse que sería interesante investigar más detenidamente algunos aspectos observados con respecto al seguimiento de tratamientos y el rechazo a técnicas de asistencia médica. Fue posible acercarnos al por qué del rechazo al suero oral y si había alguna relación con la sangre, también se indagó en el rechazo a la hospitalización y finalmente abordamos la búsqueda de la cura chamánica.

Cuando Evelio estaba en un refugio en Manaus fue solicitado para ser auxiliar en el monitoreo de salud, y por su dominio del idioma español acompañaba a las personas al hospital, principalmente a las mujeres embarazadas. Evelio comprende que la medicina criolla intenta ayudarles, si bien él mismo observó en los refugios que hay muchos warao que no

aceptan todas las técnicas de la medicina criolla:

Hay gente que no quieren que le pongan suero, no quieren ni que le tomen la presión, no quieren ni que le saquen sangre, pero la gente de los que no entienden [...] es para hacer estudios para los médicos saber que tiene, porque está en la manos de los médicos del hospital no está en las manos de los medicamentos caseros.

Evelio opina que es importante confiar en los medicamentos de hospital y los caseros, por ejemplo, con respecto al uso del suero oral: “lo que es suero oral obligatoriamente tiene que beber”, aunque exista la “medicina en la que nosotros confiamos [...] que nosotros hemos aprobado”. Sin embargo, no todos lo entienden, según comenta Evelio la gente preferiría la fruta del temiche (*Manicaria saccifera*) en lugar de beber suero, pero en el refugio y en los hospitales se les debe explicar, como él lo hacía con la gente que acompañaba. Aquí se resalta lo que Celso dijo al respecto:

Ellos dicen que no quiere poner suero, pero nosotros para beber, la persona tiene que estar débil o con diarrea, nosotros le damos limón, en la montaña le damos la fruta de temiche (*nakoro*), ese es medicamento, esa es agua, igualito que el agua de coco, es la medicina que nosotros confiamos.

En plena pandemia, agosto del 2020, uno de los proyectos en los que estuvo involucrado el CnaR fue investigar la prevalencia de COVID-19 en la población warao en Belém, para ello los técnicos de enfermería y los enfermeros debían extraer 5 ml de sangre por venopunción para realizar estudios de sangre ELISA, y de este modo detectar los anticuerpos IgG anti-SARS-Co V-2. En esta actividad decidí mantenerme al margen porque sabía que la extracción sanguínea como procedimiento técnico es rechazado todavía por muchos warao. Sin embargo, mantuve contacto con el equipo que realizaba tal investigación y supe que lograron realizar las extracciones, aunque también hubo personas que se rehusaron al procedimiento. Aunque el estudio no abarcó al grueso de la población warao en Belém, con los resultados de la alta prevalencia, el Consultório na Rua emitió una nota técnica en donde recomendó a la prefectura de Belém considerar a los indígenas warao como grupo prioritario para ser

vacunados, actividad que comenzó en marzo del 2021 para adultos mayores y priorizando el refugio Tapanã como sede de vacunación.

Cabe destacar que el mismo CnaR brindó pláticas informativas acerca del COVID-19 y realizaban actividades sobre prácticas preventivas en diferentes domicilios, como lavado de manos. Los grupos estaban informados acerca de la enfermedad en la ciudad y del riesgo de contagio, entonces, ¿qué sucedió con todos aquellos que no quisieron participar en la colecta de sangre pese a la contingencia sanitaria y la alta incidencia de contagios?

Las familias que conocí en Campos Sales nuevamente me ayudaron para esclarecer algunas de estas dudas. Con respecto al rechazo a la extracción de sangre, Celso comenta que algunos de los aspectos que les inconforma a los warao es que les quieran extraer dos tubos, porque cuando es así la gente se marea y se asusta.

Allá en Venezuela cuando los doctores sacan sangre a un niño ellos sacan una sola jeringa y ya, pero aquí no lo hace así, porque aquí saca una jeringa, y a la hora saca otra. Ahí es en donde ellos se molestan porque ellos ven que entre más sacan sangre se van debilitando más [...] aquí las jeringas son grandísimas y ellos agarran lleno. [...] Ahora con el coronavirus saca sangre, entonces saca sangre, saca sangre. El warao ve eso y se molesta. Yo tengo un nieto mío que tiene asma, él tiene asma, se curó en el hospital se curó, pero está débil. Entre más saca sangre se debilita.

Todo esto remite nuevamente a las observaciones de Wilbert y Lafée-Wilbert, pues ellos comentan que para los warao la sangre está directamente relacionada con la fuerza física del individuo, resistencia que es mayor en los hombres ya que las mujeres pierden sangre en la menstruación y en el parto, de cualquier manera todos los individuos pueden recuperar la fuerza de la sangre si se alimentan bien, sin embargo, también consideran que la sangre no se renueva (Wilbert y Lafée-Wilbert 2011). Por este motivo la pérdida de sangre es un acontecimiento altamente riesgoso porque además de la disminución de vitalidad y capacidad reproductiva de las personas, ellas son expuestas a que su estado 'sin olor' sea invadido por un olor fétido y de este modo enfermen (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007).

Es posible que por este motivo en Brasil vemos que hay muchos warao que se resisten a la extracción de sangre o cualquier otro procedimiento en donde haya la posibilidad de que su sangre sea afectada, comenta Evelio:

Yo fui una vez cuando yo estaba en Manaus, cuando a mi me tocaba ir con los pacientes, un señor él nunca había llegado ahí. Él no entendía español ni nada, él no quería ni que le sacaran la sangre, él no quería ni aunque fuera una jeringa que le sacaran. Si los médicos quieren saber qué es lo que tiene, obligatoriamente tiene que sacar sangre es mejor que él estuviera tranquilo porque los médicos no lo iban a dejar salir de ahí si no le sacaban sangre. Yo le tuve que decir en warao. En verdad él no quería.

Esta misma situación puede acontecer con el suministro de suero, conforme relata Wilbert y Lafée-Wilbert (2007), los warao llegan a tener desconfianza a este procedimiento por considerarlo un proceso de diluir la sangre con agua. En Venezuela la muerte de pacientes warao por disolución de la sangre con agua fue una acusación frecuente de los familiares hacia los médicos o enfermeras. Esta misma desconfianza sucedió con respecto a la aplicación de vacunas en la década de 1970 ya que los warao asociaban la muerte con las reacciones febriles de las mismas. Ahí tuvo que acontecer la interlocución de los representantes del Ministerio de Salud en Venezuela para ayudar a evitar los temores a las vacunas. Con respecto a la aplicación de suero fisiológico inyectable y el miedo a las vacunas, son aspectos que son aceptados, no ha sido así en el campo de la ginecología y la obstetricia, hoy en día “una gran mayoría de mujeres se sienten sumamente incómodas al someterse a un chequeo médico llevado a cabo por un criollo” (Wilbert y Lafée-Wilbert 2007: 370).

En Brasil, en las diferentes ciudades por donde han pasado los warao se ha registrado resistencia a la hospitalización (Nogueira 2019; Rosa *et al.* 2021). Algunas observaciones sugieren que esta situación ocurre porque la atención dada no es con suficiente respeto al cuerpo y a la persona de los pacientes warao en los hospitales, por lo que ante la carencia de ese vínculo de confianza hacia los servicios de salud se resisten a ir a un hospital incluso en estados graves de salud (Nogueira 2019). También se sugiere que el rechazo ocurre debido a que quienes necesitan atención médica, quizá esperarían primero la evaluación de los

terapeutas warao antes de ser hospitalizados. Además, existen relatos en los cuales los pacientes o sus familiares no sintieron que se les haya explicado o consultados acerca de los procedimientos médicos, principalmente mujeres que no fueron informadas acerca de la aplicación de inyecciones anticonceptivas. También ocurrió que los equipos de salud de los abrigos y en los hospitales descalifican la concepción indígena acerca de daño warao o brujería, aspecto que ha generado rechazo al tratamiento biomédico (Rosa *et al.* 2021).

Finalmente, se aprecia que, ante la falta de atención diferenciada, los pacientes viven experiencias que con el tiempo evitan la consolidación de las relaciones de confianza hacia el sistema de salud. Así como en Belém es sabido que hay mujeres que no querían parir en hospitales, también se ven casos en que las familias no acostumbran a beber la solución de suero oral cuando se les prescribe, así como también fue observada la incomodidad que causó que esta misma solución entrara en contacto con heridas abiertas. Estos aspectos muestran que las diferencias aún son expresadas en los atendimientos médicos, incluso aunque la biomedicina cada vez sea menos controversial para los warao.

El último aspecto propuesto como punto para investigar más a detalle es la búsqueda de la cura chamánica, que abordamos en un apartado especial para mostrar un panorama acerca de la presencia de curadores en la ciudad.

ix. El sentido de pertenencia

La palabra Outeiro me resonaba desde que la enfermera y el equipo de salud del abrigo Tapanã comentaron que una señora había salido a buscar un brujo en la playa en Outeiro, esa fue la razón que dieron los familiares de la señora. En ese momento, me pregunté: ¿se trata de un chamán warao? ¿por qué está en ese lugar? ¿qué o quién hay en ese lugar? La primera vez que fui a Outeiro conocí dos casas en donde habían familias warao viviendo en el barrio Brasília. Especialmente, la casa en la calle Prosperidade llamó mucho mi atención. Tiene cualidades de una casa rural, las viviendas que son de una planta forman un rectángulo dejando un patio central en donde en ese momento había un gallinero y algunos perros.

Cayendo el atardecer se veía claramente la luna casi llena y a los alrededores las palmeras de açai y los árboles de mango se movían con el viento.

En marzo de 2021 regresé a Outeiro, aunque es un distrito que forma parte de Belém, próximo al lugar, al atravesar un puente te permite ver que Outeiro es una isla, también llamada Caratateua. Esta isla es muy visitada por sus playas y porque no es difícil llegar en transporte público. Es un lugar con más vegetación y se ven muchas calles de tierra, con excepción de la vía principal. Llegué nuevamente a la casa Prosperidade porque Evelio y su familia, incluyendo su hija Norbelyas con su esposo e hijos decidieron mudarse allí. Cuando llegué llevaban seis meses rentando en esa vivienda. En una de las veces que fui a Prosperidade encontré a Evelio y a Casilda en la esquina de la cuadra, se les veía tranquilos, observando, mientras comían mango. Cerca de la casa, en la avenida principal hay tiendas locales de açai, estética, abarrotes en general, entre otros.



Figura 17- Calle Prosperidade, Outeiro

La primera casa del lado izquierdo es la casa de las familias warao, afuera juegan niños warao y
brasileños

Decidieron dejar Campos Sales por que era una zona muy insegura. Por otro lado, aunque los niños ya no salen después de las seis de la tarde, había un vecino que constantemente les decía que no dejaran salir a los niños, pero “a los niños no les gusta estar todo el tiempo adentro” ese era un inconveniente para Evelio. Además, pagaban mucho dinero por la renta. Llegaron Outeiro por que es la referencia que supieron por varias fuentes: un lugar en donde la renta es más barata y también rentan otros warao. Incluso fue una sorpresa para ellos cuando ya estando ahí les dijeron que hay playas.

Algunos aspectos que notan en su nueva residencia es que en Campos Sales era más fácil comprar verduras y pescado, en general, todo estaba cerca, y podían variar más su comida. Este es un aspecto que ocurre de manera diferente en Outeiro, porque para comprar insumos toman un camión que los deja en el mercado de Brasília, ahí “todo el día se consigue la verdura y el pescado”. Evelio también va viendo muebles, ya que está pensando comprar una cama y una mesa, y tiene en mente conseguir uno de los anhelos de Casilda, una lavadora con secadora porque todas las familias de la vivienda lavan en los únicos dos lavaderos que están al final de la casa. De cualquier manera, a dos cuadras a veces venden la verdura que normalmente consumen. Así lo comenta Casilda, compran plátano y yuca para hacer sopa, también compran papa, a veces manzanas, y guayabas para hacer jugo, comen mucho mango principalmente lo toman de los arboles. Para Casilda la carne les gusta, pero es más rico el cangrejo. En casa ellos tienen una parrilla de gas la cual comparten con su hija Neybis, quien viven a un lado. Tener una parrilla de gas es un aspecto que las familias procuran tener, si tienen posibilidades las adquieren para no cocinar con leña o carbón. En las fotos se observa a Casilda friendo pollo el cual comerán con arroz y arepas de trigo sin aceite.



Figura 18 – Cocina de Casilda con parrilla de gas y arepas recién hechas.



Figura 19 – Casilda cortando pollo afuera de su vivienda.

Estas dos familias no han requerido ir a las Unidades Básicas de Saúde de la ciudad, indican que su medio de atención ha sido el Consultório na Rua. Evelio considera que cuando ellos estaban en Campos Sales, la visita de ellos era más frecuente, dice que a veces pasaban por ahí más de una vez a la semana. ADRA lleva cestas básicas, pero a veces se tarda y los insumos que más utilizan los consumen muy rápido, esto es el caso del arroz y la pasta. ACNUR también les lleva productos de limpieza, a veces cada tres meses. La sensación de Evelio es que al estar más lejos la asistencia social es menos regular, aspecto diferente con respecto a los warao de los refugios.



Figura 20 - Norbelyas y Neibys se preparan para comer pasta hervida.

Evelio y su familia, incluyendo Norbelyas y Neybis, expresan satisfacción de vivir en la casa de Posperidade porque tiene acceso a comida, pagan mucho menos dinero, pueden pedir, pueden ahorrar y no están siendo vigilados, así lo expresa Evelio:

Aquí, por lo menos, mi opinión, nosotros estamos aquí mejor porque nadie nos llama la atención. Las cosas que nosotros queremos hacer hacemos [...] aquí nosotros estamos libres [...] si queremos salir salimos [...] dar una vuelta a la playa [...] salimos a pedir. Nosotros allá en Venezuela nos gustaba vivir así. Aquí habemos gente que sabe pescar de noche, pero nosotros no tenemos material, así nosotros vendíamos pescado, también vendía ocumo.

No obstante, continúa Evelio, “la situación no está muy bueno bueno, estaría si la mayoría estuviera trabajando”. Evelio trabajó en Manaus trabajó vendiendo agua, paletas de hielo, y en un salón de convivencia, pero todos esos trabajos fueron temporales. Aunque en Manaus encontraban más alimentos que les gusta, por otro lado, había más presión del Consejo Tutelar, de manera general había más presión para que los warao estuvieran en los refugios. De este modo, mucha gente en lugar de salir de los refugios para pagar renta y dedicarse a pedir prefirieron salir del estado e irse a Santarém o a Belém. Así fue como Evelio pasó a pedir dinero en las calles de Belém, y prefiere continuar haciéndolo porque sabe que, si van a un refugio, a cambio de ayuda los limitarán para salir, pero así sin trabajo. Incluso estando en Prosperidad hay “gente de la prefectura” (servidores públicos del municipio) que los han buscado para preguntarles si desean ir al refugio, pero Evelio se muestra seguro de su decisión. Aún así, reconoce que es difícil, porque a veces viven al día. Especialmente en los periodos de restricción por la pandemia por COVID-19, llegaban a casa con los bolsillos casi vacíos:

De verdad, no estamos consiguiendo nada, la gente nos dice, ustedes tienen que quedarse en casa, ustedes se van a morir. ¿Cómo podemos hacer? no podemos hacer mas nada, nosotros tenemos que buscar cualquier cosa para sustentar a la familia.

Evelio y Casilda comentan que si las cosas en Venezuela mejoran ellos regresarían. No obstante, ahora ellos quieren estar en Belém, y en ese querer estar surgen nuevos objetivos

y proyecciones los cuales se vinculan con la forma de vivir en el lugar en donde se encuentran. Ahorrar y comprar cosas, continuar buscando oportunidades, como conseguir una credencial para para pagar menos por el pasaje (carteira de meia passagem), poder abrir una caja de ahorro, y Evelio también deseaba ser el nuevo cacique, una vez que la cacica hasta ese momento iba a salir. Evelio considera que él por haber sido cacique en otros refugios en Manaus, y lo que eso implica, es decir, tener fluidez con el idioma español, es una oportunidad para poder ser contratado por las dependencias con respecto a los warao refugiados en Belém. Evelio, así como Casilda, menciona a sus nietas y los deseos de trabajar y comprar muebles, el deseo de regresar a Venezuela cada vez es más débil.

Las dos hijas de Norbelyas nacieron en Brasil, y en ese momento ella estaba embarazada. Evelio decía en un tono de orgullo y sorpresa que su nieta mayor estaba aprendiendo hablar portugués.



Figura 21 - Norbelyas, Casilda y las niñas en la casa de Prosperidade.

Conocí a Mariluz cuando fui por primera vez a la casa de Prosperidade, ella estaba fungiendo como representante, también llamada cacica entre las personas. Por ese motivo, cuando regresé a Prosperidade hablé inicialmente con ella para explicarle que estaría visitando regularmente a algunas familias.

Mariluz es originaria de Aaraguabisi y vivió una temporada en Tucupita mientras estudiaba el bachillerato. Llegó a Brasil junto con su esposo hace cuatro años, pero en Belém nunca vivió en un refugio. Según lo comenta: “Había muchos conflictos entre nosotros mismos” esa es la impresión que Mariluz recuerda de vivir en los refugios. Uno de los motivos que ella puedo distinguir es que los conflictos en parte eran por colocar juntos a grupos con diferente grado de estudios:

Hay algunos warao que eran estudiados, profesional licenciados, por ejemplo, en mi grupo hay bachilleres. En el otro grupo de cacique hay quien han sacado su licenciatura. En ese caso el que tiene documento de licenciatura no quería que un bachiller se quedara con un cargo, de maestro, promotor de salud. Entonces de ahí venía el problema.

Otro conflicto muy importante y decisivo para la convivencia de diferentes grupos en los refugios, e incluso en la casa de Prosperidade cuando ella llegó hace dos años, es la actitud de los caciques con respecto al reparto de donaciones. En Prosperidade había un cacique que se quedaba con la mayor parte de las donaciones: ropa, pañales, pollo, todo lo que llegaba para repartir entre los warao: “Uno como era nuevo no podía decir nada”. Mariluz continúa:

Pero un día, cónchale, un día yo vi lo que había pasado. Quedaron niños, familias que quedaron sin sus bolsas de alimentos. Entonces, o sea, yo dije, no, aquí hay que hacer algo porque no tiene que ser así, todo el mundo necesitamos, todo el mundo venimos por necesidad, entonces no es para estar haciendo eso.

El cacique junto con otras familias se fue, y Mariluz comenzó a censar a las personas para repartir las donaciones de manera equitativa. Ella sabe que por enseñanzas de sus abuelos era obligación tener un cacique hombre, pero ahí en Prosperidade fue ella quien comenzó a estar

al pendiente de la comida que llegaba. De esta manera, cuando empezaron a llegar las instancias de asistencia social ellos pedían dirigirse con un representante, así que hablaron entre los warao que estaban ahí, y Mariluz se quedó como representante. Aunque mucha gente le dice cacica ella prefiere ser llamada representante.

La asistencia social cada vez fue más presente en Prosperidade. La ONG Aldeas infantil SOS les ayudó a diversas personas a renovar los protocolos de solicitud de refugio que tenían vencidos desde que llegaron a Brasil, protocolo que es valido por un año y es el único documento de identificación oficial. ANUR se encarga de contabilizar a las personas y a veces llevan productos de limpieza. ADRA lleva cestas básicas y el equipo de CnaR realiza visitas domiciliarias semanalmente. No obstante, comenta Mariluz: “no pasan consulta como antes, pero están pendientes quien está enfermo, pero así de pasar consulta ya no lo hacen”. Inicialmente, el médico asistía a las visitas domiciliarias junto con los enfermeros y si era necesario él les realizabas las prescripciones médicas con recetas.



Figura 22- Enfermeras del Consultório na Rua revisan a nueva familia que llegó de *Winikina*.

Las enfermeras realizan test rápido de COVID-19 y revisan a la recién nacida

Mariluz comenta que tiempo atrás los niños se enfermaban mucho, incluso hubo fallecimientos de niños por causa de sarampión y varicela. Actualmente, los padecimientos más comunes entre los niños en Prosperidade son diarrea, fiebre, gripe y tos. ¿Qué hacen cuando niños o adultos se enferman? Mariluz responde que, aunque hay una Unidad Básica de Saúde muy cerca la gente prácticamente no utiliza ese servicio de salud:

Cuando pasa eso, hay familias que en verdad no quieren ir para allá porque no saben hablar, no entienden, entonces les cuesta demasiado, prefieren quedarse aquí encerrados. Hasta que viene el Consultorio en la rua.

Mariluz opina que, en general, el uso de medicamentos es común entre los warao, especialmente el paracetamol y el ibuprofeno. Ella quizá conoce porque creció con familiares enfermeros y aprendió: “tengo un poquito de experiencia que aprendí de mi casa. Entonces si tiene fiebre le doy Paracetamol o ibuprofeno, si es diarrea hago remedio para la diarrea, si es resfriado también”. Otros medicamentos que Mariluz conoce son Loperamida para la diarrea, Florestor y Captopril para la presión arterial alta. Los medicamentos los compran en una farmacia que encontraron cerca, y les venden sin receta. Mariluz conoce algunos remedios con limón, y de la familia de su esposo, quienes son de Pedernales, aprendió a prepararlos con ajo:

Las familias que están aquí ellos vienen del municipio Pedernales [...] cuando llego aquí entonces, ellos pues, utilizan el ajo cuando tiene vómito, cuando los niños tienen lombrices se lo dan sancochado, hay veces que se lo dan como pastillas, y algunas veces lo dan con agua. [...] Si es para la fiebre se sancocha el limón y se lo toma caliente; para la diarrea exprime el limón y toma dos cucharadas del jugo, para la lombriz también, con un poco de agua.

Por otro lado, además del consumo de medicamentos y remedios específicos hechos por ellos como fuente de autocuidado, existe otra fuente de acceso a la salud que figura ser muy recurrida entre las familias de la casa de Prosperidade. En otro barrio de Outeiro hay una comunidad warao y entre ellos hay dos brujos. Mariluz indica que, más de tres familias van para Itaiteua a buscar chamán, y uno de los chamanes también ha ido a Prosperidade a visitar

a otras familias. Incluso Mariluz también ha recurrido al chamán para aliviar dolores del cuerpo.

Con respecto a las observaciones que hemos mencionado en apartados previos, a Mariluz le consta que, “la mayoría de los warao no toman suero” pues muchos de ellos prefieren “cortar” la diarrea, y no le gusta el suero en polvo. El rechazo a la extracción de sangre también es un aspecto que Mariluz ha visto con frecuencia porque “a mucha gente no les gusta, dicen: se me va acabar la sangre, me voy a enfermar y me voy a morir”.

Cuando el equipo del CnaR junto con estudiantes de medicina fueron a Prosperidade para extraer sangre a los warao y evaluar la prevalencia de COVID-19 sí hubo rechazo por algunas personas. Sin embargo, indica Mariluz, como se trataba de dicha enfermedad, entre ella y las familias realizaron la labor de convencimiento. Mas adelante, los enfermeros aplicaron las vacunas contra COVID-19. En ese momento, abril de 2020, en Prosperidade las personas mayores de 18 tenían la segunda dosis de la vacuna, con excepción de gestantes y lactantes.

En Prosperidad hubo dos mujeres que prefirieron parir dentro de sus casas, y además hace cuatro años Mariluz vio que en el refugio Pintolândia en Boa Vista - RR había mujeres que no querían ir al hospital y tenían sus partos en los refugios. Es decir, las mujeres desde que llegan a Brasil muestran tal preferencia. Para Mariluz ver partos no es una situación extraña, pues su mamá es comadrona y ella ayudó a muchas mujeres en Venezuela. Indica que, las comadronas, o por lo menos su mamá no usa plantas. En Prosperidade “ADRA es quien está al pendiente de las embarazadas” son ellos quienes las llevan al hospital. Es decir, las mujeres warao no procuran los cuidados prenatales a través de especialistas del embarazo o la salud de la mujer en el Centro de Atención Básica que está cerca.

Con respecto a la alimentación, aunque a veces reciben donación de cestas básicas, por parte de ADRA, la gente continúa con dificultades para alimentarse todo el mes: “Hay días que nos apoya con una bolsa y así dejamos de salir dos o tres días entonces cuando se nos acaba la bolsa salimos para pedir para la calle”. Los insumos que ellos compran para su alimentación constan de cambul, y guayaba para hacer jugo, a veces les regalan manzanas. Mariluz también comenta que la comida warao no lleva ajo y ni cebolla, incluso, hay mujeres que “solo con el

olor le hace mal”. No obstante, ella aprendió a cocinar con ajo, cebolla y tomate, además continúan comiendo papa y yuca, siendo estos dos últimos las verduras que más consumen. Aunque en los alrededores no ha visto moriche, en Redenção, otro municipio del estado de Pará, encontraron ocumo. Cuando tienen dinero compran pan para los niños, y si no hace arepas. También comen pollo, carne molida y a veces los fines de semana comen pescado. A veces desayunan coxinha si salen a la calle desde temprano.

Ser una representante mujer le ha traído algunas diferencias con hombres en Prosperidade, principalmente cuando comenzaron a llegar otras familias conforme lo dijo ella: “no estaban conformes con lo que yo era”. Evelio manifestó que él tenía años en el país y con experiencia como cacique, así que le dio a entender a Mariluz que renunciara. A todo ello, Mariluz comenta: “No es fácil decir: yo son cacique, yo soy responsable”, pero, aunque ella no recibía ningún beneficio económico le gustaba mostrar la forma en que se podían hacer mejor las cosas, y ella no aceptó renunciar. Hasta es momento, había tres hombres que se querían postular una vez que Mariluz saliera en esa misma semana.

Ulises Alberto Rincón Zárate (2021: 251) en su aproximación a la fenomenología de la inmigración y en la lectura de Joanna Pfaff-Czarnecka, explica que las personas establecen relaciones de afectividad, apropiación y simbolización con los lugares trazados en el tránsito de la migración. De este modo se entreteje la experiencia del sujeto de estar en los lugares. Así, el sentido de pertenencia de las personas migrantes emerge cuando continúan identificándose con los lugares a donde van viviendo aspectos de sus vidas a través de fronteras. Por lo tanto, las personas trazan límites con relación a sus deseos y necesidades, “demuestran perspectivas, luchas, matices, negociaciones, formas para y de pertenencia en una localidad” (Rincón 2021: 251).

Conforme pasan los años, las familias warao en la ciudad muestran nuevos intereses, así como satisfacciones e insatisfacciones al estar en ésta. Conforme los objetivos y acciones que las familias warao se esforzaban para alcanzar, el sentido de pertenencia resaltó, aún mas, cuando diversas familias de un mismo grupo decidieron salir de la casa Prosperidade para

mudarse a otro terreno localizado a unas cuadras. En este grupo estaba la familia del esposo de Mariluz.

A partir de ahora, un nuevo momento se presenta cuando las familias deciden detener indefinidamente el movimiento de desplazarse de un lugar a otro. Ahora, vivir en el lugar que escogen intersecta su condición de refugiados en el país y la manera en que continuamente se proyectarán en ese lugar a través de sus prácticas, necesidades y ansias.

Durante un tiempo las seis familias se dedicaron a derribar palmeras y abrir espacio para construir casas en un terreno frente a la Bahía de Santo Antônio, a unas cuadras de la calle Prosperidade.



Figura 23- Terreno y casas de la familia de Mariluz.

La familia del esposo de Mariluz son de Barra Cocuina ubicada en el municipio de Pedernales en el estado Delta Amacuro, aunque estas familias hablan warao también se escucha español entre las conversaciones que resuenan en la casa. Julio Guira viene con su

esposa, él es el padre de Joni, esposo de Mariluz, y de Zenaida y Roxana. Todos son casados y tiene hijos, en la casa hay otro muchacho soltero que es hijastro de Mariluz. Algunas familias llegaron primero, por ejemplo, la cuñada del señor Julio es quién llegó primero al estado y ella llegó hasta Outeiro, de este modo, el resto de las familias vivieron de la frontera hasta Belém directamente. Una vez en Belém se han dedicado a pedir dinero en las calles más el apoyo de Bolsa familia que las mujeres reciben; con los ahorros, comenta, compraron el material para construir las casas, pues los hombres saben de albañilería.



Figura 24 - Construcción de piso de cemento.

Después de 25 años pescando, el señor Julio se considera un pescador con experiencia: “yo soy uno de los pescadores, el mejor pescador conocido allá en Venezuela”. Comenta que todos los pescados que él pescaba en Venezuela también están en Belém: “todo lo que hay allá hay aquí”, aunque poco pescado salado. De cualquier manera, principalmente comen dorado y morocoto cuando pueden comprarlo, debido al precio de éstos. Cuando a las familias

se les pregunta por su alimentación nadie menciona que consumen refresco, especialmente Coca-cola, sin embargo, el consumo de este refresco es alto en todos los lugares que visité.



Figura 25 - Niña queriendo destapar el refresco que tiene en las manos.

Como las familias se acababan de mudar a este lugar, no todas las instancias de asistencia social lo conocían, pero Mariluz les avisó acerca de los cambios, hasta el momento el equipo de CnaR ya había ido a visitarlos. Durante el tiempo que dedicaron a planear la manera en que ocuparían el espacio, decidieron que sembrarán yuca y ají en los espacios en donde sea posible. El señor Julio también se interesa por las matas de plantas medicinales. Entre él y sus hijas comentan dos especies que han visto en Belém, especiales para la diarrea y ambas son parte de la medicina criolla: fregosa (*Capraria biflora*), esta planta en el Delta fue introducida e incorporada a la fitoterapia warao (Wilbert 2001); la otra es el árbol conocido como jambo en Brasil y pumalaca en Venezuela (*Syzygium malaccense*), así lo indica Julio: “La mata de pumalaca que uno le saca la concha y es especial para la diarrea”. Especialmente se mostró

interesado cuando su hija le comentó que vio en venta matas de menta por 25 reais; también comentaron que vieron otra planta cerca del terreno a la cual nombraron citronera. No obstante, es necesario otros métodos de identificación para saber cuales son estas plantas que mencionan, e incluso otras que van encontrando. Por otro lado, el ajo y el limón son los ingredientes que se mencionan inicialmente cuando hablan de remedios para la diarrea, vómito, gripe y tos.

Barra de Cocuina también es distante de algún centro poblado, por ese motivo, indica el señor Julio, las personas inicialmente tratan las enfermedades con los remedios de plantas y medicamentos que tengan en casa y únicamente cuando la persona no mejora es llevada con un médico:

le cambiamos el otro: con este, con este, y con este hasta que se levante [...] ya cuando no tiene que le hemos dado todo hay que llevarlo al médico [...] mientras ya uno le está dando remedio: se amanece mejor, le sigue dando, ya no es preciso llevarlo al médico.

La gente no sabe el nombre de las medicinas porque no saben leer, explica uno de sus yernos: “cuando uno necesita así, uno le pregunta al de la farmacia, o lleva el papel”.

Cabe destacar que no todas las personas hablan deliberadamente acerca de la cura con chamanes, así lo mostró Julio cuando comentó que en su ranchería si había brujo, pero ellos en especial no lo procuraban. No obstante, más adelante conversando con una de sus hijas me comentó que estando en Prosperidade sí habían buscado al brujo: una de sus hermanas gastó hasta 3.000 reais “para nada”, pues un brujo no la ayudó, pero después su papá buscó otro brujo y ese sí la ayudó, al parecer, es esposo de la tía de Mariluz.

También se diferencian de otros grupos “propios warao” porque ellos sí aceptan la vacunación, beben suero y también aceptan la extracción de sangre, indica Julio: “ellos no les gusta eso, pero nosotros siempre por la parte de uno, nosotros somos otra clase de indígena, somos indígenas pero no somos ligados con ellos”. Con respecto al suero indica que los “propios warao” lo aceptan, pero cuando ya no los ven, ellos simplemente lo dejan a un lado:

“Mientras tu estás ahí está con ellos ahí, pero en lo que tu te vas lo botan”. Y con respecto a las vacunas, comento lo siguiente: “Hay por ahí algunos paisanos que no se quieren vacunar, yo al primero que llegue: dale”.

Después de algunas otras preguntas Julio me quiso explicar porqué motivo ellos se diferencian de muchas prácticas warao:

Hay indígenas “propios indígenas”, pero nosotros no, por la parte mía: mi papá era criollo, mi mamá era india, la mamá de ella [su hija] era criolla, la abuela de esta muchacha era margariteña. [...] Por eso es que nosotros no lidiamos con esos indígenas [...] habemos mucha gente, si vivimos aquí agarró la basura y tira ahí. La vaina hay que tenerla limpia, hay que mantener la casa limpia, los *janoko*, y hay mucha gente que no les gusta. [...] Nosotros somos otra cflase de indígena, somos indígenas, pero no somos ligados con ellos.

Finalmente, comenta que una de sus hijas está embarazada pero todavía no se sabe si ella irá al hospital, aunque si ella quisiera no ir al hospital, ahí mismo una de sus hermanas la podría ayudar. El señor Julio recuerda que todas sus hijas nacieron en la ranchería, e incluso él le ayudaba a su esposa. Con respecto a su hija dice: “si ella pare normal [en posición vertical] ella va a parir aquí... la hermana sabe”.

Mariluz sabe que se encuentran en un momento en que los niños dejaron de estudiar, ahora los niños se reúnen para jugar todo el día. Me señala a la niña mayor entre ellos, que es sobrina de su esposo:

La niña que está allá, ella estaba estudiando, ella sabe leer, sabía escribir y sabe leer, entonces ya como la crisis pegó había un momento que pasaba el día sin comer, estaba estudiando, y luego ya se vino para acá.

Otro día, Roxana, la madre de la niña me explicó que pronto se cumplirán dos años desde que su hija no va a la escuela: “desde que vino de Venezuela mi hija no está estudiando, yo traté para que estudiara mi hija, pero no hay escuela cerca para que estudie mi hija, ya mi hija tiene nueve años”.



Figura 26 - Niños de la misma familia jugando en el terreno de Mariluz.

Recibieron la visita que una mujer que dijo ser del Ministerio de Educación, según Mariluz la mujer les dijo que sus hijos ya podrían estudiar, que únicamente tenían que esperar que los niños fueran vacunados, pero que ya estaban inscritos. Solo que, la mujer no les dijo en cuál escuela están inscritos los niños. Julio también comenta que estaría bien que los niños estudiaran: “quisieran que vayan a la escuela, pero aquí cerca no hay [...] para nosotros estaría bien que esos muchachos fueran a la escuela para que aprendan”.

A pesar de ese aspecto, esperan que con el tiempo la situación mejorará, pensar de esa manera es un aliciente para continuar construyendo futuro en ese lugar que escogieron. Las posturas al respecto de regresar a Venezuela son cuestionables, Mariluz así lo siente: “Como madre, estoy indecisa, yo aquí estoy tranquila, o sea, no del todo, con preocupaciones. Si Venezuela mejora voy a ver si vuelvo”.



Figura 27- Mariluz sonriendo en su casa.

Julio reconoce que a él no le gusta vivir con mucha gente, sino en ranchería, pequeñas agrupaciones en donde no hay *aidamo* (cacique), sino cada uno vive en su rancho, como lo que tienen ahora. Cada uno va buscando oportunidades, la hija mayor, Zenaida, sabe costura y ahora tiene una máquina de coser. Mientras todos esperan oportunidades laborales continuarán pidiendo dinero en la calle, así lo comenta Julio:

Son muchachos que quieren trabajar, pero como no se consigue aquí, lo mejor que estamos tratando para ver si conseguimos unas redes para pescar, que es siempre para uno tener pescado para comer [...] hay gente pescando por ahí en la mañana [...] aquí hay todo el material, las redes igualitas que en Venezuela.

El señor Julio piensa permanecer en Brasil, y cuando tenga material pescará en el río. Como si fuera un objetivo no tan lejano, así lo medita mientras observa las aguas y se fuma un cigarro desde una banquita que colocó enfrente de la casa, con vista total a la Baía de Santo Antônio en la Ilha de Caratauea.



Figura 28- Vista al río frente al terreno de Mariluz.

x. Un Wisiratu en Outeiro

Para cerrar este pequeño recorrido acerca de la búsqueda de las personas por terapias de cura, fui hasta donde se encuentran los chamanes que la gente de Prosperidade procuran. Especialmente me interesó encontrarme con el señor Sabino, pues las referencias de él es que es un *Wisiratu*.

Ya el otro curador fue mencionado por ser de los malos, no solo por el hecho de provocarle la muerte a alguien, sino porque ha llegado a aprovecharse del temor que la gente le tiene para exigir dinero de la limosna a mujeres de la misma comunidad, o a veces se considera que son malos porque cobran excesivamente caro. Con todo esto, se distingue que el papel de los curadores warao se involucra en las relaciones sociales y el acceso a la salud de los warao en tránsito en Brasil.

Cuando llegué a Itaiteua encontré una comunidad warao establecida. Al acercarme a la puerta salieron decenas de niños me rodearon como si supieran que si estaba ahí quizá tenía algo para darles.



Figura 29 - Entrada a la comunidad de familias originarias de Laguna de Cocuina.

El cacique de la comunidad es Nicolás, a él lo conocí de casualidad hacía meses en la Policía Federal, le pregunté si estaba acompañado y si necesitaba ayuda para realizar su trámite. Me dijo que lo habían atendido antes y que ya le ayudaban, me pasó la dirección de su domicilio y me dijo que ahí había 29 familias. Cuando nos vimos me reconoció y de inmediato le expliqué mi interés en conocer al *Wisiratu*. Para que eso aconteciera se reunieron los familiares del *Wisiratu* y también llegaron los más ancianos, después de un momento en

el que conversaron con Nicolás, ahora venía la negociación conmigo. Para poder conocerlo tenía que llevarles comida a toda la comunidad y ayudar a que los más ancianos tuvieran sus protocolos de solicitud se refugiado.



Figura 30 - Ancianos reunidos alrededor de Sabino para negociar.

En la negociación se acercó una pareja que se ofreció para ser intérpretes; después de percatarse que yo estaba hablando español continuaron a presentarse. Ellos son José Osuna Moya (venezolano) y Neide de Assis (brasileña), misioneros de la Assembleia de Deus - Belém (Asamblea de Dios, organización pentecostal), quienes decidieron vivir en la misma comunidad con los warao y llevar a cabo sus actividades de evangelización. Ellos “comparten la palabra” dos días a la semana ahí en la familia extendida, y un día la semana los warao son invitados a que vayan a la iglesia y participen en los cultos. Indica Nicolás que muchos warao ya eran evangélicos desde Venezuela, aunque hay un grupo warao que no aceptan la conversión.



Figura 31 - Anciana transportando ramas para su *Janoko* (vivienda).

El encuentro entre los misioneros y los warao fue así. Varias familias llegaron al barrio Brasília y entraron a un terreno repleto de la vegetación característica de la selva, ahí dormían bajo los árboles. Sin embargo, no tardaron en incomodar a los dueños del terreno porque comenzaron a cortar algunas palmeras. Ese terreno estaba detrás de una iglesia de la Assembleia de Deus, por ese motivo un grupo de la misma iglesia conoció a los warao y convencieron a una feligresa para que les vendiera a las familias warao el terreno en el cual están actualmente y queda exactamente en frente a otra iglesia en el Barrio Itaiteua (Figura 31). De este modo, José y Neide fueron llamados y se encauzaron en una nueva misión que va acorde con su misión original, esto es, evangelización de pueblos indígenas del estado Amazonas de Brasil. Ese terreno fue comprado a nombre de Neide y el cacique Nicolás, de este modo cada familia, incluyendo Neide y José, pagarán cerca de 1.000 reais para que el terreno sea de su propiedad.



Figura 32 - Caciques Nicolás y Eloy, junto a los misioneros José y Neide.

El 13 de abril de 2021 conocí al señor Sabino Rafael Díaz, ante la ausencia de algún documento de identificación sus familiares indican que tiene aproximadamente 80-85 años. Para poder conocerle era necesario que alguno de sus familiares estuviera presente porque por su avanzada edad Sabino habla poco y su visión es limitada, además los caciques Eloy y Nicolás estuvieron presentes también.

Todas estas familias llegaron gradualmente al recorrido final de la tía de Eloy quien llegó desde el 2014 a Brasil, una vez que ella llegó hasta Belém y vio que se podría ganar más “platica” (dinero) fue avisando a todos los de su comunidad, en Laguna Cocuina, que llegaran hasta ese punto, en el 2017 todavía seguían llegando. Ellos salieron de su comunidad, indica Nicolás, porque iba gente de Tucupita hasta su comunidad a comprar pescado, pero cuando la crisis agravo nadie compraba su pescado, y después tampoco pudieron pescar, y ante la falta de real, como a veces le llaman, no pudieron acceder a otros productos que ya consumían, comenta Nicolás: “Cuando había Chávez todo estaba fino, no había crisis, no pasaba hambre”.

El paso de estas familias por los refugios tampoco fue satisfactorio, comenta Eloy que desde el primer refugio en Belém, en Chaco, ya comenzaban a tener problemas con otros

warao, especialmente los grupos que son de *Winikina*, Guayo y Barrancas, pues son grupos que incluso en el Delta Amacuro tampoco se han llevado muy bien, además hablan diferente, esto es, hablan más rápido y a veces no les entienden.

Esta comunidad me hizo sentir como si estuviera en un caño, en mi mente pasó un “pequeño delta” al ver las viviendas warao construidas con materiales de la zona y viendo fumarolas de gente preparando sus alimentos. Estas familias usan troncos de manaca (açaí) para el piso, junto a horcones con troncos de otros árboles de los alrededores ante la ausencia de troncos de mangle. También utilizan tablas de madera y láminas de asbesto para los techos, quienes tienen medios para comprarlo, aunque la mayoría utiliza paredes y techos con revestimiento de plástico.



Figura 33 - *Janoko* (vivienda) de la comunidad de Cocuina, ahora en Outeiro.

En esta comunidad las enfermeras del equipo del CnaR realizan las visitas domiciliarias, en muchas ocasiones se coordinan con Neide para estar mejor informados acerca de quien podría recibir mayor observación. Naide también comenta que las familias no dicen nada

cuando están enfermos, así como las mujeres embarazadas tampoco solicitan ambulancia o que vaya alguien para asistirlos, sino tienen sus partos ahí mismo, comenta: “de repente ves que ya traen un bebé”



Figura 34 - Enfermeras del Consultório na Rua entrando a la comunidad

Estas familias reconocen la vegetación que los rodea, hablan de la manaca, el plátano, el coco. Continuamente van buscando nuevos materiales para poder adicionarlos a sus *Janoko*.



Figura 35 - Niños transportando un tronco de açai para su *Janoko*.

Hubo un momento en el que se acercaron más personas aparte de Nicolás y los familiares de Sabino, llegaron varias mujeres y algunos jóvenes. Todos estaban muy curiosos especialmente cuando estábamos hablando de plantas, las mujeres participaron mucho cuando yo iba enlistando las posibles plantas que podrían haber visto. Incluso gente que no había querido interactuar se acercó, les mostré una fotografía por el celular del árbol copaiba (*Copaiba officinalis*), unas mujeres lo reconocieron y varias conversaciones en warao se cruzaron al respecto. Muchos remedios que conocen no los pueden preparar porque no han visto las plantas, pero mencionan diversas preparaciones con las que atiende los malestares y a los cuales tienen acceso: agua de coco para el dolor de garganta; ron blanco con la planta vaporup (*Plectranthus hadiensis*) para colocarlo en la cabeza en caso de dolor; ajo con aceite de cocina para la diarrea; limón asado con un poquito de manteca de cazón para la gripe; hojas de mango para el dolor de hueso; hoja de naranjo para la gripe.

Al igual que otras familias con las que conversé, recurren al aceite de origen animal que es proviene de los pescados a los que siempre tuvieron acceso y en Brasil continúan

extrayendo el aceite. Así lo comenta Nicolás, con su forma de hablar en donde da cuenta que no hablaba fluidamente español y ahora aprende portugués:

Cachama, de otro morocoto, ese tem manteca, ese da para la gripe [...] ese pescado vende, en los caños estaba ya agora ya no tem. Agora aquí en Brasil ya nosotros compra de ese pescado, sale de la tripa, ya ahí de adentro sale de eso, en el fogo, y de ahí sale manteca. Tem otro pescado, cazón, también manteca, cuando corta el pie ahí ya pasa y quita el dolor.

La familia del señor Sabino no menciona medicamentos, uno de sus hijos comentó que ellos van a la farmacia e indican el malestar que presentan y, de ese modo, les venden el medicamento. Aunque las enfermeras del CnaR son quienes a veces les dan medicamentos. Sin embargo, hay otras personas que conocen nombres de medicamentos, para qué sirven, y tienen algunos disponibles. Así es con el señor Alesio, quien hizo el favor de mostrar su pequeño saco con medicamentos adquiridos en Brasil, en el cual tenía los siguientes: una pomada dermatológica llamada Cimecort, analgésico Dorflex, bebida energética Catuagra, y antiácido Stomaliv.



Figura 36 - Señor con un saco de medicamentos

Sabino ya era un *Wisiratu* conocido en Cocuina, la gente lo buscaba incluso de otras comunidades. Nicolás recuerda cuando Sabino curó a una mujer de los caños que fue mordida por una culebra. Ahora en Outeiro también es una referencia por ser *Wisiratu* y dá asistencia a quien lo solicita. Aunque el señor no ve, sus familiares explican que él puede identificar el mal de la persona únicamente con tocarla. El señor no trabaja con tabaco porque no lo ha conseguido, pero sus familiares explican que las herramientas que utiliza es el cigarro, sus manos y el canto. No utiliza maraca sagrada *Jebumataro* ni el *wina*,⁶⁶ que son parte de las herramientas de los chamanes warao en el Delta, y ninguno de sus hijos aprendió. La gente de la propia comunidad lo procura, aunque parece que es más buscado por waraos de fuera, pues en la misma comunidad hay otro curador que, en opinión de la gente de fuera, es de los malos, de los que mata. De manera general indican que cobran principalmente a la gente que no es de la comunidad, llegando a ser de 30 reais para arriba (este valor lo especificaron dos hombres que se presentaron como *Wisiratu*, pero de antemano no son reconocidos). En la siguiente imagen, Sabino se muestra con su familia.

⁶⁶ *Wina* es una lámina extraída de la corteza del cogollo de la palma *winamoru* (*Euterpe precatoria*), la lámina es utilizada por los chamanes para envolver el cigarro de tabaco y así curar a los pacientes enfermos por *jebu* o daño warao. Es un envoltorio aromático y alucinógeno (Croes et al. 2004).



Figura 37 - Sabino con su familia

La alimentación de los warao de esta comunidad depende de los insumos que llegan en las cestas básica y lo que la gente les dona, depende de los recursos económicos disponibles, y también depende de los productos que ellos compran por sí mismos. Por ejemplo, ellos consumen leche en polvo porque a veces llega en las cestas, si la gente les regala dulces a los niños o paletas de hielo, ellos lo comen. A veces compran galletas y chuchería tipo pepito (bolsitas de papas o de frituras) para los niños, y el refresco lo beben todos. Sin embargo, los alimentos que la gente consume se tornan más comunes entre estas familias. Todo lo que vi en esta comunidad fue tan estimulante que, sin abordar a profundidad, únicamente presentaré fotografías acerca de la alimentación.



Figura 38 - Señor entrando con un tronco de palmera y en la bolsa un Coca-Cola.

La gente tiene ubicado en donde venden el moriche y lo compran cuando tiene oportunidad:



Figura 39 - Fruta de moriche y arepas

El pescado que había en las ollas y en el carbón parecían ser el esqueleto de pescados fileteados.



Figura 40 - Señora cocinando pescado.

Pescados asándose en parrillas se asoman en varios *janoko* de la comunidad



Figura 41 - Es común ver parrillas con pescado entre *los janoko*

La gente mostraba con orgullo algunos de sus alimentos, así fue con el cangrejo, el cual consumen con arepas de trigo



Figura 42 - Hombre muestra el cangrejo que comerán



Figura 43 - Cuscuz listo para comer

Neide ha enseñado a estas familias a comer el cuscuz, harina que las familias warao no sabían cómo comer. También promueve la hora del café y la preparación de este en la olla.

Rincón trae la diferenciación que Pfaff-Czarnecka realiza con respecto a 'pertenecer a' y 'pertenecer con' para comprender la manera en que se desarrolla la pertenencia cuando las personas migrantes están en otro país. Desde mi punto de vista, en sentido de 'pertenencia con' que las familias warao construyen en Belém se lleva a cabo desde procesos en donde se refuerza su colectividad. Ya que estas familias permanecen en grupos, en donde constantemente sienten y experimentan marcadores de diferenciación entre grupos warao, pero también con respecto de la sociedad del país de llegada, y no cuestionan la pertenencia a su colectividad. En Itaiteua vimos una familia extendida, pero, de manera general las familias warao aunque no sean de las mismas comunidades mantiene la preferencia de vivir junto con otros warao, pues de esta manera también asegura la asistencia social para ellas.

La alimentación adecuada es una práctica de cuidado cotidiana. Evidencia de ello es la prioridad que le dan a la alimentación como uno de los aspectos decisivos para vivir fuera de

los refugios. Las familias de las tres localidades observadas (Campos Sales, Prosperidade y Itaiteua) muestran una alimentación correspondiente a la forma de vida en que los warao aprendieron el consumo de alimentos de los criollos y a la vez mantienen los alimentos asociados a los caños. Aunque algunas familias llevan más de cinco años en el país, no se han interesado en probar o no han priorizado conocer la comida local. La gente da preferencia a los alimentos que más se le parecen a su alimentación en Venezuela.

La manera en que las personas construyen sus viviendas y los alimentos que prefieren y las terapias de cura y cuidados practicados por ellos refleja la manera en que sus conocimientos se superponen en un nuevo lugar. Y en éste proyectan nuevos objetivos con base en las relaciones emergentes con el lugar en donde se encuentran. Finalmente vemos que los asentamientos reflejan lo diferentes que llegan a ser los grupos warao en Belém y a la vez demuestra gráficamente que esas diferencias marcaban límites de convivencia e interacción.

xi. Joarotu José Mata

Había escuchado entre diversas conversaciones que en Ananindeua había un brujo. Quizá siempre se trató del tío de Mariluz. Luego de contactar al señor me dirigí hacia Av. Independencia en el municipio de Ananindeua, en la región metropolitana de Belém. El 11 de abril del 2021 conocí al señor José, quien se denomina *Joarotu*. Él y su esposa Rosenda Jiménez se encuentran viviendo junto con otras cuatro familias emparentadas, cada familia nuclear vive separada, y aunque relativamente son pocas personas también hay un cacique, quien fue elegido por llevar más tiempo en la ciudad. Ellos son oriundos de *Winikina*, llegaron a Brasil junto con sus seis hijos en el 2017. Los relatos se repiten. Fueron acogidos en varios refugios, y aunque reconocen que en el refugio es “todo regalado” se cansaron de comer la misma comida durante dos años, y de las peleas entre los grupos.



Figura 44- Casa (amarilla) de la familia del señor José Mata en Ananindeua

A José y a su esposa siempre se les ve juntos, pues ella ayuda constantemente a José debido a las dificultades de movilidad y habla. José sufrió un accidente cerebrovascular (ACV) hace siete años, y sospechan que es producto de un trabajo (daño warao) que le hicieron.

Cuando los conocí llevaban cinco meses en Belém. Desde la ubicación de la casa caminan cerca de una hora para llegar al Mercado central de Ananindeua, en donde compran pescado, arroz, algunas frutas y verduras, y a veces también piden dinero. De tanto caminar, comentan, aprendieron acerca de los lugares en donde se consigue fruta de moriche y de mono (açai). Aunque no hay ocumo, encuentran ocumo blanco, y también yuca para hacer sopa con pollo. Especialmente José no come carne, solo come pescado y poco pollo.

La asistencia social de estas familias corre a cargo de ADRA, quien les lleva cestas básicas mensualmente, y ACNUR, quien prometió ayudar al señor José para conseguir un certificado de incapacidad. Ellos reciben auxilio de emergencia por la pandemia, pero no reciben bolsa familia. El equipo del CnaR sí los ha visitado, incluso ellos les aplicaron la vacuna contra COVID-

19. No obstante, las visitas no son tan regulares, y en una de las visitas le dejaron a José una receta médica, pero no han podido comprar los medicamentos. Indican que el cacique llama a la gente de ADRA y son ellos quienes, en caso de ser necesario, los llevan a urgencias junto con otro muchacho warao que entiende bien portugués.

Cerca de la casa de José y Rosenda hay una Unidad Básica de Saúde, y debido al padecimiento de José ellos fueron a ese centro de salud. Lograron agendar una cita, pero al ser la doctora su vecina, recibieron atención domiciliar por parte de la UBS, y también revisaron a sus hijos. Sin embargo, no han podido comprar el medicamento de la receta médica que les dejaron, y aunque les explicaron, más o menos, en donde podrían encontrar un centro para que José reciba la rehabilitación que necesita, actualmente se sienten desinformados tanto del lugar como de la accesibilidad para tal tratamiento.

Ellos indican que no han tenido problemas con los vecinos, y que a veces los ayudan. José y Rosenda son católicos, sin embargo, siente una gran simpatía por la Iglesia Universal. El motivo es porque en Venezuela José fue asistido por un grupo de personas de esta iglesia que oraron por él a su alrededor, e indica que al otro día logró levantarse de la silla de ruedas, para él fue casi un milagro, comenta a Rosenda: “de ahí aceptamos los dos, católico y evangélico [...] a veces vamos a la iglesia universal y a veces a la católica”. Además, la Iglesia Universal a veces ayuda con cestas básica.

El aprendizaje de José como *Joarotu* comenzó por interés propio, ya que él quería poder ayudar a sus hijos, pues previamente dos de ellos murieron. A partir de entonces, José ha curado gente en Venezuela y gente de Brasil. Para Rosenda él es su médico: “yo paso primero con él si me duele algo, ya luego me tomo una pastilla”.

José y Rosenda explican que existen espíritus malos y buenos que se encuentran en los árboles, los animales, el río, la tierra, las piedras y el viento. Los espíritus malos son los que entran al cuerpo de las personas, dependiendo el espíritu, éste se aloja en una región específica del cuerpo. Mencionan algunos. El primero es el espíritu *Naharao*, este es atraído

principalmente por la sangre menstrual, por lo que las mujeres no deben acercarse al río pues de ser su momento pueden morir. Hay otros espíritus que viene de la selva, le llaman en español 'alma sola' o 'espíritu del palo', comentan que este espíritu es parecido a un joven muy delgado, casi esqueleto, éste entra por el estómago y puede provocar tos fuerte, dolor de cabeza, dolor de estómago, fiebre y diarrea. El espíritu de las piedras provoca un dolor fuerte en las rodillas. Es señor José, por ejemplo, tiene tiempo con un espíritu de la tierra *Joboto a rao*, su esposa cree que entró al cuerpo de José cuando él era sano y bebía mucho, posiblemente entró ese espíritu en una de las veces que se quedó dormido en el suelo. Desde entonces, tiene un dolor fuerte en la pierna. Por otro lado, comentan que en Brasil perciben muchos espíritus malos, de tipo alma sola.

Una persona puede tener varios malos espíritus en el cuerpo, y en cualquiera de los casos el *Wisiratu* es quien examina, identifica y succiona los espíritus del cuerpo de la persona para después soplarlos o enviarlos al aire. José también puede identificarlos, pues comenta que al momento de agarrar a la persona se siente un frío característico y ahí él puede identificar. Para extraerlo, con sus manos va jalando el espíritu y lo lleva hacia el aire. José no ha podido extraer los malos espíritus que él tiene en su cuerpo, y lo que él quiere es regresar a Venezuela para buscar un *Wisiratu*. Con la mitad de su cuerpo entumecido, José utiliza con su mano izquierda cinco cigarros por sesión, ante la ausencia de tabaco, y los cantos *joa* para deshacer daños warao provocados por otros *Joarotu*.

Cabe destacar que José también realiza sesiones de cura a otras personas a través de ensalmos,⁶⁷ que se enfocan en curar llagas en la boca, herpes cutáneo (llamado culebrilla en

⁶⁷ Los ensalmos son fórmulas mágicas, oraciones o encantaciones utilizadas en exorcismo, para curar enfermedades, para alejar malas influencias y para asegurar el bienestar general de una persona y su familia. Los curanderos y ensalmistas (rezadores) usan ensalmos en sus tratamientos. Las oraciones se refieren a un santo, a un espíritu del culto de María Lionza y a la Santísima Trinidad. Los ensalmos se rezan sobre el paciente, la herida

Venezuela), dolor de estómago, dolor de muela, y otros malestares. En Boa Vista y en Manaus ayudó a personas mediante ensalmos, en opinión de su esposa José está siendo conocido gradualmente: “la gente que lo conoce saben que él cura, que él sabe”.

Los warao buscan cura, y ante la ausencia de los chamanes o incluso “curiosos” venezolanos, indica José: “los warao han buscado la cura con brasileños [...] pero no entienden portugués”. José no especifica cuales son las prácticas o terapias brasileñas a las que se refiere, pero en Rosa *et al.* (2021) se indica que hay familias warao que en Brasil se han acercado a los “curiosos” o sacerdotes de la religión Candomblé. De la misma manera, José comenta que hay brasileños que se han acercado a los warao, incluso a él mismo lo han buscado pero no se han convencido que él les puede ayudar.

También reconoce que la práctica de cura a través del *Joarotu*, e incluso “curiosos” warao de buena fama, se ha convertido en un medio de obtención de ganancia: “Hay gente que le gusta cobrar [...] aquí en Brasil las personas están cobrando 1200 [reales]”. Él no especifica cuánto cobra, pero si aclara que cuando la persona puede ayudar, prefiere no pedirlo, es decir, que sea voluntario.

Por otro lado, otros recursos son utilizados para aliviar malestares. Los remedios caseros otra vez se hacen presentes, entre ellos están los preparados a base de ron blanco, o alcohol de caña de azúcar (cachaça). Mencionan baños de agua con un poco de ron blanco para el dolor de cabeza, y mezclado con hoja macerada de mango para dolor de cabeza y dolor muscular. Rosenda comenta que los warao casi no usan ajo, pero de vez en cuando lo usan para las lombrices: “un litro de ron blanco, se le hecha dos dientes de ajo, se mueve y lo hecha en la cabeza y cuerpo. Uno de los familiares que estaba en la casa, Eludio, mostró una botella de plástico en donde ya tiene la preparación de cachaça y ajo dispuesta para usar en caso de

o en la parte de cuerpo afectada y sobre los remedios (Poollak-Eltz 2001:205).

los malestares por las lombrices: mareo, dolor de cabeza, pérdida de apetito, y debilidad. La manera de utilizarlo explica, es mojar la nuca, cuello y el pecho con este alcohol.



Figura 45 - Joven mostrando la preparación de cachaça con ajo.

El uso de orina también es eficiente para la fiebre, así lo explica Rosenda:

Orina como remedio sirve para un niño que tener fiebre de muchos días, y si no se le quita, con medicina. Cuando es una niña tiene que usar orines del papá. Primero se le hecha a la cabeza la orina nueva porque es caliente y luego se de baña el cuerpo. Si es de noche, se baña, y en la mañana se baña con agua caliente para que se le vaya el olor.

José ha bebido un poco de su propia orina, sorprendido aún, comparte la eficiencia que sintió cuando la bebió para aliviar la gripe y la congestión, pues el efecto fue instantáneo. Rosenda, para la gripe e inclusive cuando se enfermó de coronavirus se tomaba el jugo de limón cocido y de parchita (*Passiflora edulis*). También vieron chinchamochina cerca de su casa, la utilizan como antigripal y para el dolor del cuerpo. Con respecto al consumo de medicamentos, Rosenda enlista de manera rápida los medicamentos que ella conoce, indica

que está familiarizada porque al igual que Mariluz tiene familiares enfermeros y aprendió. Y como lo dijo anteriormente, aunque ellos conocen estos remedios y la trayectoria terapéutica que siguen principalmente es el *Joarotu* y después los medicamentos. Los medicamentos que Rosenda menciona son los siguientes: Paracetamol, dipirona, amoxicilina, diclofenaco, ampicilina, eritromicina, y suero de beber (suero de rehidratación oral).

Finalmente, aunque no pueden enviar dinero a sus familiares de Venezuela como quisieran consideran que “aquí están mucho mejor que en Venezuela”. José se quiere regresar cuando sea el momento adecuado, y lo único que los podría retener un poco más es si encuentran rehabilitación de AVC.



Figura 46 - José y Rosenda en Ananindeua

CONSIDERACIONES FINALES

La migración interna e internacional warao muestra que los procesos migratorios recientes en Latinoamérica son motivados por el acúmulo de las violaciones a los derechos de los pueblos indígenas y sus territorialidades, e induce a las personas a los desplazamientos forzados. Las trayectorias terapéuticas de las personas en tránsito migratorio muestran diversos matices en la atención a la salud durante las fases de la migración, y las narrativas de estos actores son una manera de conocer los procesos sociales involucrados y las experiencias vinculadas a la vulneración, los cuidados y la atención a la salud durante la transitividad.

El desplazamiento interactúa continuamente con los rastros de una forma de vida precarizada con la que muchas familias partieron de Venezuela. Con respecto al desplazamiento las personas entrevistadas expresaron sentimientos de abandono, nostalgia, expresaron tristeza de duelo, y recordaron fatiga y hambre. Además de los padecimientos con los cuales las personas viajaron por esa travesía hacia Brasil, las personas no manifestaron haber sufrido otros agravios que atentaran contra su vida durante el trayecto ni cuando atravesaron las “trochas”, quienes lo hicieron, ni cuando estuvieron un tiempo en Roraima (aunque es sabido de las adversidades y peligros en esa Ciudad Fronteriza).

Conforme las experiencias recopiladas en esta investigación encontramos aspectos controversiales con respecto al bienestar de las personas en los refugios. Los refugios se convirtieron en los espacios en donde, a grandes rasgos, mediante evaluaciones médicas se exhibe una población con padecimientos múltiples no atendidos y agravados durante el tránsito. Esta situación es trastocada por los nuevos cambios: alimentación, idioma, documentación, hacinamiento, procesos de duelo y las preocupaciones que constantemente ligan a estas personas con Venezuela, pero también con respecto al futuro en un nuevo país. Las controversias emergen cuando las personas enfrentan monotonía e incerteza; lo refugios continuaban operando de la misma manera, aunque los años pasaran.

Conforme pasaba el tiempo, e incluso años en los refugios, las personas comenzaron a mostrar intereses de vida y bienestar. De esta manera, las situaciones más incómodas pronto se agudizaron ante la incerteza; la palabra permanencia se asomó para algunos, pero la permanencia no podría ser construida dentro de un refugio. Con el tiempo algunos los caciques, como Evelio, se mostraron más contestatarios con los encargados de los refugios ante prohibiciones, normas, malentendidos y engaños.

Para muchas familias warao el hacinamiento en los refugios se tornó impropio para vivir, debido a la alimentación inadecuada, por no disfrutar de un espacio idóneo para el reposo y privacidad sexual. Los conflictos intergrupales también florecieron en demasía entre agrupaciones warao provenientes de diferente región. A saber, indígenas del municipio de Pedernales frente a grupos de los caños del municipio Antonio Díaz y familias de Monagas, también hay diferencias de convivencia entre los grupos que vivían en poblados y rancherías que se consideran indígenas, pero diferentes de aquellos que viven en comunidades de los caños. Entre las controversias están: el manejo de la basura, el consumo de bebidas alcohólicas, las diferencias de escolaridad y profesiones, las diferencias dialectales del idioma warao, el protagonismo y ventajas que emerge del papel de los caciques y acusaciones de brujería entre grupos. No obstante, en los refugios las personas también expresan intereses y prácticas que comparten todos los grupos, entre ellos son: la búsqueda de cura chamánica, preferencia de algunas mujeres por el parto domiciliario, algunos rechazos de técnicas médicas y los ideales de alimentación.

El refugio también es la coyuntura en la cual las familias deciden vivir sin la tutela de estos. La salida de los refugios se efectúa principalmente por los conflictos intergrupales, la alimentación y la ausencia de inserción laboral, y para reunirse con familiares en otros estados. El desánimo por causa del desempleo emerge tanto en los refugios como en la vida independiente, pues la mayoría de las personas expresan deseos de trabajar y reconocen que no han encontrado oportunidades, o si encontraron fueron temporales. De las familias entrevistadas nadie manifestó haberse dedicado con anterioridad a la artesanía y tampoco pedían dinero en la calle, la mayoría estaba inserta en alguna actividad de producción terciaria.

En ese sentido cabe contextualizar que pedir dinero en las calles es una estrategia para la obtención de recursos conocida entre los warao, sin embargo, muchas familias se desempeñaron en esta actividad hasta que llegaron a Brasil, y esa actividad es una de las principales fuentes de ingresos para ellos. En esa continuidad, cabe destacar que los caciques, así como otros hombres con dominio del español e interés en trabajar han ganado oportunidad laboral por las actividades que inicialmente no se les pagaba, esto es, ser interlocutores fuera y dentro del refugio Tapanã. Actualmente, estas oportunidades corren a cargo de la ONG ADRA, aunque quizá haya otras. Cabe destacar que fuera del refugio, en especial cuando las familias viven lejos de los lugares estratégicos para pedir dinero, se les ve a ambos, mujeres y hombres, participar por igual en la colecta de dinero. Aspecto social que se diferencia con respecto a la facilidad de los hombres para trabajar en actividades terciarias en Venezuela.

Es necesaria la planeación de estrategias de inserción laboral para mujeres y hombres warao, quienes muchos de ellos decidieron permanecer en Belém. De esta manera se podrá contribuir para que estas familias no construyan su futuro en un ambiente de estigma, rechazo y exclusión. Si aspectos como este no muestran estabilidad, otros derechos, como la educación, difícilmente podrán ser efectuados, ya que los programas de educación tendrían que ser planeados acorde a la dinámica laboral de los padres.

Parte del sistema de atención a la salud de los warao en Belém se conforma de la terapia de cura chamánica con el *Wisiratu* y el *Joarotu*. La gente también recurre a la cura de enfermedades con los ensalmistas y con otros “curiosos” que sepan prácticas de cura. Y, el equipo del Consultório na Rua y la red de APS conforman los servicios de salud pública disponibles tanto en los refugios como fuera de ellos; pero fuera de ellos el Consultório na Rua ya no es la principal fuente de atención a la salud.

Acorde a las observaciones, el Consultório na Rua realiza visitas domiciliarias a las diferentes agrupaciones warao, mantiene un monitoreo constante en esta población, realiza acompañamiento a la red de Atención Primaria a la Salud y realiza actividades de promoción

de la salud y prevención. Asimismo, en el abrigo Tapanã, el CnaR intervino principalmente en las revisiones médicas, curaciones y monitoreo y tratamientos, no obstante, aunque la atención psicosocial es parte de la actuación del CnaR, la coordinación del refugio es quien se hace cargo, aspecto controversial con respecto a las acciones de expulsión de personas debido al consumo excesivo de alcohol.

No se observó articulación del CnaR con las acciones de la coordinación al respecto de conocer acerca de la presencia de los terapeutas warao en el refugio para su posible participación en la atención a la salud (esto, sin duda, es una posibilidad que en las condiciones de hacinamientos con diferentes grupos tendría que evaluarse de manera más consensuada). Tampoco era abordada la posibilidad de conocer las preferencias y motivos de las mujeres con respecto a la atención al parto y nacimiento, ni se mostró interés en conocer a las mujeres que saben asistir los partos de otras mujeres warao.

Estos son aspectos que evidencian que la atención a la salud de los indígenas warao no se planeó para ser diferenciada y se parte de la biomedicina como la única línea terapéutica de servicio a la salud en el refugio. Y, aunque los warao aceptan las medicinas farmacéuticas, falta diálogo con respecto a los eventos que aunque no son recurrentes en todos las familias warao, los profesionales de la salud podrían ser consientes acerca de porqué los pacientes llegan a rechazar procedimientos en la atención, y de esa manera dialogar con los pacientes.

Otras prácticas de autoatención resaltadas en esta investigación corresponden a cuidados propios (autocuidado), como es la automedicación (uso de medicamentos farmacéuticos y remedios caseros), la preferencia por el parto domiciliar y el rechazo a procedimientos médicos. Se considera que otra práctica de autoatención en un sentido colectivo y doméstico es la alimentación, pues es uno de los alicientes relevantes en el deslazamiento interno y las familias han procurado una alimentación parecida a la de Venezuela. Por ese motivo, sería importante que si surgiera un programa acerca de alimentación y nutrición para las familias warao dentro y fuera de los abrigos, sean considerados los alimentos que son parte del

cuidado de su salud, porque debido a los valores de estos y la poca distribución de venta los consumen de manera menos regular.

En esta investigación se llegó a mayor conocimiento con respecto a las prácticas de atención a la salud de las personas que viven fuera de los refugios. Estas familias inicialmente consideran los recursos terapéuticos que tengan a disposición, pero también evalúan los tipos de síntomas presentados. Es decir, las enfermedades (síntomas) naturales muchas veces son tratables con remedios caseros y con medicamentos. En este sentido, si tienen medicamentos o pueden comprarlos éstos son para aliviar principalmente vómito, diarrea, dolor de cabeza, dolor de estómago, fiebre, infecciones de garganta, tos y gripe. Sin embargo, los medicamentos no siempre son la primera vía de tratamiento, en ocasiones, las familias ya tienen remedios preparados. De esta manera, la elección depende de la disponibilidad de tratamientos para estos síntomas, y en ocasiones utilizan los dos a la vez.

Algunas familias en Belém darían prioridad a los *Wisiratu* para ser evaluados y éste discernir entre enfermedad natural o espiritual, sin embargo, entre los grupos que conocí únicamente había un *Wisiratu* y un *Joarotu* reconocidos. Únicamente las personas que son del núcleo familiar de estos especialistas indican que éstos son su médico principal, y después utilizan otros tratamientos en caso necesario. Sin embargo, en Belém, aunque estos terapeutas han ayudado a mucha gente, no son la primera opción de búsqueda de atención, que solo ocurre ante situaciones especiales en que las personas atribuyen la posibilidad de que sus síntomas se traten de daño warao o *jebu* y otros espíritus. No obstante, entre los warao hay ensalmistas y otros “curiosos”, que también están siendo solicitados para tratar enfermedades. En ese sentido, la decisión de acudir a uno u otro especialista depende, primeramente, de la presencia de estos especialistas en la ciudad, de la relación familiar con ellos, la confianza, la atención que la persona necesita (si piensa en daño warao optará por el *Joarotu*) y de los precios.

Por otro lado, en medio de la búsqueda de estas opciones también esperan la visita domiciliar del Consultório na Rua, quienes les revisan, si es necesario facilitan medicamentos y los encaminan a la red de atención primaria. Sin embargo, no es ésta la primera opción de

atención a la salud, a menos que sea una situación de gravedad; la familia le hará saber al cacique y él u otra persona de la casa llaman al CnaR para que vayan con urgencia, no obstante, algunas familias están llamando directamente al personal de ADRA para que ellos llamen a la ambulancia o van a los domicilios para llevar a las personas a urgencias. Si no tienen los números disponibles piden de favor a algún vecino brasileño para que este llame a la ambulancia.

Las trayectorias terapéuticas durante los procesos migratorios son dirigidas por la forma de comprender y sentir corporalmente la enfermedad, el origen de esta y los tratamientos, así como los valores de cura y eficacia atribuidos a tales terapias. Sin embargo, los factores que intervienen en la subutilización de los servicios de salud del municipio, recae en el poder adquisitivo de las familias para la compra de medicamentos, el acceso a información y orientación de los servicios, la preferencia de atención por parte de terapeutas warao, la preferencia de los partos domiciliarios con ayuda de mujeres warao, la automedicación y los remedios caseros como las vías más rápidas, y la capacitación de los profesionales de salud y la ausencia de interlocución de otros warao para que los procedimientos sean explicados. Son aspectos que podemos atribuir a la subutilización de los servicios de salud. Es ese sentido se pueden expresar las siguientes sugerencias:

- Conocer las necesidades especiales de las personas con enfermedades crónicas y degenerativas que necesitan tratamientos y cuidados a largo plazo, así como los pacientes en general, y mujeres en edad reproductiva que son atendidos de manera domiciliar por el Consultório na Rua. De esta manera, brindar orientación constante relativa a los centros de salud cercanos y acerca de las prescripciones médicas dadas en las UBS, así como información sobre los programas de distribución gratuita de medicamentos en la ciudad, y la localización de las farmacias. Estas acciones podrían contribuir a que se fortalezca la autonomía en el uso de los servicios del sistema de salud de la ciudad.
- Se sugiere la posibilidad de disponer de agentes de salud de la SESMA que visiten a las

familias que viven fuera del refugio y brinden información y orientación constante sobre los temas del párrafo anterior, y promoción de la salud.

- Se llama la atención para que los profesionales de la salud de Belém expliquen de forma clara y sencilla los procedimientos a realizar, sin incurrir a acciones de discriminación y prejuicio a hacia los pacientes warao, y de ese modo se consolide el vínculo de confianza con respecto al sistema de salud y así evitar el rechazo.
- Promover atención especializada para la salud sexual y reproductiva y del embarazo de las mujeres warao en tránsito migratorio. Considera el interés que puedan mostrar hacia los métodos anticonceptivos, y considerar el parto domiciliar como una práctica reconocida para aquellas que así lo desean, así como la participación de las mujeres warao como parteras y asistentes de parteras.

Las trayectorias terapéuticas son ellas mismas la muestra de los cambios en las formas de atención a la salud en contextos sociohistóricos específicos. A pesar de las tantas fracturas por las diversas violencias hacia el pueblo Warao, vemos que las prácticas de cuidado que realizan en Belém dan sentido a su nuevo referente conforme interactúa su conocimiento con lo aprendido durante el tránsito en Brasil.

Vemos que la gente con los recursos a su alcance está permaneciendo junto con sus colectivos en la ciudad, es decir, la presencia y permanencia de los warao en Belém, así como lo sugiere Odile Hoffmann (2019), evidencia que los migrantes son parte de la naturaleza procesual de los territorios y, por lo tanto, podría pensarse en la construcción social de las diferencias. Para que, de esta manera, los warao no vuelvan a ser vulnerados con respecto a desarrollar la vida económica y social sin tener que desplazarse para buscar una vida digna. Por otro lado, el reciente proceso migratorio de los warao en indefinido, pero, ¿qué hay en la etapa de retorno? Esta etapa futura está comprometida por los procesos territoriales de esos lugares de retorno. Por tal motivo, es importante continuar considerando los conflictos socioecológicos que persisten en esos territorios en donde el río Orinoco es afectado, así como

los warao y otros grupos indígenas. Se resalta que la salud es un bien común para la vida que debe ser defendido ante el impacto de las fuerzas que operan en los desplazamientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABA (Associação Brasileira de Antropologia). 2012. Código de ética do antropólogo e da antropóloga. Disponible em <<http://www.portal.abant.org.br/codigo-de-etica/>> Acceso 18 de dic. 2019.

Acevedo, MRE, & A. J. Ferreira. 2020. Migrantes, “refugiados venezuelanos”: conflitos e políticas de estado, in *Coleção história do tempo presente*. Editado por T. Siqueira, C. Monteiro, M. Pavonne y A. Alves, pp. 224-252. Boa Vista: Editora da Universidade Federal de Roraima.

ACNUR. 2020. *Perfil de indígenas venezuelanos Warao, Estado do Pará*. Disponible en <<https://data2.unhcr.org/en/documents/details/78073>> Acceso 28 ago. 2020.

Anselmo, CAC. 2021. Migração forçada e categorização: Entre a ampliação da proteção e a exclusão. *Périplos: Revista De Estudos Sobre Migrações* 5(1): 131-156.

AI (Amnistía Internacional). 2018. Los warao, entre las epidemias que brotaron para quedarse. Disponible en <<https://provea.org/actualidad/amnistia-internacional-los-warao-entre-las-epidemias-que-brotaron-para-quedarse/>> Acceso 24 de jun. 2020.

Alimonda, H. 2017. En clave de sur: la Ecología Política Latinoamericana y el pensamiento crítico, in *Ecología política latinoamericana: pensamiento crítico, diferencia latinoamericana y rearticulación epistémica*. Editado por H. Alimonda, C.Toro P. y F. Martín, pp. 33-50. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México: UAM; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ciccus.

AR (Amazônia Real). 2018. Migrante cidadão: a sobrevivência dos Warao em Belém e Santarém, Disponible <<https://amazoniareal.com.br/migrante-cidadao-sobrevivencia-dos-warao-em-belem-e-santarem/>> Acceso 12 ago. 2019.

Alvim, M. 2020. *A cronologia da crise migratória em Pacaraima, na fronteira entre Brasil e Venezuela*. Disponible en <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45242682>> Acceso 5 de may. 2020.

APA (Agência Pará). 2017. *Governo garante novo abrigo para índios venezuelanos refugiados em Belém*. Disponible en <<https://agenciapara.com.br/noticia/550/>> Acceso en 11 de jul. 2020.

Bauman, Z. 2016. *Extraños llamando a la puerta*. Barcelona: Paidós. 111p.

BBC. 2019. *Crisis en Venezuela: informan de 2 muertos y varios heridos por choque entre militares e indígenas pemones cerca de la frontera con Brasil*. Disponible en <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-47332396>> Acceso 3 de mar. 2020.

Becker, S. G., L. M. Rosa, G. C. Manfrini, M.T.S. Backes, B.H.S. Meirelles & S.M.A. Santos. 2009. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. *Rev Bras Enferm.* 62(2): 323-6.

Cambricoli, F. (2018, 22 de abril). Com imigração venezuelana, Boa Vista vive problemas de metrópoli. Disponible en <<https://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,com-imigracao-venezuelana-boja-vista-vi-ve-problemas-de-metropole,70002278524>> Acceso 6 de may. 2020.

CERLAS (Centro para la reflexión y acción social). 2020. *informe sobre la situación de derechos humanos en el arco minero y el territorio venezolano ubicado al sur del río Orinoco*. Disponible en <<https://www.unilim.fr/trahs/2210>> Acceso 11 de ene. 2020.

CIDH (Comisión interamericana de derechos humanos). 2019. *Situación de los derechos humanos de los pueblos indígenas y tribales de la Panamazonía*. OAS/Ser.L/V/II. 208p.

Cortez-Sosa, C. 2014. Flujos migratorios en América Latina: regulaciones y nuevas tendencias. *Temas de nuestra América* 30(56): 21-43.

Croes, G. E. et al. 2004. *Guía Pedagógica Warao para la Educación Intercultural Bilingüe*. Caracas: Ministerio de educación y deportes. 230p.

Cruz, A. S. et al. 2015. Estudo da Distribuição de Metais em Tecidos de Peixes da Região Amazônica. *Rev. Virtual Quim.* 7(6): 1935-1951.

Delgado, RGC. 2017. Hacia la conformación de nuevas perspectivas socio-ecológicas: una lectura desde el caso de la ecología política, in *Ecología Política Latinoamericana, Pensamiento crítico, diferencia latinoamericana y rearticulación epistémica*. Editado por H. Alimonda, C. Toro y F. Martín, pp. 167-197. Buenos Aires: CLACSO.

Dominique, F. C. 2012. Ecohealth: Origins and Approach, in *Ecohealth Research in Practice. International Development Research Centre*. Editado por C. Dominique, pp.1-30. New York: Springer-Verlag New York.

DW Documental. 2019. *Venezuela: la crisis humanitaria y la lucha por el poder*. Disponible en <<https://www.youtube.com/watch?v=iEn5W5A0RZA>> Acceso 7 de nov. 2019.

E&N (Estrategia y negocios). 2017. Crisis en Venezuela: 500.000 empresas cerradas y 700 expropiadas. Disponible en <<https://www.estrategiaynegocios.net/lasclavesdeldia/1096494-330/crisis-en-venezuela-50000-empresas-cerradas-y-700-expropiadas>> Acceso 8 de jun. 2020.

Eberhardt, L. & Miranda, A. 2019. Saúde, trabalho e imigração: revisão da literatura científica latino-americana. *Saúde debate* 41:299-312.

Ebus, B. 2019. *La lucha por la sabana: la frontera incendiaria entre Brasil y Venezuela*. Disponible en: <<https://www.crisisgroup.org/es/latin-america-caribbean/andes/venezuela/savannah-strife-brazils-combustible-border-venezuela>> Acceso 5 de may. 2020.

Echarte, F. M. A.; H. M. Martínez & O. Zambrano. 2018. Un análisis de la crisis económica de Venezuela desde los postulados de la Escuela Austríaca de Economía. *Revista lasallista de Investigación* 15(2): 68-82.

ECR (Consultório na Rua). 2020. Plano de contingência da covid-19 para populações em situação de rua e refugiados venezuelanos da etnia Warao. Belém: SESMA.

FBV (Folha Boa Vista). 2020a. *Manifestação contra estupro de estudante ocorre em Pacaraima* 2020. Disponible en <<https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/Manifestacao-contr-aestupro-de-estudante-ocorre-em-Pacaraima/62538>> Acceso en 6 de may. 2020.

_____. 2020b. *Aumenta número de venezuelanos com Covid-19 em abrigos*. 2020. Disponible en <<https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/Aumenta-numero-de-venezuelanos-com-covid-19-em-abrigos/65067>> Acceso 5 de may. de 2020.

Fernández, L. 2018. *Nova Lei de Migração ignora drama de indígenas venezuelanos*. Disponible en <<https://www.unicamp.br/unicamp/ju/noticias/2018/01/31/nova-lei-de-migracao-ignora-drama-de-indigenas-venezuelanos>> Acceso 6 de may. 2020.

Fleicher, S. & Sautchuk, C. E. 2012. *Anatomias populares: a antropologia médica de Martín Alberto Ibáñez-Novión*. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 292p.

Freitez, A. 2019. Crisis humanitaria y migración forzada desde Venezuela, in *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica*. Editado por L. Gandini, F. Lozano, V. Prieto, pp. 33-58. Ciudad de México: UNAM.

Gahazoul, J. 2020. *Ecology: A Very Short Introduction*. Oxford University Press. pp. 184

García, GCS. 2019. El derecho a la salud de las personas migrantes: un análisis a partir de los derechos humanos, in *El derecho a la salud de las personas migrantes: un análisis a partir de los derechos humanos*. Editado por Cécile Blouin, pp. 151-167. Lima: THĒMIS.

García, R. J. 2017. *Nómadas: indígenas waraos frente al terminal de San Félix*. Trabajo especial de Grado. Escuela de comunicación Social, Universidad Católica Andrés Bello. Ciudad Guayana.

Gassón, R. & D. Heinen. 2012. ¿Existe un Warao Genérico?: Cuestiones Clave en la Etnografía y la Ecología Histórica del Delta del Orinoco y el Territorio Warao-Lokono-Paragoto. Tipití. *Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America* 10(1):37-64.

Godfrey-Smith, P. 2014. *Philosophy of Biology*. New Jersey: Princeton University Press, Princeton. 187p.

Goettert, J. D. 2009. Gentes, migração e transitividade migratória. *Espaço Plural* 10(20):53-62.

Gómez, M. C. & MCS Minayo. 2006. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. *Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente* 1(1).

Guanire, N., A. Aranguren, N. O. González. 2008. Wisidatu: Mágico espiritual de los indígenas warao de Tucupita y de la Isla de Araguabisi en el Estado Delta Amacuro-Venezuela. *Boletín Antropológico*. 26(73): 149-172.

Gudynas, E. 2021. *Dejar morir a la naturaleza y las personas: la necropolítica llega a la amazonia*. Disponible en <<https://blogs.elespectador.com/actualidad/embrollo-del-desarrollo/dejar-morir-la-naturaleza-las-personas-la-necropolítica-llego-la-amazonia>> Acceso en 7 de jun. 2021.

Heinen, D. & Á. García. 2002. Adaptación de recolectores indígenas a la mendicidad urbana: el caso de los Warao del Delta del Orinoco, in *VII Congreso Internacional de Antropología Iberoamericana: emigración e integración cultural*, Salamanca.

Heinen, D., R. Lizarralde & T. Gómez. 1996. El abandono de un ecosistema: el caso de los Morichales del Delta del Orinoco. *Antropológica* 81: 3-36.

IAEH (International Association for Ecology and Health). 2018. *7th International Conference for the Association for Ecology and Health*. Disponible en <<https://www.ecohealthinternational.org/7th-biennial-conference-of-the-international-association-for-ecology-and-health-ecohealth-2018/>> Acceso en 3 de dic. 2019.

IGBE. 2010. Disponible en <<https://indigenas.ibge.gov.br/mapas-indigenas-2.htm>> Acceso en 17 de ago. 2020.

Iriart, C., H. Waitzkin, J. Breilh, A. Estrada & E. E. Merhy. 2002. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 12(2).

ISGlobal (Instituto de salud global Barcelona). 2019. Salud planetaria: Un equilibrio entre el bienestar del planeta y el de los seres humanos. Disponible en <https://www.isglobal.org/new/-/asset_publisher/JZ9fGljXnWpl/content/construyendo-una-alianza-para-la-salud-global/en/en> Acceso 3 dic. 2019.

Kazianka, B. 2012. ¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina “global” y la medicina indígena “local”? Un ensayo sobre la realidad médica de los Mayas Itzáes en San José, Guatemala. *Scripta Ethnologica* 34: 39-68.

Lander, E. 2015. Crisis civilizatoria, límites del planeta, asaltos a la democracia y pueblos en resistencia. *Estudios Latinoamericanos, Nueva Época* 36: 29-58.

Langdon, E. J. 1994. Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana, in *Saúde e povos indígenas*. Editado por R. V. Santos, pp.115-142. Rio de Janeiro: Fiocruz.

_____. 2014a. *La negociación de lo oculto: Chamanismo, medicina y familia entre los Siona del bajo Putumayo*. Popayán: Universidad del Cauca. 297-310p.

_____. 2014b. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva* 19(4):1019-1029.

_____. 2015. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Aceno* 2(4): 55-77.

_____. 2018. Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales* (58): 8-15.

Langdon, E. J. & M. D. Cardoso. 2015. *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Ed. da UFSC. 310p.

Lasso, C. A. & P. Sánchez. 2011. *Los peces del delta del Orinoco. Diversidad, bioecología, uso y conservación*. Caracas: Fundación La Salle de Ciencias Naturales y Chevron C. A. 500p.

Lawinsky, MLJ., F. Mertens, CJS Passos & R. Távora. 2012. Enfoque ecosistémico en salud humana: la integración del trabajo y el medio ambiente. *Medicina Social* 7(1).

Leff, E. 2003. La Ecología Política en América Latina. Un campo en construcción. *Sociedade e Estado, Brasília* 18(1/2): 17-40.

_____. 2017. Las relaciones de poder del conocimiento en el campo de la Ecología Política: una mirada desde el sur, in *Ecología política latinoamericana: pensamiento crítico, diferencia latinoamericana y rearticulación epistémica*. Editado por H. Alimonda, C.Toro P. y F. Martín, pp. 129-166. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México: UAM; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ciccus.

Levins, R. & R. Lewontin. 2007. *Biology Under the influence: Dialectical essays on ecology, agriculture, and health*. New York. Monthly review Press. 400p.

Lewontin, R. 2000. *The triple helix: Gene, Organism, and Environment*. Londres, Inglaterra. 136p

Machado, L. 2017. *Índios venezuelanos se espalham pelo Norte e autoridades suspeitam de exploração por brasileiros*. Disponible en <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-41587208>> Acceso en 12 ago. 2019.

Maestro, G. G. 2020. *Diez claves para entender la crisis de Venezuela*. Disponible <<https://www.larazon.es/internacional/20200222/7rnoewlgwfeyvfbdlcwdyiuu4m.html>> Acceso 13 de may. 2020.

Mantini-Briggs, C. 2018. Cuando el derecho a la salud del pueblo Warao depende de la migración y desplazamientos como acto de resistencia a la imposibilidad cultural crónica. *Périplos: Revista de Estudos sobre Migrações* (2)2.

Martínez, Z. 2011. Situación de los recursos hídricos en Venezuela. Diponible em <https://www.gwp.org/globalassets/global/gwp-sam_files/publicaciones/varios/2011-situacion-recursos-hidricos-venezuela.pdf> Acceso 13 de may. 2020.

Matielo, E., AFV, Santos, O. P. Bonetti, D. S. Osório. 2018. *Migração e Saúde no Brasil* in Convención Internacional de Salud. Cuba Salud.

Mayo. R. 2007. Reconstrucción etnohistórica de Mosu, pueblo Warao del Estado Monagas: propuesta para su revitalización cultural, in *Lecturas Antropológicas de Venezuela*. Editado por L. Meneses P., C. Gordones y J. Clarac de B. pp. 127-138. Mérida: Editorial venezolana A. C.

Menéndez, E. L. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(1): 185-217.

_____. 2012. Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. *Trab. Educ. Saúde* 10(2):335-345.

Mercado, L. 2019. Cinco posibles causas que llevaron a Venezuela a la crisis. Disponible en <<https://www.eltiempo.com/mundo/venezuela/causas-que-llevaron-a-venezuela-a-la-crisis-84652>> Acceso 9 de jun. 2020.

Miloslavich, P., A. Martín, E. Klein, Y. Díaz, C. A. Lasso, J. J. Cárdenas & O. M. Lasso-Alcalá. 2011. Biodiversity and Conservation of the Estuarine and Marine Ecosystems of the Venezuelan Orinoco Delta, in *Ecosystems Biodiversity*. Editado por O. Grillo y V. Giafranco, pp. 67-90. Rijeka: IntechOpen.

Minayo, MCS. 2012. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva* 17(3)

MJSP (Ministério de Justiça e Segurança Pública). 2020. Tabela com decisões sobre pedidos de reconhecimento da condição de refugiado - ACNUR (1993-1997) e Conare (1998 a janeiro de 2020). Disponible en <<https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/refugio-em-numeros#categorias>> Acceso 5 de jun. 2020.

Morgado, PCL. 2018. *A saúde reprodutiva das mulheres migrantes em Niamey [Níger]: trajetórias terapêuticas e dinâmicas locais*. Tesis de Doctorado. Estudos Africanos. Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.

Mosonyi, E. E. 2008. *El indígena venezolano en pos de su liberación definitiva*. Caracas: El perro y la rana. 212p

Nava, D. J. 2012. Del morichal a la ribera: dinámicas de cambio cultural y entramados subjetivos entre los warao del delta bajo central. Tesis de Grado al título de Doctora en Ciencias, mención Antropología. I.V.I.C. Centro de estudios Avanzados Altos de PIPE.

Nitahara, A. 2012. Mulheres migrantes vítimas de violência terão atendimento na fronteira entre Brasil e Venezuela. Disponible en <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-06-22/mulheres-migrantes-vitimas->

de-violencia-terao-atendimento-na-fronteira-entre-brasil-e-venezuela> Acceso 5 de may. 2020.

Nogueira, D. R. 2019. Algumas questões sobre a saúde warao no Brasil. *Caderno 4 Campos* (2): 18-29.

OEPV. Observatorio de Ecología Política de Venezuela. 2017. Indígenas warao en el bajo Delta del Orinoco contaminados por desechos de la Corporación Venezolana de Guayana y de la minería ilegal. Disponible en <<https://www.ecopoliticavenezuela.org/georreferenciacion/40/>> Acceso 3 de mrz. 2020.

Parellada, A. 2019. Venezuela, in *El mundo Indígena*. Editado por D. N. Berger, pp. 232-239. Lima: Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA).

Pérez RML & V. A. Argueta. 2019. *Etnociencias, interculturalidad y diálogo de saberes en América Latina*. Investigación colaborativa y descolonización del pensamiento. México: Juan Pablos Editor. 324p.

Pierini, E. 2018. Healing and Therapeutic Trajectories Among the Spirit Mediums of the Brazilian Vale do Amanhecer. *International Journal of Latin American Religions* 2:272-289.

Pollak-Eltz, A. 2001. La medicina tradicional venezolana, Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. 222p.

Polícia Federal (PF). 2019. Operações de acolhida. Dados gerais de imigração 2019. Disponible <http://www.pf.gov.br/servicospf/imigracao/Apresentao_Novembro_2019_VFinal_RETIFICA DA> Acesso 9 de may. 2020.

Posada, P. A. 2009. Refugiados y desplazados forzados. Categorías de la migración forzada creadas como medidas de contención a las migraciones no deseadas. *Estudios Políticos* (35): 131-152.

- Quintero C. J. L. 2010. Las narrativas de frontera: la construcción del héroe en las historias de vida de los migrantes de retorno de Colima, México. *Llengua, Societat i Comunicació* 8: 83-92
- Ramos. N. 2009. Saúde, migração e direitos humanos. *Advances in Health Psychology*, 17(1): 1-11.
- Rincón, Z. U. R. 2020. Fenomenología de la inmigración: frontera, territorialización, desplazamiento y sentido de pertenencia. *REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.* 29(61):241-256.
- Robbins, Paul. 2012. *Political ecology: a critical introduction*. Oxford: John Wiley & Sons. pp. 288.
- Rocha, E. 2018. *Migrante cidadão: ONU alerta para violações contra mulheres e LGBTs em Roraima*. Disponible en <<https://amazoniareal.com.br/migrante-cidadao-onu-alerta-para-violacoes-contra-mulheres-e-lgbts-em-roraima/>> Acceso 5 de may. 2020.
- Rocha, G.V. & PRN Vilar. 2019. Fluxo migratório venezuelano no Brasil: análise e estratégias. *Revista Jurídica da Presidência*, 20(122): 541-563.
- Rosa, M. et al., 2021. *Os Warao No Brasil: contribuições da antropologia para a proteção de indígenas refugiados e migrantes*. ACNUR. 78p.
- Rose, I. S. 2016. Langdon, Esther Jean. La negociación de lo oculto: chamanismo, medicina y familia entre los siona del bajo putumayo. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2014. *ILHA* 18(2): 201-208.
- Silva, H.P., JCT Miranda & V.N. Lima. 2020. Desafios às políticas de saúde para populações tradicionais em áreas urbanas: O caso dos indígenas Warao em Belém do Pará, in *A saúde indígena: educação, gestão e trabalho*, pp. 178-197. Porto Alegre: Rede UNIDA.

Silva, R. A. & SCL, Albuquerque. 2018. Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva. *Rev Bras Enferm* 71(1):465-6.

Svampa, M. & E. Terán. 2019. En las fronteras del cambio de época. Escenarios de una nueva fase del extractivismo en América Latina, in *¿Cómo se sostiene la vida en América Latina? Feminismos y re-existencias en tiempos de oscuridad*. Editado por K. Gabbert y M. Lang, pp 169-218. Quito: Fundación Rosa Luxemburgo, Ediciones Abya-Yala.

Padilla, B. 2017. Saúde e migrações: metodologias participativas como ferramentas de promoção da cidadania. *Interface*, 21(61):273-84.

Terán, E. M. 2016. Las nuevas fronteras de las commodities en Venezuela: extractivismo, crisis histórica y disputas territoriales. *Ciencia Política* 11(21): 251-285.

_____. 2018. El extractivismo como ecorégimen: múltiples ámbitos y escalas de su impacto socioterritorial, in *Perspectivas de natureza. Espistemologías, negócios de natureza y América Latina*. Editado por MIM Marques, C. I. Bernini, L. Cavalieri, PCR Perez, E. Castro, A. Cornetta, J. S. Sobrinho, pp. 319-345. São Paulo: Annablume.

_____. 2020. *Los ritmos de la 'nueva normalidad': coordenadas del extractivismo en la pandemia en América Latina*. Disponible en <<https://www.ecopoliticavenezuela.org/2020/07/26/los-ritmos-de-la-nueva-normalidad-coordenadas-del-extractivismo-en-la-pandemia-en-america-latina/>> Acceso 19 de dic. 2020.

Tillet, A. 2018. *Condiciones de salud y alimentación de la población indígena Warao del estado Delta Amacuro*. Programa Venezolana de Educación-Acción en Derechos Humanos, PROVEA.

Ulloa, A. 2017. Dinámicas ambientales y extractivas en el siglo XXI: ¿es la época del Antropoceno o del Capitaloceno en Latinoamérica? *Desacatos* 54:58-73.

Vargas, E.R. & I. Macerata. 2018. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Publica* 42(170).

Vaquero, R. A. E. 2000a. *Los Warao y la cultura del moriche: identificación etnohistórica y elementos culturales*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. 178pp.

Vaquero, R. A. E. 2000b. *Manifestaciones religiosas de los Warao y mitología fundante*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. 213p.

Verdi, MMI. M.A. Ros, ALR, Cutolo & T.T. Souza. 2013. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Vitti, M. 2015. Ministerio de Salud oculta epidemia de sida que está matando a los waraos en el Delta. Disponible en <<https://www.venezuelaawareness.com/2015/12/ministerio-de-salud-oculta-epidemia-de-sida-que-esta-matando-a-los-waraos-en-el-delta/>> Acceso 4 de oct. 2019.

Vitti, M. 2018. Una mirada estructural del megaproyecto Arco Minero del Orinoco (I). Disponible en <<https://www.ecopoliticavenezuela.org/2018/06/28/una-mirada-estructural-del-megaproyecto-arco-minero-del-orinoco-i/>> Acceso 22 de jun. 2021.

Wickramage, K., J. Vearey, A.B. Zwi, C. Robinson & M. Knipper. 2018. Migration and health: a global public health research priority. *BMC Public Health* 18: 987.

Wilbert, W. 1996. Fitoterapia Warao, una teoría pneumica de la salud, la enfermedad y la terapia. Caracas: Instituto Caribe de Antropología y Sociología. 655p.

_____. 2001. Dau Yarokota: Plantas medicinales warao. Un manual bilingue (warao/español) de remedios preparados con plantas. Caracas: Editorial Italgráfica, C. A. p.382

Wilbert, W. & CLW, Ayala. 2009. También somos gente. Cambio cultural paradigmático Warao. *Anthropos* 104(2): 423-444.

_____. 2007. Los Warao, in *Salud Indígena en Venezuela*. Editado por Freire, G e A. Tillett. Vol. II. pp. 335-395. Caracas: Editorial Arte.

____. 2011. Fitoterapia warao: fundamentos teóricos, in *Perspectivas en salud indígena. Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas*. Editado por G. Freire, pp. 207-326. Quito: Universidad Politécnica Salesiana Abya-Yala.

Zapata, G. P. & Cuervo, S. M. 2019. De la frontera a la metrópoli: la experiencia migratoria de venezolanos en Brasil, in *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica*. Editado por L. Gandini, F. Lozano A. y V. Prieto. México: Universidad Nacional Autónoma de México. pp. 95-124.