

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
BACHARELADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

MILENA WEBER RODRIGUES

**MULHERES GESTANTES WARAO E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE  
PÚBLICA EM PORTO ALEGRE: UMA ANÁLISE DA INTERFACE  
ENTRE O MODELO MÉDICO HEGEMÔNICO E AS PRÁTICAS  
DE AUTOATENÇÃO**

Porto Alegre, setembro de 2022.

MILENA WEBER RODRIGUES

**MULHERES GESTANTES WARAO E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE  
PÚBLICA EM PORTO ALEGRE: UMA ANÁLISE DA INTERFACE  
ENTRE O MODELO MÉDICO HEGEMÔNICO E AS PRÁTICAS  
DE AUTOATENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Pablo Quintero

Porto Alegre, setembro de 2022

MILENA WEBER RODRIGUES

**MULHERES GESTANTES WARAO E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE  
PÚBLICA EM PORTO ALEGRE: UMA ANÁLISE DA INTERFACE  
ENTRE O MODELO MÉDICO HEGEMÔNICO E AS PRÁTICAS  
DE AUTOATENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**DATA DA APROVAÇÃO:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Pablo Quintero (UFRGS) - Orientador

---

Prof. Dr. Arlei Damo (UFRGS)

---

Prof. Dra. Marlise Rosa (Museu Nacional/UFRJ)

## AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a todos que, direta ou indiretamente, me ajudaram a concluir a graduação em Ciências Sociais e acompanharam o desenvolvimento dessa pesquisa com os Warao no Brasil.

Agradeço meus pais, Ajadil e Sumaia, aos quais devo a coragem por ter abandonado um emprego estável há 6 anos e mudado de rumo para ingressar numa carreira que naquele momento fizesse sentido para mim. Obrigada pelos impulsos para me dizer que era hora de seguir, pelo suporte mesmo à distância, pela parceria na depressão e na ansiedade, e por quererem conhecer e ajudar as pessoas de quem eu tanto contei histórias para vocês.

Gustavo, nem imaginava te ter por aqui, e sou grata por tanto afeto e dedicação ao longo desse processo de escrita. Sei que não deve ter sido fácil para você aguentar meu choro e minha euforia, mas você sempre soube agir com paciência e amor, sem deixar de me encorajar. Sou grata por lutar ao teu lado.

Aos colegas do NIT, que desde o primeiro semestre da graduação estiveram comigo fazendo campo, debatendo, trocando reflexões e leituras. Augusto, Pietro, Guilherme e Eduarda, sem vocês este trabalho não teria sido o mesmo. Agradeço em especial à Clémentine pelas conversas sobre anarquia e autonomia, por me aproximar do povo Kaingang e as diversas experiências que compartilhamos em terras indígenas e retomadas. Devo minha experiência política mais profunda a você.

Aos *maraisa* Laurena, agora minha comadre, Nazario, meu compadre, e Lorena. Obrigada por verem em mim uma amiga, compartilhar situações difíceis e também situações boas. Agradeço a Marleni, Unico, Gregori, Gilda, Jesus, Yulimar, Hector, Humberto, Nilbia e Maritza por sempre me receberem bem, independente do momento que estivessem atravessando. A Florencia e Rodolfo, agradeço também pela parceria na feira aos sábados e por aceitarem os convites para irmos a terras indígenas e participarem de assembleias conosco, fazer *lives* e palestras. *Seisa manebu!*

Agradeço ao Camilo e a Nina, do Território Okupado dos Mil Povos, por acolher e se aproximar dos Warao e de mim. Obrigada pelas conversas e pela troca de ideias, por levar a Laurena em tantas madrugadas ao hospital, pela preocupação com a saúde dela e das crianças. Sou grata pelo carinho desse laço que tecemos.

Aos meus colegas da graduação e do PET Ciências Sociais, pela possibilidade de traçar caminhos e experimentar projetos de extensão que tornassem o curso mais interessante. À tutora do PET, Luciana Garcia de Mello, pela paciência e carinho dedicada aos bolsistas.

Às minhas amigas Liliane e Ana Luísa que, mesmo de longe, nunca deixaram de estar comigo e acompanhar meu trabalho.

Aos amigos e amigas da Pedala Porto, que me ouviram, acolheram e aconselharam pacientemente ao longo desse tempo de escrita. Aos amigos da Casa do Estudante Indígena, da T.I. Van Ká e da Retomada Konhún Mág pela solidariedade com o povo Warao.

Agradeço ao meu orientador Pablo Quintero, que tem me acompanhado desde o início da graduação, sempre disposto a nos motivar e apontar as vias críticas da Antropologia Social. Agradeço também a banca, Marlise Rosa e Arlei Damo por terem aceitado a tarefa de lerem e revisarem este trabalho.

## RESUMO

Este trabalho busca analisar as práticas de autoatenção e os diálogos entre uma gestante Warao e as instituições de saúde pública em Porto Alegre. A partir do trabalho etnográfico, descrevemos as práticas de autoatenção e os diálogos entre a gestante e os profissionais de saúde pública, identificando novas formas de autoatenção inseridas no processo de migração para o Brasil e a relevância de um diálogo pautado na interculturalidade. Para tais fins, apresentamos o contexto migratório de Laurena, nossa interlocutora, e sua inserção no panorama mais amplo da mobilidade Warao, associado às redes migratórias e ao *ebukitane*. Posteriormente, analisamos o processo de inserção do Modelo Médico Hegemônico em território Warao e os impactos para essa população, trazendo relatos da transformação geracional do processo de gravidez, parto e pós parto. Por fim, exploramos a gravidez de Laurena no Brasil, permeada por problemas de saúde tardiamente diagnosticados e de inseguranças de ordem financeira e de moradia. Após o nascimento de seu filho, veremos como o controle das instituições públicas se desdobra ao bebê, depositando na mãe ameaças de tomar a criança.

**Palavras-chave:** Warao; Gestação; Migração; Saúde; Políticas Públicas.

## RESUMEN

Este trabajo busca analizar prácticas de autoatención y diálogos entre una gestante Warao e instituciones públicas de salud de Porto Alegre. Con base en el trabajo etnográfico, describimos prácticas de autoatención y diálogos entre gestantes y profesionales de la salud pública, identificando nuevas formas de autocuidado insertas en el proceso de migración a Brasil y la relevancia de un diálogo basado en la interculturalidad. Para estos efectos, presentamos el contexto migratorio de Laurena, nuestra interlocutora, y su inserción en el panorama más amplio de la movilidad Warao, asociada a redes migratorias y el *ebukitane*. Posteriormente, analizamos el proceso de inserción del Modelo Médico Hegemónico en el territorio Warao y los impactos para esta población, trayendo relatos de la transformación generacional del proceso de embarazo, parto y puerperio. Finalmente, exploramos el embarazo de Laurena en Brasil, permeado por problemas de salud recientemente diagnosticados e inseguridades financieras y de vivienda. Tras el nacimiento de su hijo, veremos cómo se despliega el control de las instituciones públicas sobre el bebé, amenazando a la madre para que se lleve al niño.

**Palabras llave:** Warao; Gestación; Migración; Salud; Políticas Públicas.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACNUR** Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados  
**ADPF** Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental  
**AU** Altura Uterina  
**BCF** Batimentos Cardíacos Fetais  
**CAI** Centro de Atención Integral  
**CIBAI:** Centro Ítalo Brasileiro  
**CRAS** Centro de Referência de Assistência Social  
**DPP** Data Provável do Parto  
**EM** Estado Nutricional  
**FUNAI** Fundação Nacional do Índio  
**HPS** Hospital de Pronto Socorro  
**IG** Idade Gestacional  
**MMH** Modelo Médico Hegemônico  
**MS** Ministério da Saúde  
**NIT** Núcleo de Antropologia das Sociedades Indígenas e Tradicionais  
**OMS** Organização Mundial da Saúde  
**PA** Práticas de Autoatenção  
**PA** Pressão Arterial  
**PNAISM** Política Nacional de Atención Integral à Saúde da Mulher  
**PNASPI** Política Nacional de Atención à Saúde dos Povos Indígenas  
**RG** Registro Geral  
**RN** Recém nascido  
**SASI** Subsistema de Atención à Saúde Indígena  
**SMS** Secretaria Municipal da Saúde  
**SMDS** Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social  
**STF** Supremo Tribunal Federal  
**SUS** Sistema Único de Saúde  
**UBS** Unidade Básica de Saúde  
**UFRGS** Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
**UNFPA** Fundo de População das Nações Unidas  
**UPIIRDD** Unidade dos Povos indígenas, Imigrantes, Refugiados e Direitos Difusos



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Figura 1: Mapa do processo de mobilidade dos Warao que em Porto Alegre           | 15 |
| Figura 2: diagrama de parentesco do grupo de residência da casa no bairro Nonoai | 28 |
| Figura 3: Legenda do diagrama de parentesco                                      | 28 |
| Figura 4: Bilhete anexo à carteira da gestante                                   | 66 |
| Figura 5: Receitas e medicamentos da segunda consulta pré-natal                  | 74 |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b>   | 12 |
| <b>1. TRAJETÓRIAS WARAO PARA E NO BRASIL: CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO MIGRATÓRIO</b>            | 21 |
| 1.1 Redes migratórias e o <i>ebukitane</i> : a história de Laurena e Nazario                    | 22 |
| 1.2 Sobre uma “fuga” para Porto Alegre  | 25 |
| 1.3 A fofoca como “feitiço” e a fragmentação do grupo de residência da zona sul de Porto Alegre | 29 |
| 1.4 Novos ciclos de <i>ebukitane</i> e uma segunda gravidez: ida à Caxias do Sul                | 31 |
| <b>2. PROCESSOS DE GESTAÇÃO, PARTO E PÓS-PARTO ENTRE AS WARAO</b>                               | 33 |
| 2.1 Modelo Médico Hegemônico e Práticas de Autoatenção  | 35 |
| 2.2 Panorama histórico da atuação biomédica em território Warao                                 | 37 |
| 2.3 As assimetrias do modelo médico e a falta de diagnóstico                                    | 42 |
| 2.4 A inserção da atenção biomédica no partejar das mulheres Warao                              | 43 |
| 2.5 Relatos de gestação, parto e pós-parto  | 46 |
| 2.5.1 Florencia: <i>se cae el bebé con ayuda de mi suegra</i>                                   | 46 |
| 2.5.2 Gilda: a importância de intérpretes na comunicação  | 50 |
| 2.5.3 Nilbia: <i>el consejo de mi abuela es mantenerse firme</i>                                | 53 |
| 2.5.4 Nubia: o primeiro bebê Warao nascido em Porto Alegre                                      | 54 |
| <b>3. DE UMA NOVA GRAVIDEZ AO DESALOJO</b>  | 59 |
| 3.1 O pré-natal para as “boas pacientes”  | 60 |
| 3.2 Práticas de Autoatenção na gestação   | 65 |

|  |    |
|--|----|
| 3.3 Áreas inacessíveis para refugiados     | 75 |
| 3.4 Das dores do parto                     | 79 |
| 3.5 Entre o despejo e a rua, solidariedade | 82 |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                | 85 |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>                        | 89 |

## INTRODUÇÃO

Os modos de vida Warao têm sofrido um intenso processo de transformações desde a primeira metade do século XX em virtude de um crescente contato com missionários e a população venezuelana. Com a necessidade de migrar para o Brasil, é possível imaginar que, novamente, uma série de processos transformadores seja impelida a essa população. Um dos segmentos que nos chama atenção ao longo dessa transmutação é a relação dos saberes e práticas em saúde Warao com o modelo biomédico e, mais especificamente, o processo de gravidez, parto e pós-parto vivenciado por mulheres Warao que hoje habitam um outro país. Com efeito, muitas mulheres Warao que chegam ao Brasil estão grávidas (ROSA, 2021) e buscam o atendimento médico que não podem encontrar no país de origem. Quando tomamos conhecimento do assunto, enquanto acompanhamos algumas Warao aos postos de saúde em Porto Alegre, passamos a observar o quão dificultoso pode ser para uma migrante indígena realizar um acompanhamento adequado ao longo de sua gestação.

Pensar no processo de mobilidade dos indígenas Warao da Venezuela, algo que compreende também as problemáticas que se desprendem desse fenômeno, é um desafio que venho acompanhando desde 2018 através do trabalho realizado no projeto “Processos de Territorialização, Estruturas de Subsistência e Relações Interétnicas na Imigração Warao no Brasil: Etnologia e história de um grupo étnico em transformação”, coordenado pelo prof. Pablo Quintero, em conjunto com meus colegas do Núcleo de Antropologia das Sociedades Indígenas e Tradicionais (NIT-UFRGS). Aos planos de iniciar nossa inserção em campo na cidade de Manaus (AM) e em Belém (PA), se sobrepôs a chegada dos primeiros Warao à Porto Alegre, poucas semanas antes da pandemia de Covid-19 ser decretada pela OMS, em março de 2020 (MARÉCHAL *et al*, 2020). A partir desse fato, a rede migratória dos Warao (ROSA, 2021) se estende até a capital do estado do Rio Grande do Sul, e mais unidades domésticas Warao chegam para tentar se estabelecer aqui. Até junho de 2022 estima-se que 50 indivíduos, entre adultos e crianças, estejam na cidade habitando duas localidades distintas, uma na Zona Sul – a unidade doméstica<sup>1</sup> mais antiga, e outra na periferia da Zona Norte – um conglomerado de unidades domésticas, o grupo mais recente.

---

<sup>1</sup> Adotaremos aqui o termo “unidade doméstica” em contraste a “família” para designar um grupo Warao cujos indivíduos habitam o mesmo espaço e, de maneira geral, mas não obrigatória, estão vinculados pelo parentesco.

Dentre esses grupos que chegaram à cidade, era comum que fôssemos procurados para fazer alguns pedidos de ajuda referentes à regularização da documentação, acompanhamento ao posto de saúde, e abertura de contas bancárias. Por conta da inabilidade e despreparo do poder público, o vínculo de amizade firmado com os Warao fez com que nos tornássemos uma referência útil para dar conta de tarefas burocráticas. Além disso, o circuito de agentes governamentais e não-governamentais em Porto Alegre tem se demonstrado ausente e indiferente à essa população, desde que os Warao se mantenham invisíveis aos olhos da sociedade que os envolve (MARÉCHAL; VELHO; RODRIGUES, 2021).

Os Warao são frequentemente vistos como um “estorvo” pela população geral e pelos agentes sociais que deveriam acolhê-los no país de destino. São frequente alvo de políticas racistas, xenofóbicas e higienistas, além da violência institucional (MARÉCHAL; VELHO; RODRIGUES, 2021), cujos esforços se concentram em invisibilizar, tutelar e desmobilizá-los. Não é difícil encontrar notícias retratando conflitos e violências envolvendo essa população refugiada e nacionais – com ênfase para funcionários públicos<sup>2</sup>. Além disso, a violência e a tortura praticada em abrigos no Norte do país – ações que costumam ocorrer “na surdina”, quando denunciadas pelos Warao tendem a ser omitidas. Estes são apenas alguns dos exemplos capazes de evidenciar a crise e o despreparo da sociedade receptora (ROSA, 2021).

Considerados o grupo histórico mais antigo do atual território da Venezuela (GARCIA CASTRO, 2006), os Warao possuem uma presença histórica no delta do Rio Orinoco que remonta mais de sete mil anos (AYALA LAFÉE-WILBERT; WILBERT, 2008). Falo aqui da segunda etnia mais populosa do país vizinho, com cerca de 49 mil indivíduos, de acordo com o último censo nacional indígena (QUINTERO, 2021). Geograficamente, os Warao se distribuem entre diversas comunidades no Nordeste da Venezuela, podendo habitar cidades maiores, como Barrancas del Orinoco e Tucupita, ou os *caños*<sup>3</sup> – os afluentes que compõem o sistema deltaico do rio Orinoco (ROSA, 2021). Atrelado a esse último ponto, é importante ressaltar que, não raro, os habitantes oriundos dos *caños* tendem a falar somente em Warao, língua cujo tronco linguístico é

---

<sup>2</sup> Houve relatos de conflitos entre agentes do Conselho Tutelar e os Warao (Rosa, 2021), e entre assistentes sociais articulados à Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) da cidade de Porto Alegre (MARÉCHAL; VELHO; RODRIGUES, 2021).

<sup>3</sup> A palavra *caño* diz respeito a comunidades formadas nos afluentes do rio Orinoco. Ex: *caño Winikina*, *caño Nabasanuka*. Ver Rosa (2021).

independente. Esse não foi meu caso, dado que os Warao que atualmente vivem em Porto Alegre vieram dos *caños* e viveram por muito tempo em Barrancas del Orinoco. Por isso, a comunicação com meus *maraisa* (amigos) se deu sempre em espanhol, o idioma que temos em comum.

Assim como os povos originários em território brasileiro, os Warao também vêm sendo gradualmente despossuídos de seu território originário e, a partir do agravamento da crise econômica na Venezuela em 2016, cruzam a fronteira em Pacaraima (RR) sob a condição de migrantes e refugiados, e vêm em busca de *najoro* (comida), de reproduzir suas estruturas materiais de sobrevivência (QUIJANO, 1998 *apud* MARÉCHAL *et al*, 2020), e também para fugir de doenças e buscar atendimento médico. Atualmente, estão persistindo para manter vivos os seus costumes, apesar dos diversos tipos de opressão enfrentados cotidianamente.

Contudo, é importante destacar que os deslocamentos Warao têm início apenas no século XX, quando toda uma gama de intervenções históricas atua sobre seu território originário (ROSA, 2021). De forma breve, podemos citar a introdução do plantio de *ocumo chino* (*Colocasia esculenta*) em território Warao a partir da década de 1920 (AYALA LAFÉE-WILBERT; WILBERT, 2008), fenômeno que se desdobra em um processo de dependência do trabalho assalariado e o consecutivo abandono de seu antigo habitat (HEINEN *et al*, 1996 *apud* ROSA, 2021); a construção da barragem do rio Manamo a partir de 1960 (GARCÍA CASTRO; HEINEN, 1999), evento responsável por graves consequências ecológicas como a salinização das áreas próximas aos rios, tornando-as impróprias para cultivo de roças, afetando a oferta de peixes, e comprometendo o fornecimento de água potável na região. Além disso, o impulsionamento do monocultivo intensivo de outras variedades não tradicionais conta com a mão-de-obra indígena barata, fator que leva ao desaparecimento de 21 comunidades locais (PAZ, 2004 *apud* ROSA, 2021) devido à ostensiva invasão de terras ancestrais por agricultores, e a profundas modificações na sociedade Warao, que passa por um processo de individualização. Por fim, os Warao são acometidos por uma epidemia de cólera entre os anos 1992 e 1993 (BRIGGS; MANTINI-BRIGGS, 2004), que leva a óbito cerca de 500 pessoas no delta do rio Orinoco, em sua maioria os próprios indígenas. Com isso, meu desejo é explicitar que a mobilidade Warao se dá por processos históricos de intervenção nos seus territórios, conforme sugerem Rosa (2021) e Longoni (2022).

**Figura 1: Mapa destacando a Venezuela e o Brasil, marcando o processo de mobilidade dos Warao que hoje vivem em Porto Alegre**



Fonte: Velho (2022)

Ao longo da pesquisa, nos chama a atenção alguns dados sobre a presença da mulher Warao ao longo de todo o contexto migratório. A antropóloga Marlise Rosa (2021) destaca uma informação obtida através da Comissão de Migração e Direitos Humanos de Roraima em 2016, segundo a qual as mulheres Warao representariam algo em torno de 25% da migração venezuelana na região Norte. Esse contingente significativo de mulheres é também, na maioria das vezes, o responsável por manter ativa a rede migratória Warao, e deliberar sobre os próximos passos do trajeto, evidenciando assim o “protagonismo feminino na mobilidade Warao” (ROSA, 2021, p. 38).

Protagonismo esse que vem acompanhado de um ônus provocado pela (hiper)visibilidade (JARDIM, 2017) dessas mulheres perante agentes sociais no país de

destino. Frequentemente encontradas em semáforos e esquinas fazendo *ebukitane* – a prática do pedir – com filhos pequenos, elas são ameaçadas de terem as crianças tomadas pelo Conselho Tutelar, uma vez que deixam de ser “boas mães” aos olhos da “sociedade dominante”, e passam a ser tratadas como incapazes de cuidar de si e da sua prole (MARÉCHAL; VELHO; RODRIGUES, 2021).

Retomando a questão dos Warao em Porto Alegre, passei a acompanhar as mulheres à Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Nonoai, zona sul da cidade. Esse foi um pedido frequente delas, que comentavam não ter mais acesso a equipes médicas na Venezuela e, por isso, sentiam dores de longa data que ainda não haviam sido examinadas. Algumas mulheres relataram também o desejo de engravidar e a preocupação com constantes abortos espontâneos e a dificuldade em levar a gravidez adiante. A morte materna ou a morte fetal entre as Warao se revelou um assunto que requer cuidados e acompanhamento em saúde especializado e constante por parte de uma equipe médica capacitada interculturalmente. A “situação limite”, momento em que a falta de acompanhamento especializado e contato com a gestante por parte de equipes médicas, se deu quando o primeiro bebê Warao nascido na cidade veio natimorto, o que se tornou enorme motivo de tristeza e angústia não só na unidade doméstica onde o fato ocorreu, mas entre todos aqueles que ficaram sabendo.

É em decorrência de tais medos e inseguranças que Laurena, que se tornou minha principal interlocutora, ao sofrer ela própria algo que até hoje não se concluiu o que era – um aborto espontâneo ou uma confusão hormonal, e posteriormente engravidar pela terceira vez, nos pediu que acompanhássemos ela em consultas pré-natal na UBS do bairro onde vivia, na periferia da zona norte da cidade. Foi nessa ocasião que uma colega de pesquisa sugeriu que, ao acompanhá-la durante a gestação, eu também realizasse minha pesquisa etnográfica. A essa altura já havia acompanhado as mulheres Warao a diversas consultas médicas, exames e emergências cirúrgicas, portanto estava a par da importância que é estar junto para servir de intérprete de idiomas entre equipes médicas e paciente; encorajá-las a realizar consultas e exames; mediar a consulta; realizar a leitura de papéis médicos; explicar aos profissionais da saúde porque acompanhamos as pacientes; e explicar às pacientes o que as profissionais da saúde dizem. Esse passou a ser um exercício importante no sentido de tentar demonstrar como o sistema de saúde pública no Brasil se configura em uma experiência nada óbvia para os Warao o que, de acordo com Denise Jardim (2017), demonstra as fronteiras do acesso a um sistema de saúde que fora pensado como universal.



Por fim, dentro desse contexto acompanhando Laurena ao longo de sua gestação, dividi a pesquisa de campo etnográfica em três etapas - não em função dos trimestres da gestação, mas em razão da trajetória que a própria gestante fez. A primeira etapa consistiu numa observação participante, que incluiu conversas informais com a gestante, entre a descoberta de sua gestação, no terceiro mês, até o sexto mês. Grosso modo, nesse momento acompanhei sua rotina, suas consultas pré-natal na UBS do bairro, e também a realização de exames.

A segunda etapa se deu num acompanhamento à distância via redes sociais, quando Laurena decidiu viajar de Porto Alegre à Cuiabá para encontrar os pais, e também evitar que o filho em seu ventre fosse atingido por algum *hebu*<sup>4</sup>. Isso fez com que meu projeto de pesquisa também ganhasse novos rumos, me aproximando do coletivo familiar de Laurena, especialmente da mãe, que me contou as histórias de suas próprias gestações, e das parteiras da vila onde morava na Venezuela.

A terceira etapa, por sua vez, consistiu no retorno de Laurena a Porto Alegre, agora trazendo consigo o coletivo familiar para viverem juntos. A observação participante se deslocou para o complexo Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, hospital de referência da gestante, na medida em que os problemas de saúde da mesma se agravaram, colocando a gestação em risco.

Não pretendo com esse trabalho destacar modelos antagônicos, apesar de apostar que as interações entre as gestantes Warao e as instituições de saúde pública em Porto Alegre são dificultosas em decorrência não somente do idioma, mas também pela relação assimétrica estabelecida entre a gestante e os profissionais de saúde dessas instituições. Pelo contrário, acredito que as práticas de autoatenção das gestantes Warao não são totalmente contrárias à biomedicina, pois resultam de um processo histórico de contato interétnico de longa data e, somado a isso, as práticas de autoatenção das gestantes Warao estão passando por transformações e (re)configurações dentro do contexto migratório vivido pelo seu povo. Portanto, o objetivo geral que orientou esse trabalho, foi *analisar as práticas de autoatenção e os diálogos entre uma gestante Warao e as instituições de saúde pública em Porto Alegre*. Para isso, três objetivos específicos foram estabelecidos; sendo cada um deles o resultado direto do anterior e, logo, caminhos importantes no

---

<sup>4</sup> Para os Warao, o conceito de *hebu* é central em seu xamanismo, e comumente uma expressão genérica para referir-se à doença (ROSA, 2021). Em outras palavras, o *hebu* faz referência a um ser invisível cuja atuação usualmente é negativa, podendo inclusive levar à morte daqueles que tem um *hebu* em seu corpo (MARÉCHAL et al, 2020).

desenvolvimento do trabalho: 1) *Descrever as práticas de autoatenção e os diálogos entre a gestante Warao e as instituições de saúde pública em Porto Alegre*; 2) *Identificar as práticas de autoatenção dessa gestante Warao*; e 3) *Explorar a relevância dos diálogos entre as gestantes Warao e os profissionais da saúde pública em Porto Alegre*.

É importante abrir parênteses para um viés antropológico comumente empregado nos estudos de etnologia e saúde, que consiste na análise das noções de corpo e corporalidades, e justificar porque abrimos mão de tais teorias neste trabalho. Marcel Mauss (2003) abre espaço na antropologia para o estudo do significado e constituição de corpos, abrangendo análises simbólicas da constituição de pessoa. Desse trabalho seminal surge a clássica abordagem da construção de pessoas e fabricação de corpos “ameríndios” (SEEGER; DA MATTA; VIVEIROS DE CASTRO, 1987), e a relação que fluídos corpóreos sexuais, o mênstruo e o leite materno têm com essa construção (BELAUNDE, 2019).

Em primeiro lugar, não surgiram referências a tal debate ao longo da produção de material bibliográfico a respeito da mobilidade Warao no Brasil, não havendo menção a tais autores em trabalhos antropológicos. Acredito que isso ocorre porque trata de um debate orientado para a etnografia de povo indígenas em contextos especificamente amazônicos, situados historicamente no que é considerado território brasileiro. Em segundo lugar, os diálogos que tivemos com as mulheres Warao e os relatos obtidos a respeito da mortalidade materna e fetal apontam para uma análise dessa arena onde são travados os diálogos entre elas, com suas próprias práticas e saberes em saúde, e o sistema de saúde pública em Porto Alegre, onde predomina o modelo biomédico de saúde. E por último, o trabalho etnográfico desenvolvido pontua a histórica relação entre a biomedicina e as formas de autoatenção entre as gestantes Warao, o que tornou justamente a interface entre distintos modelos de atenção em saúde e suas assimetrias ideológicas e materiais o foco deste trabalho, o que nos levou a não adentrar outros tipos de análise no momento.

Deste modo, o primeiro capítulo trata da mobilidade Warao e os fatores que corroboram com tal fenômeno, associando a migração da unidade doméstica de Laurena a esse panorama mais amplo. Essas são as bases para o trabalho etnográfico realizado com os grupos hoje residentes em Porto Alegre, com ênfase para as viagens temporárias para o interior do estado do Rio Grande do Sul, para o circuito de transmissão de informações entre os Warao orientado pela fofoca, fator que desencadeia processos de fissão temporárias ou permanentes entre os grupos.

O segundo capítulo busca expor os conceitos de Modelo Médico Hegemônico (MMH) e Práticas de Autoatenção, elaboradas pelo antropólogo Eduardo Menéndez (1992; 2009; 2011), que irão precisar o argumento utilizado para elucidar a articulação entre os diferentes saberes médicos neste e nos próximos capítulos. Posteriormente, levantaremos um panorama histórico do contato dos Warao com a atenção biomédica, que tem início na primeira metade do século XX a partir de missões religiosas, e seu posterior declínio e desmonte do sistema de saúde pública na Venezuela ao longo dos últimos anos – uma das razões pelas quais muitos Warao vieram ao Brasil. Em seguida, abordaremos o desenrolar da suspeita de abortamento sofrida por Laurena e os diálogos e práticas entre ela, a equipe médica e a pessoa que a acompanhou – Nina, uma doula que à época era sua vizinha na Zona Norte de Porto Alegre. Esse momento é relevante para que, posteriormente, ela decida realizar o acompanhamento pré-natal, reelaborando e incorporando outras práticas de autoatenção nesta nova gestação. Atrelado a isso, trataremos o relato de Laurena sobre sua primeira gestação, ainda na Venezuela, e suas práticas e manejos durante o processo de gestação, parto e pós-parto, que contrastam com as escolhas de atenção à saúde na gestação do filho mais novo, e do relato das gestações de Marleni, sua mãe, que partejou quase todos os filhos com a ajuda de mulheres mais velhas de sua família extensa. Por fim, apresentaremos outros relatos de morte materna e morte infantil entre as mulheres Warao que hoje vivem em Porto Alegre, e como cada um desses casos possuem como ponto de contato a questão de traumas relacionados a incongruências entre diferentes formas de atenção e saberes médicos.

O terceiro e último capítulo apresenta o processo de gestação, parto e pós-parto de Laurena que, diferentemente da primeira gestação, é permeado por novas formas de autoatenção, como a viagem feita por Laurena até Cuiabá para encontrar sua mãe. Tais práticas se encontram por vezes entrelaçadas ao contexto de mobilidade em que está inserida, e também para evitar complicações na gestação como aquelas mencionadas nos relatos trazidos no capítulo anterior. De forma breve, definimos o conceito de pré-natal, apresentando a forma como ele se define e se estrutura atualmente no Brasil, trazendo um breve apanhado histórico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), responsável por orientar tal conjunto de práticas biomédicas. Através desta contextualização, procuramos demonstrar como o pré-natal se constitui *a priori* como um instrumento da governamentalidade, conceito foucaultiano empregado por Rosa (2021) a fim de explicar as formas de governo e as maneiras de abordar a população Warao no Brasil; e também por Jardim (2017) para tratar do fenômeno da migração e das

tecnologias de controle e as fronteiras. Apesar disso, daremos ênfase para as “zonas de abandono”, conforme sugere Jardim (2017, p. 206), uma vez que as gestantes Warao não são tratadas com especificidade nas práticas da saúde por não serem consideradas indígenas, além de não cumprirem com o *script* de “boas pacientes” e “boas migrantes”, não enquadrando-se nas lógicas administrativas locais.

## 1. TRAJETÓRIAS WARAO *PARA E NO* BRASIL: CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO MIGRATÓRIO

Abordar a gravidez de Laurena, suas idas ao posto de saúde e os deslocamentos feitos ao longo da gestação requerem antes um aprofundamento em questões que dizem respeito à migração e as razões para fazê-la. Em outras palavras, é importante levar em conta que minha pesquisa etnográfica com Laurena durante seu período de gestação está intimamente entrelaçada à questão da mobilidade Warao. Portanto, ao longo desse capítulo se aborda a questão da mobilidade Warao e a inserção da trajetória da unidade doméstica de Laurena nesse contexto mais abrangente. Para isso, apresentarei de forma breve alguns dados a respeito da migração Warao para o Brasil com base em trabalhos prévios (MOUTINHO, 2017; MARÉCHAL et al, 2020; ROSA; QUINTERO, 2020; ROSA, 2021; ACNUR, 2021), e posteriormente um panorama dos deslocamentos da unidade doméstica de Laurena até Porto Alegre e suas viagens “pendulares” até Caxias do Sul, práticas atravessadas pelo *ebukitane* (VELHO, 2022) e também pela fofoca (BRIGGS, 2008) que percorre as redes migratórias Warao. Em outras palavras o presente capítulo tem como objetivo contextualizar e reconstruir o circuito de mobilidades Warao *para e no* Brasil, dando ênfase às unidades domésticas que vieram até a capital gaúcha, onde a equipe etnográfica atuou.

Os primeiros registros da presença Warao no Brasil datam de 2014 (ROSA, 2021), com a notícia da deportação de 28 indígenas Warao pela Polícia Federal de Boa Vista (Roraima). Segundo o ACNUR (2021), apesar de uma presença pouco expressiva inicialmente, o país passou a receber em 2016 um crescente número de migrantes e refugiados, momento em que se (re)avaliou a postura do Brasil diante este fenômeno, adotando uma política “mais humanitária”, se comparado à prática das deportações, daí se origina a chamada “Operação Acolhida”, organizada pelo Governo Federal e pelo Exército Brasileiro.

Até 2020, a agência estimava que cerca de 5000 pessoas de origem venezuelana, solicitantes da condição de refugiado ou com autorização de residência, fossem indígenas venezuelanos. Dentre esse número total, 65% fazem parte do grupo étnico Warao (ACNUR, 2021). Além disso, até agosto de 2020 se tinha registro da presença Warao em 23 estados do país e no Distrito Federal (ROSA, 2021), sabendo que atualmente existe presença Warao em todos os estados do país. Estes são dados que demonstram a crescente

presença Warao em todo o Brasil, e com isso a iminência de conflitos entre essa população e diversos atores sociais, sobretudo o poder público.

As razões que trazem a população Warao ao Brasil são, em grande parte, relacionadas à situação de crise econômica na Venezuela (MOUTINHO, 2017), visto que isso levou ao corte de programas sociais, altos níveis de desemprego, grave escassez de alimentos e a um conseqüente agravamento em questões de saúde da população. Por isso, migrar representa a possibilidade de conseguir *najoro* (comida), roupas, trabalho e *burata* (dinheiro) (ROSA, 2021) – este último que pode ser obtido através do *ebukitane* (a prática do pedir) ou da venda de artesanato. Além disso, outro fator que os faz buscar o país vizinho é a possibilidade de ter acesso ao modelo biomédico de saúde, que oferta médicos, exames, hospitais e medicamentos gratuitamente através do SUS, uma vez que muitos saem da Venezuela com algum tipo de enfermidade que requer esse tipo de tratamento.

### 1.1 REDES MIGRATÓRIAS E *EBUKITANE*: A HISTÓRIA DE LAURENA E NAZARIO

Laurena faz parte desse contingente que ingressou no Brasil como refugiado, alguns anos após o aumento no número de pessoas cruzando a fronteira em Pacaraima (RR). Acompanhada do marido, Nazario, e da filha, Lorena, que na época tinha apenas 2 anos de idade, ela lembra com exatidão o dia em que deixou a Venezuela:

Nove de setembro de 2019. No dia dez cheguei em Pacaraima, tirei o documento e fui para Boa Vista por um mês. Depois em Manaus, dois meses. Porto Velho também dois meses, e fui para Cuiabá com Florencia e Rodolfo. Eu ia para Goiânia com as minhas primas mas achei melhor ir com eles, que tinham saído da Venezuela em janeiro do mesmo ano, antes da gente (DIÁRIO DE CAMPO, 11/07/2022).

Ela relata ainda que, para vir ao Brasil, teve que vender sua casa em Barrancas de Orinoco: *“uma casa assim com três quartos e tudo dentro. Eu tive que vender para vir ao Brasil”* (ibidem). A venda da casa não rendeu dinheiro suficiente para que pudesse trazer mais pessoas, de modo que ela deixou os pais e os irmãos e irmãs na Venezuela e migrou para buscar maneiras de trazê-los ao país vizinho depois que já estivesse estabelecida aqui.

Seus pais, Marleni e Unico, nasceram no *caño* Winikina e contam que ainda quando crianças, muito jovens, foram morar em Barrancas. Ao contrário da filha, o casal

não vendeu a casa na Venezuela para vir ao Brasil, mas alugaram para outras pessoas. Eles conseguiram chegar ao país somente em janeiro de 2021, percorrendo o mesmo trajeto feito por Laurena. Ela conta que ainda tem um irmão, uma irmã e três sobrinhas na Venezuela. Não se sabe ao certo se eles virão ao Brasil, pois existem muitas questões que envolvem trazer um parente para cá, e uma delas são os recursos financeiros necessários para realizar a viagem. De qualquer forma, diz que seguem enviando a eles parte da renda obtida fazendo *ebukitane* para que possam comprar comida na Venezuela.

Quando falamos de *ebukitane*, nos referimos a um termo êmico que pode ser traduzido como “pedir/exigir moeda na rua” (MARÉCHAL et al, 2020, p. 54), prática explorada com profundidade por Velho (2022).

Podemos começar a entender o *ebukitane* como uma das formas de sobrevivência econômica Warao, um modo absolutamente subjugado e dependente da economia formal e que, ainda assim, produz rendimentos suficientes para que seja fortemente atraente como atividade para os Warao. O *ebukitane* é atraente ao ponto que muitos Warao deixem empregos mais valorizados dentre os *criollos*, tanto no Brasil quanto na Venezuela em favor do *ebukitane*. (VELHO, 2022, p. 37)

O *ebukitane* é, portanto, uma atividade recente entre os Warao, que ganha força na década de 1990, quando a Venezuela enfrenta uma epidemia de cólera que atinge em cheio essa população (BRIGGS; MANTINI-BRIGGS, 2004). Essa epidemia, que matou mais de 500 Warao, levou um grupo de indígenas organizados até San Félix, no estado de Bolívar, com o objetivo de pedir ajuda ao governo (AYALA LAFÉE-WIBLERT; WILBERT, 2008). Na cidade, as mulheres começaram a pedir dinheiro aos *criollos*<sup>5</sup>, e obtêm sucesso, segundo relatos colhidos por Ayala Lafée-Wilbert e Wilbert (2008). Com tamanho êxito, a prática começa a se expandir até cidades maiores e, normalmente organizada por mulheres e acompanhadas de seus filhos, partiam por algumas semanas e voltavam posteriormente, trazendo boas quantias em dinheiro.

No Brasil, a prática se manteve, ganhando maior centralidade e estruturando a reprodução social Warao (SANTOS; QUINTERO, 2021), tornando-se um novo paradigma econômico (VELHO, 2022) para essa população. Além disso, ela apresenta uma variedade maior de bens essenciais obtidos, como comida, roupas e brinquedos. É

---

<sup>5</sup> Quando os Warao se referem a *criollo*, referem-se à denominação utilizada na Venezuela para identificar aos não-indígenas de nacionalidade venezuelana, mas de etnia ou “racialidade” não indígena. Acreditamos ser importante precisar o termo, uma vez que, no Brasil ele é utilizado de forma pejorativa à população negra e mestiça (RIBEIRO, 1995), caráter diferente do restante da América Latina.

importante ressaltar que, segundo Velho (2022), embora as mulheres desempenhem tal função com mais destreza, segundo dados colhidos pela equipe etnográfica, os homens também fazem *ebukitane*. Em outras palavras, o *ebukitane* se insere no percurso das redes migratórias elaboradas através do parentesco ou de relações entre grupos afins (ROSA, 2021).

Laurena chega então ao Brasil via Pacaraima, onde consegue emitir os Protocolos de Refúgio para si, seu marido e sua filha, e dali parte para Boa Vista, capital do estado de Roraima. A estada nesta cidade se dá no já conhecido abrigo Pintolândia, parte integrante da Operação Acolhida, promovida pelo Exército Brasileiro. O desejo dela era viajar mais adentro do país a fim de encontrar parentes – mesmo que distantes – para comporem um grupo de residência e viverem fora dos abrigos. Dessa forma, após um mês, o casal e a filha vão até Manaus (AM) e passam novamente a viver em um abrigo, forma de habitação evitada pelos Warao devido ao controle imposto por tais instituições, e o convívio com migrantes e refugiados *criollos* (MARÉCHAL et al, 2020). Porém, na contingência de arrecadar dinheiro para seguir viagem, eles passam dois meses vivendo em um abrigo na capital do Amazonas, até poder seguir viagem para Rondônia. Encontrando outros Warao em Porto Velho, capital de Rondônia, Laurena e o marido passam a dividir o aluguel de uma casa e a fazer *ebukitane* de forma mais fortuita, já que havia poucos Warao na região, o que fazia com que as arrecadações fossem mais elevadas e pouco competitivas.

Quando Laurena estava em Porto Velho (RO), precisava decidir para onde iria e, para além de querer estar reunida com mais parentes, Cuiabá parecia uma cidade onde “*a empresa ebukitane*” – como costuma brincar, seria boa. Ela optou por seguir para a capital mato-grossense porque através da conversa com Gilda e Maricina – filha e nora de Florencia, respectivamente – ela sabia como ia a situação por lá. Ela realiza então mais uma viagem, agora para encontrar a unidade doméstica de Florencia, que estava em Cuiabá, e passam a viver em uma mesma casa. É importante ressaltar através desse relato a importância do uso das redes sociais, que desempenha o papel de conectar os grupos distantes, uma vez que os Warao costumam publicar fotos e vídeos de várias ocasiões, como aniversários, celebrações religiosas e feriados, para que todas as demais unidades domésticas possam ver como estão (LEAL; VELHO; RODRIGUES, 2022).

Como abordamos já na introdução, Rodolfo e Florencia chegam a Porto Alegre em fevereiro de 2020. A vinda deles trata da necessidade de explorar novos territórios para fazer *ebukitane*, uma vez que, com o aumento de grupos Warao em uma cidade, a



rentabilidade tende a ser reduzida. Impulsionados pela necessidade de iniciar um novo ciclo de *ebukitane* em outros lugares, eles podem ser vistos como *Aidamo* e *Atida*, “lideranças políticas familiares” (VELHO, 2022, p. 44) que tomam a frente em lugares desconhecidos, e por isso possuem centralidade na estrutura dessa prática econômica entre os Warao. A meu ver, esse foi outro fator que motivou Laurena a viajar para Cuiabá. Estar com um casal mais velho e experiente poderia ser mais eficaz financeiramente do que estar com as primas, em sua maioria jovens, em Goiânia (GO). Depois de um tempo passado com o casal, Laurena também começa a viajar de forma independente para fazer *ebukitane*, chegando a lugares onde os Warao nunca haviam estado antes, como relataremos adiante. Na época da primeira estadia de Florencia e Rodolfo em Porto Alegre, a crise sanitária provocada pela Covid-19 trouxe consigo a recomendação de isolamento social, o que fez com que a renda diária de Florencia, obtida através do *ebukitane*, caísse consideravelmente (MARÉCHAL et al, 2020). Naquele momento de urgência, um financiamento coletivo foi feito para ajudar o casal que, junto com a neta de 4 anos, tentava sobreviver a esse momento crítico em Porto Alegre, porém, as situações vivenciadas no hotel do Centro Histórico onde estavam, e a ausência de soluções a médio ou longo prazo oferecidas por órgãos que atuam com a causa indígena serviram para que eles optassem pelo retorno à Cuiabá, em maio de 2020, onde estava o restante de sua unidade doméstica.

Após uma relação de tutela estabelecida entre os Warao e seus “encarregados”, envolvendo o Conselho Tutelar e a Polícia Militar de Cuiabá (MARÉCHAL et al, 2020), Florencia e Rodolfo retornam à Porto Alegre em outubro de 2020 trazendo toda a unidade doméstica. As ameaças dos agentes do Estado de roubar as crianças era crescente, portanto, pode-se dizer que “fugiram” para a capital gaúcha. É assim que conheço Laurena, que, embora não tenha vínculo de parentesco direto com o casal - é prima em segundo grau de Rodolfo, optou por encontra-los, conforme dito anteriormente.

## 1.2 UMA “FUGA” PARA PORTO ALEGRE

Nos primeiros dias em Porto Alegre, o grupo ficou na mesma pensão onde Florencia e Rodolfo estiveram na primeira viagem, no Centro Histórico da cidade. A situação foi provisória, e perdurou até encontrarmos uma casa com espaço suficiente para todas as pessoas, e pela qual eles pudessem pagar – já que, naquele momento, não havia

qualquer tipo de auxílio financeiro fornecido pelo poder público, a única “solução” ofertada era enviá-los a abrigos administrados pelo Exército Brasileiro, proposta veementemente recusada pelos Warao. A solução para a questão do abrigo surgiu em uma casa no bairro Nonoai, Zona Sul de Porto Alegre, com uma casa de frente – a de fundos ficou habitada pelo dono do terreno, com dois quartos, sala, cozinha, uma lavanderia, um minúsculo pátio em frente à casa, e um pátio lateral que passou a ser compartilhado pelas duas habitações, visto que o espaço destinado ao pátio da casa da frente era muito pequeno, e a casa não era lá muito grande também.

Laurena e eu nos aproximamos buscando garantir um visto de permanência no país para si, seu marido e sua filha; tentando abrir uma conta no banco; e realizando consultas médicas no posto de saúde do bairro Nonoai, enquanto ainda vivia na Zona Sul de Porto Alegre. Os momentos de espera em filas e as peregrinações burocráticas pela cidade fizeram com que criássemos um vínculo sem a mediação da Florencia, e trocássemos perguntas sobre a vida uma da outra. Foi num desses momentos, enquanto esperávamos pelo atendimento no Banco do Brasil no bairro Teresópolis, em novembro de 2020, que ela me perguntou se eu havia nascido em Porto Alegre. Conteí a ela que meus pais, na verdade, vivem em Caxias do Sul e ela de imediato se interessou por ouvir mais sobre a cidade. Como a espera era longa, me encheu de perguntas como “*É grande? Fica a quantas horas de Porto Alegre? E a passagem é cara?*”, evidentemente atenta à possibilidade de tentar fazer *ebukitane* ou arranjar um emprego por lá.

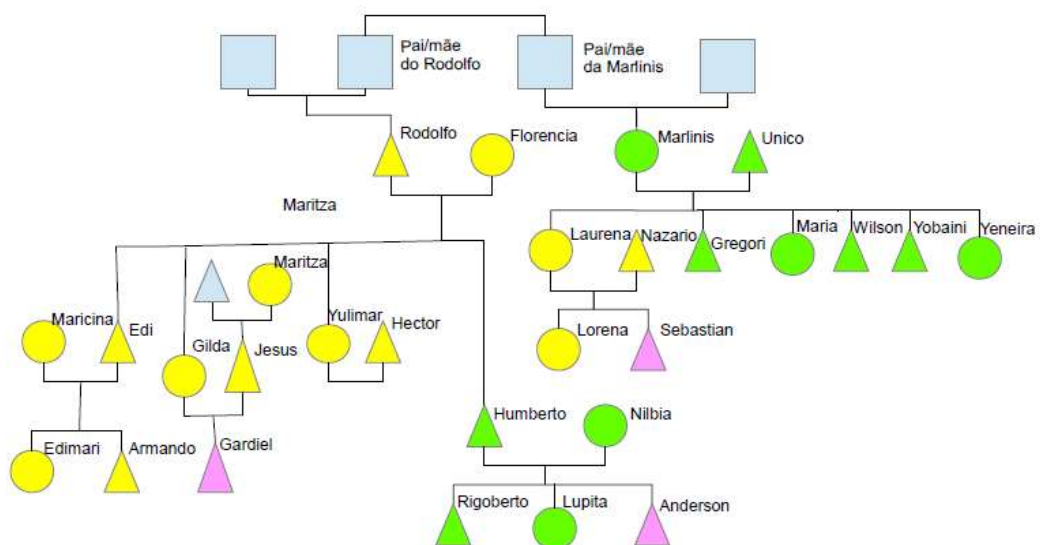
Ela e Nazario, o marido, na época compunham o grupo de residência de Florencia, não se organizando, porém, financeiramente com aquela unidade doméstica. Desse modo, eles saíam sozinhos para fazer *ebukitane*, e o dinheiro arrecadado servia para comprarem comida para si, pagar um percentual do aluguel, e enviar um montante à Venezuela para os parentes de lá. Ao voltarem do *ebukitane*, precisavam cozinhar para si, porque Florencia cozinhava somente para seus netos, filhos, genros, noras e o marido. Nesse sentido, acredito que o termo “grupo de residência” também é útil para analisarmos as formas de agrupamentos Warao.

Enquanto Florencia e as filhas tecem braceletes e brincos artesanalmente, Laurena busca outras opções para empregar-se no país. Certa vez me contou que gostaria de conseguir um emprego como gari ou doméstica. “*Comecei a trabalhar quando tinha quinze anos e abandonei os estudos, trabalhei limpando em casas de família*” (DIÁRIO DE CAMPO, 16/07/2022). Contou também que Nazario, o marido, concluiu os estudos na Venezuela, depois serviu no exército e, posteriormente, tornou-se professor em uma

Escola Bolivariana. Os maiores problemas para conseguir emprego no Brasil, porém, são a documentação – que leva tempo para se regularizar, a escassez da oferta de vagas e o fato de não falarem português, o que dificulta a contratação.

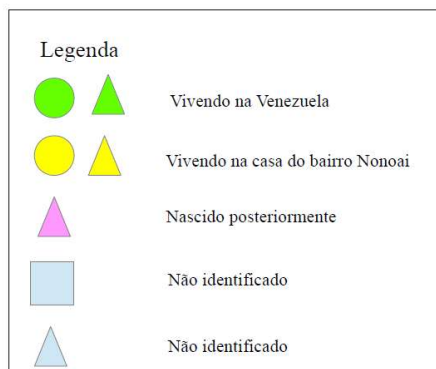
Algumas semanas mais tarde, os casais começaram a vender panos de prato e água nos semáforos. A ideia surgiu a partir do recebimento de uma verba para artesãos indígenas viabilizada pela Lei Aldir Blanc, através da inscrição dos Warao no edital pelos estudantes do NIT. O plano não foi levado adiante por Laurena e Nazario devido a algumas questões: primeiro, quando os panos de prato se esgotaram, achavam muito longe deslocar-se até Canoas (RS) para comprar na loja mais barata da região metropolitana, e assim ter um lucro mais elevado; segundo, o ebukitane tornou-se uma prática desgastante para Laurena depois de sofrer ataques racistas e xenofóbicos nos semáforos: *“me diziam para voltar para a Venezuela”*. Assim como ela, Florencia também passa por isso, mas a única opção que têm é ignorar para poder seguir provendo recursos aos seus parentes. A hipervisibilidade (JARDIM, 2017), sobretudo de mulheres e crianças, nestes casos é acentuada perante o encontro com diversos agentes sociais que passam por essas mulheres, usando saias longas e carregando bebês no colo, sinalizando suas origens e pedindo dinheiro.

**Figura 2:** diagrama de parentesco do grupo de residência da casa no bairro Nonoai



Fonte: elaboração própria.

**Figura 3:** Legenda do diagrama de parentesco



Fonte: elaboração própria.

### 1.3 A FOFOCA COMO “FEITIÇO” E A FRAGMENTAÇÃO DO GRUPO DE RESIDÊNCIA DA ZONAL SUL DE PORTO ALEGRE

Florencia sempre se colocou à frente das situações de dificuldade, e era comum que tomasse decisões pensando no melhor para si, seus filhos e netos. Ao visitarmos a casa do bairro Nonoai, ela decidiu nos acompanhar para ver se o imóvel lhe agradava, e também foi ela quem fez a divisão dos quartos: Gilda, Jesus e a sogra em um quarto; Edi, Maricina, Edimari, Armandito, Yulimar e Hector em outro; Florencia e Rodolfo na sala, junto com Laurena, Nazario e Lorena. Com o tempo, Laurena começou a reclamar da falta de privacidade, e da vontade de estar apenas com o marido e a filha. Ela levou o colchão de casal que ocupava para a peça que ficava depois da cozinha, uma espécie de “lavanderia” não utilizada, pois acreditava que ali teria um pouco mais de privacidade. Ela criticava as filhas de Florencia, que não saíam fazer *ebukitane* assim como ela, e por isso estavam sempre com a pele menos bronzeada de trabalhar sob o sol forte – “*não trabalham, deixam que sua mãe faça tudo*” (DIÁRIO DE CAMPO, DEZEMBRO DE 2020).

Ao mesmo tempo, Florencia, as filhas e a nora reclamavam de Laurena por ser muito “fofoqueira”. A fofoca, segundo Claudia Fonseca (2000, p. 23) “envolve o relato de fatos reais ou imaginados sobre o comportamento alheio. Ela é sempre concebida como uma força nefasta, destinada a fazer o mal a determinados indivíduos”. Laurena “repassava” para seus parentes no Brasil e na Venezuela os acontecimentos da casa ou informações que ouvia através das ligações dos outros moradores dali. Isso gerava um clima de desconforto e divisão entre “a turma de Florencia” e “a turma de Laurena”, que obviamente estava em desvantagem numerosa na casa. Houve uma tarde em janeiro de 2021 em que fomos visitar os Warao da casa no bairro Nonoai, e nos deparamos, sem entender, com os gritos de Florencia em Warao brigando com Laurena.

Posteriormente, descobri também que, naquele tempo, o irmão mais jovem de Laurena, que estava na Venezuela, havia ficado muito doente. Tendo consultado um *wisidatu*, um xamã Warao<sup>6</sup>, ele foi diagnosticado com bruxaria, ou seja, alguém teria enviado um feitiço para ele, e isso acabou adoecendo o jovem. Esse acontecimento teria deixado Laurena em alerta, pensando que alguém na casa onde ela estava poderia ter

---

<sup>6</sup> Ver: BAPTISTA DA SILVA, Sergio; GIUMBELLI, Emerson; QUINTERO, Pablo. O xamanismo e suas múltiplas manifestações e abordagens. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 24, n. 51, p. 7-15, 2018.

falado dele e enviado o feitiço. A partir desses relatos, podemos perceber ainda que “atacar, pela fofoca, os atributos de um e de outro é atentar contra o que há de mais íntimo no indivíduo, a imagem que ele faz de si. É como se as palavras que atingem a imagem pública de uma pessoa tivessem a força mágica de feri-la fisicamente” (FONSECA, 2000, p. 24). A autora ainda complementa, destacando que a “fofoca desliza facilmente para a maledicência, e da maledicência para a maldição. Daí surgem sortilégios. Acredita-se que as mulheres são particularmente hábeis na manipulação de forças malignas” (ibidem). Podemos tentar observar aí como a bruxaria, nesse caso, opera por meio da fofoca, enquanto ação comunicativa, atingindo em cheio – inclusive fisicamente – as pessoas que servem de assunto e objeto. Ressalto, contudo, que é importante não cairmos numa concepção misógina e preconceituosa da fofoca pois, como assinala Federici (2019), essa categoria de conversa pode ser, antes de tudo, uma forma de transmitir conhecimentos e saberes e passar adiante informações, que vem sendo historicamente banalizada como artifício para silenciar as mulheres. Sobretudo quando tratamos do caso dos Warao, em que a fofoca é praticada tanto por mulheres quanto pelos homens do grupo.

Naquela mesma tarde, enquanto estávamos no CRAS do bairro com Florencia e Maricina, Laurena recolhe seus pertences e decide ir acampar com Nazario e a filha pequena no viaduto em frente à rodoviária de Porto Alegre. Tendo em mente os tipos de violência, xenofobia e racismo que eles poderiam enfrentar por passarem a viver com a filha ali, as possíveis ameaças vindas do Conselho Tutelar, da Guarda Municipal e outros órgãos do poder público, buscamos um lugar onde pudessem passar a noite para, no dia seguinte buscarem uma casa para si. Como descobriremos mais tarde, os Warao serão sistematicamente perseguidos pelo poder público em Porto Alegre por serem considerados “usuários ruins” da assistência social (SAYAD, 1991) e estarem nas ruas, e por serem enxergados como “provisórios” (MARÉCHAL; VELHO; RODRIGUES, 2021; LONGONI, 2022).

Minha companheira de pesquisa consegue que um casal de amigos, Camilo e Nina, que vivem no bairro Humaitá, Zona Norte de Porto Alegre, recebam os três por uma noite, e no dia seguinte procurem por casas nas redondezas da Vila Farrapos. É ali que posteriormente o casal se instala com a filha, numa “peça” de R\$500 por mês. A relação desenvolvida com Camilo e Nina também terá importância ao longo da gestação de Laurena, conforme trarei nos próximos capítulos.

#### 1.4 NOVOS CICLOS DE *EBUKITANE*

Após romper com a unidade doméstica de Florencia e mudar-se com o marido e a filha para uma “peça” na periferia da Zona Norte de Porto Alegre, Laurena começa a viajar ciclicamente até Caxias do Sul (uma viagem de aproximadamente 2 horas) acompanhada da filha para fazer *ebukitane*, e se vê grávida pela segunda vez. A primeira viagem para a cidade foi planejada entre as mulheres Warao da zona norte: Laurena, Nubia e Reuldia<sup>7</sup> iriam juntas, levando os filhos mais novos. Contudo, apenas Laurena conseguiu dinheiro para ir. Como comentamos anteriormente, os Warao costumam buscar novos lugares para fazer *ebukitane* visando aumentar a rentabilidade da prática, já que onde há menos grupos Warao, as chances de “*salir bien*”, como ela costuma me dizer quando recebe uma boa quantia, é maior. Ela foi a primeira Warao de que se tem registro a chegar em Caxias do Sul, abrindo caminho para todas as outras famílias que estavam em Porto Alegre também irem posteriormente.

Quando chegou na cidade, busquei-a na rodoviária, e ela pediu sugestões de hotel para ficar. O hotel de melhor localização e preço baixo em Caxias do Sul costumava ser o Hotel Ópera, localizado a uma quadra da praça central. Fomos para lá, e após negociar com a pessoa que estava na mesa do *check-in*, subimos com as coisas até o quarto. No simples quarto de hotel, enquanto vestia a saia para sair pedir, me diz “*creo que estoy embarazada*”. Surpresa, sugiro que faça um teste de farmácia para ter certeza. No dia seguinte, ela me ligou dizendo estar preocupada pois notou que estava com sangramentos. Fui encontrá-la no hotel, e ela me pediu que a levasse para a rodoviária - queria voltar à Porto Alegre para encontrar o marido porque assim poderia deixar a filha com ele e buscar um hospital. Indo ao hospital já em Porto Alegre com Nina, o diagnóstico foi de um provável aborto espontâneo ainda nas primeiras semanas de gestação, ou talvez ela sequer esteve grávida, mas apresentou efeitos colaterais da injeção anticoncepcional que havia tomado há dois anos, quando entrou no Brasil. Tais traumas foram vivenciados por outras mulheres Warao, tema que será abordado no capítulo seguinte.

Ao evidenciar a complexidade destas relações formadas ainda na Venezuela e que seguem se desenvolvendo, somadas a novas relações aqui no Brasil, espero ter contextualizado minimamente o cenário em que essa pesquisa etnográfica ocorre, e as

---

<sup>7</sup> Nilbia e Reuldia são duas mulheres Warao que, por indicação de Laurena, chegaram à Porto Alegre com filhos e maridos, e passaram a viver perto dela. O marido de Nilbia, Isidro, foi chefe de Nazario quando trabalhavam em uma escola na Venezuela.

personagens que dela fazem parte. Acredito também ter demonstrado como a história dessas pessoas não se inicia a partir de sua entrada no país, como propõe Sayad (1991), e como as preocupações com tudo o que deixaram no país de origem ainda perduram, mesmo havendo passado anos desde sua partida.



## 2. PROCESSOS DE GESTAÇÃO, PARTO E PÓS-PARTO ENTRE AS WARAO

Após a suspeita de abortamento vivenciada por Laurena, passamos a observar que o fenômeno da morte materno-infantil e os riscos relacionados à gravidez não são isolados, mas dizem respeito a uma histórica ausência de compreensão entre profissionais do modelo biomédico e as mulheres Warao. Outras experiências, como a morte provocada por um *hebu* da sobrinha de Florencia durante o parto nos *caños* (MARÉCHAL et al, 2020), e o caso do primeiro bebê nascido em Porto Alegre, que veio natimorto, corroboram com a suposição de que tais falhas nas ações de acompanhamento e no diálogo estão subordinadas à dificuldade em articular a atenção biomédica às práticas de saúde/doença/atenção Warao. Dessa incongruência resulta que o modelo de atenção biomédica só passa a ser uma opção considerada pelas mulheres Warao quando o estado de saúde delas e/ou do feto já pode ser considerado grave. Não é então mera casualidade que dados registrados pelo ACNUR (2021) numa pesquisa sobre as principais causas da mortalidade Warao no Brasil apontem que cerca de 2,9% das mortes são de natimortos, e que o falecimento (de gestantes) durante o parto representa 2%.

Em consequência do tempo que as mulheres Warao levam para buscar atenção biomédica, há relatos de que passam a ser vistas como “incapazes” ou “irresponsáveis” de cuidar de si e suas crianças (ACNUR, 2021; WILBERT; AYALA LAFÉE-WILBERT, 2007). Esse estigma de irresponsabilidade se dá também porque, de modo geral, não costumam procurar o atendimento pré-natal oferecido pelo SUS. Ainda segundo o ACNUR, no Brasil os casos relacionados à recusa da hospitalização por enfermidades possuem um agravante que vai além do estigma de negligência atribuído aos Warao por parte de profissionais de saúde e outros agentes do Estado. Ocorre que aqui alguns casos são também judicializados e levados à internação compulsória (ACNUR, 2021). Tais acusações e culpabilizações, sobretudo as que recaem sobre as mulheres Warao, são acrescidas a traumas sociais coletivizados, decorrentes de mortes materno-infantis que vivenciam desde muito jovens em suas comunidades. Dentre as mulheres Warao que hoje residem em Porto Alegre e com as quais tive a oportunidade de conversar, a maioria delas relatou já ter vivido traumas no parto, seja com morte fetal, abortos espontâneos nos primeiros meses da gestação, violência obstétrica ou mesmo possuem parentes que faleceram dando à luz.

Desse modo, quando falamos de traumas sociais coletivizados, nos referimos à maneira como a doença e, eventualmente, a morte são socializadas entre os Warao, tornando-se algo que se desenvolve ao longo das experiências de um acontecer comunitário (WILBERT; AYALA LAFÉE-WILBERT, 2007). Como comentamos no capítulo anterior, o processo de adoecimento pode ser coletivizado oralmente através da fofoca. Portanto, as informações de que algum Warao está doente ou faleceu e, em nosso caso, de que uma mulher gestante sofreu um aborto ou morreu, se espalham rapidamente através das redes sociais Warao, gerando medo, comoção e preocupação nos demais grupos, que já buscam se informar se a morte se deu por causas naturais, ou se foi *hebu*, *brujería* ou *daño*. Quanto à distinção entre as três categorias, ainda não existe uma elaboração exata a respeito, porém acredita-se que a diferenciação se dá pela intencionalidade da ação.

No *daño*, existiria a intenção deliberada de enfeitiçar alguém, ao passo que no *hebu*, uma vez que ele é dotado de agência, isso não necessariamente ocorreria. Em alguns casos, sobretudo com crianças de até três ou quatro anos, além de *hebu* e *daño*, o processo de adoecimento também pode ser definido como *mal de ojo*. (ACNUR, 2021, p. 51)

Levando em conta este breve apanhado geral a respeito da relação entre as práticas e saberes em saúde Warao e o modelo de atenção biomédica, o presente capítulo tem como objetivo compilar alguns relatos de traumas relacionados à gestação, tendo em vista que as diferentes práticas e saberes envolvidos nesse processo de saúde/doença/atenção são também geracionais e foram atravessados por mudanças socioeconômicas e ambientais. Entendemos, além disso, que o atual processo de re-territorialização Warao no Brasil está intimamente ligado a novas práticas de atenção à saúde. Assim como apontado por Dias-Scopel (2015, p. 50), olhar socialmente para o processo de gestação, parto e pós-parto torna possível delinear “relações transacionais operadas entre as diversas formas de atenção à saúde”. Consideramos também que tais relatos e práticas convergem para que, posteriormente, Laurena procure as estudantes do Núcleo de Antropologia das Sociedades Indígenas e Tradicionais (NIT) para acompanhá-la durante as consultas de pré-natal, decisão que posteriormente levou outras gestantes Warao em Porto Alegre a fazer o acompanhamento também.

## 2.1 MODELO MÉDICO HEGEMÔNICO E PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO

Afim de elucidar da melhor maneira possível as articulações nesse campo de interação entre diferentes saberes médicos, propomos o uso dos conceitos de Modelo Médico Hegemônico (MMH) e Práticas de Autoatenção (PA) do antropólogo Eduardo Menéndez (1992). Embora o próprio autor enfatize tratar-se de uma abstração baseada na realidade, e não a realidade em si (Menéndez, 2011), seu uso oferece definições úteis para descrever as práticas biomédicas as quais nos referimos neste trabalho.

O MMH, tal como definido pelo autor, apresenta os seguintes traços estruturais:

[...] biologismo, concepção teórica evolucionista-positivista, ahistoricidade, asocialidade, individualismo, eficácia pragmática. A saúde como mercadoria (em termos diretos ou indiretos), relação assimétrica e passiva dos “consumidores” nas ações de saúde, produção de ações que tendem a excluir o consumidor do saber médico, legitimação jurídica e acadêmica de outras práticas “curadoras”, profissionalização formalizada, identificação ideológica com a racionalidade científica como critério manifesto de exclusão dos outros modelos, tendência a expansão sobre novas áreas problemáticas as quais “medicaliza”, normatização da saúde/doença em sentido medicalizador, tendência ao controle social e ideológico, tendência indutora ao consumismo médico, tendência ao domínio da quantificação sobre a qualidade, tendência a divisão entre teoria e prática correlativa a tendência a dividir a prática da pesquisa.” (MENÉNDEZ, 1992, p. 218 – tradução própria)

Menéndez (ibidem) ainda detalha três subtipos que fazem parte do MMH, quais sejam: modelo médico individual privado, modelo médico corporativo público, e modelo corporativo privado. Neste trabalho iremos nos deter ao modelo médico corporativo público, uma vez que na Venezuela os Warao costumavam ser atendidos pelo sistema público de saúde local, conforme detalharemos mais adiante, e no Brasil recorrem ao SUS, o sistema público de saúde brasileiro. Os modelos médicos corporativos possuem todas as características estruturais do MMH, acrescentados de uma “estruturação hierarquizada de relações internas e externas na organização de atenção médica” (1992, p. 219), por serem burocráticos e serem dominados por critérios de produtividade. Por fim, o modelo médico corporativo público apresenta traços particulares, como o enfoque em prevenção, “a tendência a atuar sobre ‘o meio’ e não sobre os indivíduos, ‘naturalizando’ tal ‘meio’, assim como a tendência a constituir subprofissionais controlados, e liderar as legitimações políticas e ideológicas no setor de saúde” (1992, p. 219).

Ao tratarmos de contextos de pluralidade médica, o conceito de práticas de autoatenção se localiza no debate da antropologia dedicada ao estudo dos processos de saúde/enfermidade/atenção. Para Menéndez, em vez de focar as pesquisas em saberes de especialistas, é preciso olhar para os saberes de pessoas leigas, pois isso tende a salientar possíveis articulações entre diferentes formas de atenção à saúde (MENÉNDEZ, 2003; 2005; 2009 apud DIAS-SCOPEL, 2015).

As práticas de “autoatenção”, por sua vez, possuem um sentido restrito e outro amplo. O sentido restrito diz respeito a

representações e práticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, embora eles possam ser os referenciais dessa atividade (MENÉNDEZ, 2009, p. 48)

Assim como entre os Munduruku (DIAS-SCOPEL, 2015), o processo de gestação, parto e pós-parto não é considerado pelos Warao uma questão de doença, porém foi possível perceber ao longo da observação participante a existência de práticas de autoatenção correlatas aos processos de saúde/doença/atenção pois “articula saberes voltados, por exemplo, a manter o bem-estar da mãe, do pai e do feto ou recém-nascido” (DIAS-SCOPEL, 2015, p. 50).

Já o sentido amplo de “autoatenção” trata de

[...] todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial do grupo a nível dos microgrupos, e especialmente do grupo doméstico – formas que são utilizadas a partir dos objetivos e normas estabelecidos pela própria cultura do grupo. A partir desta perspectiva, podemos incluir não só a atenção e prevenção dos padecimentos, mas também as atividades de prevenção dos padecimentos, a higiene do lar, do entorno e do corpo, a obtenção e uso da água, etc. (Menéndez, 2009, p. 48)

Novamente, como assinalado por Dias-Scopel (2015), a complexidade do processo de gestação, parto e pós-parto faz com que ambas definições se associem em vez de se desprenderem uma da outra, sobretudo levando em conta o processo histórico de relações interétnicas envolvendo diferentes grupos e atores sociais que, como buscaremos demonstrar, contribuem com a transformação das práticas de autoatenção.

## 2.2 PANORAMA HISTÓRICO DA ATUAÇÃO BIOMÉDICA EM TERRITÓRIO WARAO

Algumas comunidades Warao tiveram seu primeiro contato com a biomedicina por meio das atividades das missões capuchinhas nos anos 1930. Apesar de possuírem seu próprio sistema epidemiológico, atribuindo muitas enfermidades a causas sobrenaturais, os Warao se davam conta de que uma série de doenças eram originadas do contato com os *criollos*. Logo, parecia evidente que esse último grupo tivesse também seus próprios curandeiros que realizassem tratamentos, ou seja, os médicos. Portanto, pode-se dizer que há mais articulações que conflitos entre estes dois sistemas epidemiológicos, uma vez que existem conceitos em comum como patógeno, vetor, via de infecção e tropismos específicos, e sintomas clínicos resultantes (WILBERT; AYALA LAFÉE-WILBERT, 2007).

Apesar disso, é importante destacar que, na época e até muitas décadas mais tarde, aqueles que administravam a atenção biomédica desconheciam os saberes médicos Warao, situação que irá se repetir no Brasil com a chegada dessa população ao serviço de saúde pública nacional. Um exemplo de como os saberes médicos Warao eram ignorados está no descarte da placenta pelos médicos. Segundo Amodio, Rivas e Dox (2006, p. 404) isso “gera um problema no caso de parto em um ambulatório ou no hospital, já que os médicos botam a placenta fora. Nesse caso, para evitar estas consequências, o esposo ou um parente pede para enterrá-la.” Além disso, era comum que os médicos que estivessem atuando em território Warao não falassem a língua Warao, e presumissem que os indígenas já conhecessem as práticas de atenção biomédicas, falassem espanhol, e tivessem disponíveis recursos financeiros para serem reavaliados após seu tratamento (WILBERT, AYALA LAFÉE-WILBERT, 2007).

Até os dias de hoje, é também comum que existam algumas recusas aos tratamentos recomendados pelo modelo biomédico, como a administração de medicação intravenosa, “pois os Warao acreditavam que esse processo poderia diluir o sangue do paciente – e o sangue é considerado a essência da saúde” (ACNUR, 2021, p. 52). Há também registros de que até a década de 1970 houve resistência às vacinas pelo fato de produzirem reações febris, uma vez que a febre era comumente relacionada à morte das crianças. Isso se verifica ainda hoje, uma vez que poucos foram os Warao em Porto Alegre que quiseram fazer a segunda dose da vacina contra a Covid-19, e pelo fato de que as mães dos três bebês Warao nascidos vivos em Porto Alegre não quererem levar os filhos

à UBS para vacinar ou fazer acompanhamento, porque as vacinas provocam febre (DIÁRIO DE CAMPO, 21/08/2022). Tais conflitos entre os distintos modelos médicos teriam sido desfeitos até a década de 1990, exceto o grande desconforto referente à ginecologia e à obstetrícia, que faz com que a grande maioria das mulheres Warao se sintam incômodas ao participarem consultas e exames realizados por profissionais *criollos* por considera-los invasivos demais, conforme demonstraremos adiante.

No que diz respeito à cobertura e articulação do modelo médico hegemônico em território Warao, Wilbert e Ayala Lafée-Wilbert (2007) trazem relatos de pouco mais de uma década atrás nos *caños*. Segundo os autores, a assistência médica no Estado Delta Amacuro era composta de um hospital localizado em Tucupita, e dois tipos de “Centro de Atención Integral” (CAI 1 e CAI 2) que ficavam nos *caños*. Os CAI 2 são chamados de *medicaturas* e contavam com até três médicos temporários que estavam lá para cumprir com seu serviço rural obrigatório, além de até duas enfermeiras Warao, uma lancha, e um “guia” Warao. Existiam, à época, três CAI 2, que se encontravam em Curiapo, San Francisco de Guayo e Nabasanuka, abrangendo boa parte da população Warao que vivia nos *caños*. Sob a supervisão dos CAI 2, estavam os CAI 1, que ficavam nas mesmas localidades citadas anteriormente. Os CAI 1, por sua vez, contavam com um auxiliar de medicina simplificada, que em geral era Warao. Essa pessoa era responsável por atender os Warao das redondezas fazendo uso de medicamentos que mantinha armazenados em uma caixa de papelão (WILBERT; AYALA LAFÉE-WILBERT, 2007).

Dentre os problemas que já dificultavam o acesso à cobertura do modelo biomédico estavam a escassez de combustível, de embarcações a motor, a falta de articulação entre CAI 1 e CAI 2, infraestrutura inadequada, auxiliares de medicina simplificada sem treinamento e capacitação, ausência de laboratórios locais e insumos para realizar diagnósticos acurados, e a pouca capacidade física:

Atualmente os CAI 2 trabalham com uma infraestrutura mínima, desenhada para atender talvez 20% da população pela qual são responsáveis. Os CAI 2 contam com uma sala de consulta que se utiliza ao mesmo tempo para realizar cirurgias menores; uma sala com quatro a cinco camas que serve para a convalescência de doentes graves, parturientes, administração de soros, tratamentos para queimaduras, etc. Por sua vez, os CAI 1 não contam com nenhum tipo de infraestrutura oficial. [...] o ambulatório é a própria casa (palafita) do auxiliar de medicina simplificada que divide com sua família nuclear.” (WILBERT; AYALA LAFÉE-WILBERT, 2007, p. 389 – tradução própria)

Analisando as condições na forma como o modelo de atenção biomédico abrangia o território e atendia a população local, é possível perceber que os Warao habitantes dos *caños* se encontravam já muitas vezes sem serviços biomédicos para tratar questões referentes à saúde, o que vinha reforçando a necessidade de buscar atendimento com o *wisidatu* (WILBERT; AYALA LAFÉE-WILBERT, 2007). Para Menéndez (1992, p. 225), o uso contínuo de outras práticas e saberes em saúde/enfermidade/atenção, como nesse caso, não indica uma resistência contracultural, já que tal prática “se mantém e se reproduz por sua relativa eficácia, por seu reconhecimento social, e por ser frequentemente o único com que conta uma parte da população”. No caso dos Warao que hoje vivenciam esse processo de deslocamento forçado para o Brasil podemos caracterizar esse acesso às formas de autoatenção como duplamente vulneráveis, uma vez que a atenção biomédica não reconhece o contexto sociocultural dos Warao e ignora suas relações sociais e a maneira como estas últimas se projetam no processo de saúde/doença/atenção, e como isto enfraquece as práticas tradicionais executadas por meio de *wisidatus* e outros curandeiros qualificados para exercer tais tarefas. Desse modo, tal como sugerido por Langdon (2014, p. 1026), “o contexto sociocultural é relevante para compreender tanto a definição da doença em si quanto a escolha das práticas de cura empregadas”.

Em virtude dessa lacuna na atenção biomédica, cabe destacar que, apesar do declínio no prestígio dos *wisidatu* devido às imposições de um novo cenário socioeconômico e socioambiental, questões apresentadas anteriormente neste trabalho, e que levaram os Warao a tomar como “defasado” o saber de seus xamãs, eles seguem buscando seus tratamentos, práticas e saberes em saúde/enfermidade/atenção a tal ponto que Wilbert e Ayala Lafée-Wilbert coletam relatos de médicos que reclamam ao receber pacientes já em estado grave, que estavam anteriormente se tratando com os *wisidatu*.

Mais recentemente, foram registradas recusas à hospitalização ou ao tratamento biomédico no Brasil. Tal fenômeno ocorre por duas questões. Em primeiro lugar, dentro das formas de autoatenção em saúde/doença/atenção Warao existem procedimentos que permitem que o paciente seja direcionado ao tratamento biomédico somente após constatar que os xamãs não podem interceder (ACNUR, 2021). E em segundo lugar, porque dificilmente após o início da atenção biomédica os pacientes poderão voltar a ter acesso ao tratamento xamâmico, uma vez que é comum que a atenção biomédica negue, ignore, ou desconsidere outros saberes e práticas médicas (MENÉNDEZ, 2009). Não por acaso, em um parecer técnico é mencionado o interesse dos Warao em ter seus líderes e

*wisidatus* acompanhando o tratamento indicado pelas formas de atenção biomédicas (MOUTINHO, 2017), articulando assim diversos saberes e práticas médicas enquanto formas de autoatenção. Embora Wilbert e Ayala Lafée-Wilbert constatem que a forma de atenção biomédica não tem como objetivo substituir ou exterminar os saberes médicos Warao, é evidente que os mesmos foram negligenciados a partir das transformações ocorridas no cerne da sociedade e do território Warao, conforme já comentamos. Nesse mesmo sentido, é importante dar importância aos processos de re-territorialização dos Warao *para e no* Brasil, uma vez que se trata de um fenômeno que dá continuidade às transformações e reconfigurações na articulação de suas práticas e formas de autoatenção.

Laurena, como já relatamos, faz parte de uma geração Warao que nasceu em Barrancas del Orinoco como resultado de um significativo processo de re-territorialização que fez com que inúmeras unidades domésticas se deslocassem dos *caños* para a cidade. Nascida e criada em Barrancas, ela conta que não *hacia control*, isto é, não realizava acompanhamento pré-natal junto ao modelo biomédico, porque não acreditava ser necessário. Desta forma, buscou um hospital somente na hora de dar à luz, visto que esta era uma prática que as demais mulheres grávidas da sua idade faziam também. A mudança do parto do ambiente doméstico para o ambiente hospitalar entre as Warao constitui um fenômeno recente e, apesar desse deslocamento, os partos das mulheres com as quais conversei, apesar de ocorrerem no hospital, seguem em maioria ocorrendo sem o uso da cesárea. Através dessa narrativa, podemos entender essa ruptura entre as gerações de mulheres Warao, que outrora faziam seus partos em casa, no ambiente doméstico, e hoje recorrem ao hospital e, em alguns casos insistem pela cesárea – como mostraremos adiante nos casos de Nubia e de Laurena.

Por algum tempo depois de ter a primeira filha ela não pretendia engravidar, mas relata que com a escassez de produtos de vários segmentos na Venezuela, inclusive a falta de medicamentos, fez com que não tivesse acesso aos medicamentos contraceptivos que ela costumava fazer uso. Por isso, quando veio ao Brasil e se estabeleceu temporariamente em Manaus (AM), aceitou tomar o anticoncepcional injetável oferecido pelo SUS para evitar engravidar. Com o intenso processo de deslocamento realizado no Brasil, ela conta que deixou de buscar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas cidades onde esteve para tomar as doses do anticoncepcional, de modo que engravidou novamente.

Desde a última década as condições de articulação e cobertura do MMH se degradaram. Uma rápida busca na internet a respeito do hospital em Barrancas del Orinoco onde Laurena deu à luz sua primeira filha, o Hospital Doutor Tulio Lopez



Ramirez, mostra através de inspeções periódicas o abandono da infraestrutura e a indisponibilidade de insumos e medicamentos, além da falta de profissionais especializados para tratar a população que ainda reside no local (PIÑANGO, 2022). Já nos *caños*, uma reportagem<sup>8</sup> realizada pelo conglomerado de mídia Deustch Welle (2022) que circula pelas redes sociais, mostra uma liderança de Nabasanuka e sua preocupação com as condições de saúde na comunidade, já hoje em dia “*los Warao se mueren a una temprana edad*”. Essas comunidades mais distantes se veem obrigadas a realizar viagens de canoa até Tucupita para comprar remédios e alimentos. Jorge Oviedo, enfermeiro de outra comunidade que aparece no vídeo, denuncia aos repórteres a morte de indígenas Warao por problemas como desnutrição, apendicite, HIV ou tuberculose, devido à falta de recursos e profissionais para realizar atendimento e insumos para os tratamentos.

Ocorreram também casos emblemáticos como a uma epidemia de raiva, que teve início em julho de 2007, e levou muito tempo para saber a razão de tantas mortes em virtude do acesso aos cuidados biomédicos, tendo sido tratada por algum tempo como “epidemia misteriosa”. A epidemia de raiva matou 10% de uma pequena comunidade nos *caños*, Mukoboina, sendo que muitas famílias perderam de duas a três crianças, tema relatado por Charles L. Briggs e Clara Mantini-Briggs no livro *Tell me why my children died: rabies, indigenous knowledge and communicative justice* (2016). Cabe aqui traçar um paralelo com epidemias que mataram grandes contingentes populacionais de povos indígenas no Brasil não apenas no período da colonização, já que podemos pensar na contemporaneidade da epidemia de sarampo, uma das enfermidades trazidas pela mineração predatória em terras Yanomami<sup>9</sup> (ISA, 2020), que afetou também os Warao (ACNUR, 2021), estes por sua vez acusados de trazer e disseminar a doença no Brasil, prática considerada racista e xenofóbica.

Em suma, atualmente grande parte da população venezuelana, incluindo aqui os Warao, apresentam grande dificuldade de acesso ao atendimento biomédico, uma das inúmeras razões pelas quais muitos grupos vêm ao Brasil. Já em casos onde eventualmente há acesso à atenção biomédica, como em algumas cidades venezuelanas e também no Brasil, é visível a complexidade em articular os diferentes modelos de atenção e os saberes médicos Warao, sobretudo quando se trata de mulheres gestantes e a questão obstétrica, conforme abordaremos a seguir.

---

<sup>8</sup> <https://m.facebook.com/groups/1347533572102926/permalink/1935737176615893/>

<sup>9</sup> <https://terrasindigenas.org.br/pt-br/node/53>

### 2.3 AS ASSIMETRIAS DO MODELO MÉDICO E A FALTA DE DIAGNÓSTICO

Quando Laurena retorna emergencialmente de Caxias do Sul, onde fazia *ebukitane* com a filha, ela conta que sentia dores, além de sangramento. Por isso, desejava voltar à Porto Alegre para poder deixar a filha com Nazario, o marido, e assim poder buscar o serviço de atenção biomédica. Quem acompanhou Laurena foi Nina, à época sua vizinha, que é doula e, durante aquele tempo, buscou aconselhar Laurena e indicar as melhores formas de autoatenção segundo as doulas e parteiras profissionais. Nina leva alguns anos de experiência com o processo de gestação, parto e pós-parto, por isso também acompanhou algumas situações vividas pelas mulheres Warao junto ao modelo biomédico do SUS, e relata episódios que ela considera mais ou menos humanizados.

Portanto, logo que Laurena chega de volta à capital, elas buscam o Hospital Fêmina, um hospital público e exclusivamente feminino localizado no bairro Rio Branco, em Porto Alegre. Sabendo do contexto sócio-histórico em que Laurena está inserida, ela se oferece para acompanhar a consulta, alegando que a amiga não compreende muito bem o português, e não sabe falar esse idioma. Devido às restrições impostas pela pandemia de Covid-19, que limita o número de pessoas acompanhantes em hospitais, Nina não é autorizada a participar da consulta, e uma enfermeira que fala espanhol acompanhou Laurena ao longo da consulta. Nesse momento, é realizado um exame de toque e se confirma um sangramento que, para ser examinado, requeria um exame de sangue. Nina conta que, apesar de ter feito o exame de sangue, foi solicitado a Laurena que retornasse no dia seguinte para fazer outro exame de sangue e confirmar se era a quantidade de hormônios o que provocava o sangramento, ou se ela de fato estava grávida. Elas retornaram no outro dia, e Nina conta:

Aí a gente foi e ela continuou com dor e com sangramento né... Aí o médico falou que achava que ela não estava grávida, aí na volta na segunda vez eu consegui entrar, né. Nem me lembro como assim, mas eu consegui entrar, e aí era um médico super bruto assim, já veterano, aí ele fez um toque super agressivo, ele foi super estúpido assim, sabe? (DIÁRIO DE CAMPO, 28/08/2022)

Quando questiono de que forma o médico teria sido “estúpido”, ela assinala a hierarquia entre médico e paciente vigente no MMH:

Ahh... do jeito de falar com ela, opressor assim sabe, como se ela tivesse que se sentir mal por estar ali ou por não saber o que estava acontecendo com ela. Bem ruim assim. Aí eu pedi pra ele uma ecografia né, pra ver de uma vez o

que tinha por dentro, pra não ficar nessa coisa... Aí ele falou que só depois do terceiro exame, alguma coisa assim, que eles pediam porque ali não estava constando que realmente ela estava grávida, ela estava com algum desvio de hormônio assim né, confusão hormonal. (DIÁRIO DE CAMPO, 28/08/2022)

Sem uma ecografia, sem entender muito bem o resultado dos exames de sangue, e com uma interlocução hierarquizada entre médico e paciente, a suspeita é de que o anticoncepcional injetável utilizado há muito tempo estivesse agora causando essa confusão hormonal, que precisava ser tratada. Nina conta que Laurena desistiu por conta própria de buscar atendimento biomédico, apesar de querer muito engravidar.

E ela queria muito ficar grávida, aí eu conversei com ela a respeito da saúde dela né, a respeito de onde ela estava morando, que ela podia esperar um pouco pra tentar engravidar, e coisa e tal. Ela falou 'sim, sim', e depois disso apareceu grávida de novo. Né, só que os sintomas dela não eram de grávida né, na verdade eram sempre de alguém que estava doente. E aí ali eles não sabiam, mas ela já tinha aquela pedra na vesícula né. Ela se alimentava em excesso e ela tinha vômito na verdade... E aí isso tudo era da vesícula já né... Porque até eu falei pra ela, eu falei assim 'ba, na real assim eu acho que tu tem que mudar a tua alimentação, tu tem que observar o que tá acontecendo contigo e tudo mais né... Continuar indo no posto, várias vezes eu né, tipo falei pra ela pra de repente ir no posto né, é o melhor pra ti do que ficar sem saber o que né...'. (DIÁRIO DE CAMPO, 28/08/2022)

Dessa forma, Laurena interrompe as investigações que vinham sendo feitas pelo modelo biomédico de atenção, e descobre só mais tarde, no último trimestre de sua gestação, que possuía uma pedra na vesícula que vinha provocando dores e desconfortos desde antes de ter engravidado. Assim como ela, é frequente que as mulheres Warao possuam alguma enfermidade não tratada e, quando engravidam, descobrem e nem sempre tratam. Um exemplo disso é o caso de Gilda, que sofre de hipertensão desde muito jovem, e o último parto ocorreu às pressas para evitar complicações.

## **2.4 A INSERÇÃO DA ATENÇÃO BIOMÉDICA NO PARTEJAR DAS MULHERES WARAO**

Laurena diz que a gravidez de Lorena foi tranquila e sem nenhum tipo de adoecimento, como ela considerou a gestação que teve no Brasil. Naquela época, não julgou necessário fazer um acompanhamento pré-natal junto ao MMH, e quando sentiu os primeiros sinais de que a filha iria nascer, foi até o hospital Doutor Tulio Lopez Ramirez, em Barrancas del Orinoco, onde deu à luz por meio de parto normal.

Amodio, Rivas e Dox (2006) mostram como as práticas de autoatenção Warao são mescladas com o MMH quando uma gestante assim deseja. A decisão de engravidar, assim como o controle do período fértil é monitorado pelas mulheres. Existem relatos de métodos contraceptivos tradicionais conhecidos pelas mulheres, mas também podem receber orientações do *wisidatu* ou da fitoterapeuta, mulher Warao que tem um abrangente conhecimento sobre o manejo e preparo de plantas e ervas medicinais, e que coleta, prepara e administra medicinas botânicas. Dentre as enfermidades que ela trata, estão os chamados “transtornos no sistema reprodutor da mulher” (WILBERT; AYALA LAFÉE-WILBERT, 2007, p. 369). Em outros casos, como o de Laurena, as mulheres escolhem usar métodos anticoncepcionais biomédicos comprados em farmácias, como os anticoncepcionais em pílulas, ou injetáveis.

Quando Laurena ainda estava gestante e conversávamos sobre as diferentes formas de parir, perguntei a ela como havia nascido. “*No hospital...*” ela me disse, rindo. Sua mãe, Marleni, que estava atenta à conversa, corrigiu ao fundo da chamada de voz “*Não!*” ao que se seguiu uma conversa em Warao. Laurena me disse então para aguardar, que sua mãe estava se preparando para conversar comigo. Ao tomar o telefone, Marleni começa a contar:

Quando eu estava grávida da Laurena, ainda em Barrancas isso, uma tia me ajudou porque era como uma parteira assim. Todas as mulheres iam com a minha tia também. Assim nasceu a Laurena... Às 3 da manhã, com a parteira e outras duas mulheres, na casinha onde ia para dar à luz. (DIÁRIO DE CAMPO, 08/11/2021)

Ela conta, orgulhosa, que só precisou ir ao hospital quando teve Maria, a última, dos 6 filhos que estão vivos. Ela conta que havia uma parteira muito famosa em Barrancas que ajudou ela em todos os seus partos, que eram feitos numa “casinha”, conforme me falou. A mãe de Laurena então me disse que, depois da morte dessa mulher, passou a consultar-se diretamente com os médicos no hospital. Perguntei porquê, e ela me disse “porque não tinha mais nenhuma parteira de confiança na comunidade”. Ela teve ao todo 6 filhos.

Laurena descreve as parteiras:

Apenas as mulheres sabem disso, das grávidas sabe... Não são doutoras, mas ela pega a barriga da grávida e diz se está tudo bem assim. E quando o bebê está na barriga... Quando o bebê está numa posição ruim, ela acomoda assim, quando a mulher já vai parir. Embora não seja doutora. Mas as que sabem são

as mulheres... As mais velhas assim, com mais de 70 anos, 60 anos assim. Tem mulheres que sabem fazer isso. (DIÁRIO DE CAMPO, 08/11/2021).

Através destes relatos de Laurena, é possível notar a importância das parentes mulheres durante a gestação e o parto. São elas, afinal, que dão os conselhos sobre como atravessar o período da gestação de forma saudável, preparar-se para o parto e também ajudar a partear. Assim como Marleni fala de sua tia, veremos adiante outros relatos de parentes mulheres que não assumem necessariamente um cargo de especialistas, mas que historicamente tem desempenhado formas de autoatenção no processo de gestação, parto e pós-parto.

É interessante analisar como, para as mulheres Warao, a necessidade de recorrer a um acompanhamento biomédico, com realização de exames e consultas periódicas parece ser relevante somente em caso de uma gravidez de risco. Isso significa que muitas das questões que surgem ao longo da gravidez podem ser solucionadas com auxílio das anciãs, da parteira, ou do *wisidatu*. Somente em último caso a biomedicina é considerada.

Outra relação importante é com o *wisidatu* que, apesar de possuir limitações no momento do parto, por conta do sangue, tem um papel fundamental na orientação da mulher que deseja engravidar, e também proteger a gestante e o feto de *brujería* e fofocas que podem *hacer daño*. Quando uma mulher deseja ter filhos, mas não consegue, recebe aconselhamento das mulheres mais velhas, ou recorre novamente ao *wisidatu*, para que possa se proteger de possíveis feitiços que possam estar lhe fazendo mal. É o *wisidatu* quem também atenderá a gestante caso algo no processo não esteja indo bem, já que aqui se levanta novamente a suspeita de *feitiço/brujería*. Assim como comentamos no capítulo 1, quando uma mulher fala mal de outra, está *nombrando* a outra, um potencial feitiço que, no caso de gravidez, pode ser daninho também para o bebê. Caso isso não funcione, é comum também que recorram a médicos para realizar exames e tentar descobrir uma causa médica para o problema.

No relato do processo de gestação, parto e pós parto, é possível perceber como as relações entre os indivíduos que compõem a comunidade são importantes ao longo da gestação, uma vez que constituem parte do cotidiano da gestante e da criança que irá nascer, e por isso aconselham a mulher para que tudo ocorra bem durante esse período. Ao longo destes dois capítulos é possível observar a relação da mulher gestante com a sua comunidade nos *caños*. A primeira a ser destacada é a importância da proximidade com as mulheres da sua família – como a mãe, irmãs e avós, com destaque às anciãs – ao

longo da gestação, pois são elas que irão aconselhá-la ao longo desse período quanto à alimentação e preparação para o parto.

## 2.5 RELATOS DE GESTAÇÃO, PARTO E PÓS-PARTO

Quando passei a acompanhar o processo de gestação, parto e pós-parto de Laurena, a fofoca entre as unidades domésticas fez com que eu fosse convocada para fazer eventuais acompanhamentos a Nilbia e Gilda, outras duas gestantes Warao na cidade. Isso fez com que, aos olhos dos Warao, eu me tornasse “a estudante que se interessa pelas gestantes”. Acompanhando esporadicamente estas outras mulheres, descobri também outras narrativas sobre a gestação na Venezuela e no Brasil contadas por elas.

Durante o processo de escrita, decidi então reunir as mulheres Warao com quem tinha mais contato, e pedi que contassem sobre suas gestações, perdas e processos relacionados à maternidade. No pátio da casa no bairro Tristeza, ouvi as histórias de Florencia, Laurena, Gilda e Nilbia, além da lembrança da história de Nubia, Warao que teve um bebê natimorto em 2021. Algumas iam complementando os relatos das outras, e assim foram tecendo memórias de partos tradicionais em casa, idas ao hospital, violência obstétrica, falecimentos, e incongruências entre o modelo biomédico e as formas de autoatenção Warao. Apresentamos aqui tais narrativas, a fim de precisar a percepção das mulheres Warao sobre o processo de gestação, parto e pós-parto e suas transformações, sobretudo a partir da migração para o Brasil.

### 2.5.1 FLORENCIA: *SE CAE EL BEBÉ CON AYUDA DE MI SUEGRA*

Nascida nos *caños* e indo depois de casada com Rodolfo viver em Barrancas del Orinoco. Peço que me conte sobre o processo de gestação, parto e pós parto de cada um de seus filhos. Ela então larga o fio de algodão e a agulha de crochê que usava para aprender a técnica, e começa a me contar:

Bom, o parto dos meus filhos eu não... Eu pari sempre em casa. Porque quem me cuidava era a mãe do meu esposo, minha sogra. Ela me cuidava. Ela me dizia para empurrar e eu empurrava, e então o bebê caía. E assim, uma pessoa estava ali para pegar a criança quando cai. Uma pessoa para ajudar [...] quando caía, cortava ali no umbigo e colocava num *chinchorrito* e eu também, eu tinha um *chinchorro*, aí colocava embaixo para mim sentar nele, e eu ficava ali. E

no outro dia eu mesma já levantava [...] nós mesmos já preparávamos a comida. (DIÁRIO DE CAMPO, 21/08/2022)

Ela conta que teve quase todos os 8 filhos dessa forma, com exceção da última gravidez. Para fazer ebukitane, ela e toda a família haviam viajado para Caracas grávida de 8 meses, e lá passaram um mês, quando a bolsa estourou e ela precisou recorrer ao hospital, porque ali não tinha a sogra para ajudar.

As pessoas me viram. Como eu tinha dores de parto e eu não tinha ninguém para ajudar... A família estava, mas eles não sabem cuidar disso. Não tinha minha sogra. Bom, o Rodolfo avisou outra pessoa aí, os *criollos*, eles chamaram a ambulância e eu fui. Mas fui sozinha. Quando eu cheguei lá, no hospital, me diziam “o bebê, para parir, sim, dói muito”. Como eu já sabia da dor, o doutor me dizia “Florência, a dor quando o bebê sair, vai passar”. Assim me diziam. “Você precisa empurrar. Se não empurrar, vamos te cortar [fazer cesárea]”, me disse assim. E eu já sabia que ia parir. Assim que pari, saiu uma menina. Eu dei o nome dela de Gilsia. Porque já tinha Gilda [...]. Eu estava bem, pari ali, eu estava sozinha. Quando eu sentava, para eu caminhar no hospital não era tão fácil como quando eu paria em casa. (DIÁRIO DE CAMPO, 21/08/2022)

Questionei o motivo de ela se sentir tão mal nesse último parto, pensando na possibilidade de haver ocorrido alguma situação de violência obstétrica. De fato, ela foi obrigada a parir deitada em vez de ser de cócoras – o que sempre havia feito com a sogra. Mas o que Florencia acredita que aconteceu é que naquela época já tinha problemas de pressão alta, o que se acentuou ao longo dos anos e fez com que ela precise fazer uso de medicamentos para controle da pressão arterial (MARÉCHAL et al, 2020). Ela diz que também sentia muita dor no ventre porque os médicos *meten mano*, algo que é de comum acordo entre todas as entrevistadas, causa desconforto e por isso evitam recorrer ao hospital.

Me doía tudo porque os doutores, para parir *se meten mano*. Eu ficava pensando “será por isso que me dói tudo?” Eu dizia, que se *me cae el bebé* em casa, isso não teria acontecido, somente *me cae el bebé* e nada mais porque não me acontece isso. Os médicos *se meten mano* limpando e tirando tudo, isso não se faz em casa. (DIÁRIO DE CAMPO, 21/08/2022)

Gilsia foi a última filha que o casal teve, e que também acabou falecendo quando tinha cerca de um ano e meio. Segundo Florencia, ela estava viajando para os *caños* em virtude da morte de um familiar. Ia de canoa com a filha e o irmão, mas não conseguiram chegar até lá porque a criança começou a vomitar incessantemente, até que faleceu, e tiveram que voltar para Barrancas. Depois desse episódio, Florencia, aconselhada pela cunhada, optou por fazer ligadura. “Por culpa dele” me diz, apontando para Rodolfo, já

que na época a relação dos dois estava instável. “Se não fosse por ele, acho que ainda teria tido mais 2 ou 3 filhos”.

Assim como Gilsia outros 3 filhos de Florencia faleceram após terem nascido. A primeira filha do casal, segundo me conta, tinha problemas motores e por isso não conseguia caminhar. Mesmo assim, viveu até os 2 anos, quando Florencia estava já grávida de 7 meses de Edi, hoje o filho mais velho. Depois de Edi, Florencia teve um filho que faleceu aos 5 meses de idade. “O bebê estava bem e adoeceu. *La gente habia hechado el brujo. La brujería*”. Ela diz que o bebê estava grande e saudável, mas por causa da bruxaria, faleceu. Atenta à nossa conversa, Nilbia, nora de Florencia, comenta que “lá as pessoas não podem ver uma criança assim gordinha que *le hechan el brujo*”. E Florencia completa: “Sim, lá os indígenas sabem *hechar brujo*. Por exemplo, quando um senhor mais velho sabe *hacer brujo* já *hecha brujo* a um jovem”. A mesma coisa aconteceu com o penúltimo filho de Florencia, que nasceu antes de Gilsia e depois de Yulimar, a bruxaria atuou sobre ele, e o fez adoecer e, conseqüentemente, ir a óbito.

Depois de Edi, veio Humberto, hoje o segundo filho mais velho. Ela conta que ele também *caió grande*. O segredo para que os filhos cresçam bem e caminhem logo, segundo as mulheres me afirmaram, é banhar as crianças bem cedo na manhã todos os dias. Quando Florencia contou isso, Nilbia, Laurena e Gilda concordaram. Nilbia diz que em janeiro, quando seu filho tinha recém um mês de vida, costumava banhá-lo todos os dias cedo. Elas também reclamaram porque, devido ao frio que faz em Porto Alegre durante os meses de inverno, não é possível dar continuidade à prática, e estão ansiosas pelo retorno do calor para voltar a fazer os banhos.

Com Humberto ainda bebê, Florencia viajou pela primeira vez para fazer ebukitane.

A partir de Humberto já começamos a pedir. Primeiro ebukitane. A partir daí começamos a pedir. Nesse ano que *caió* Humberto, já saímos para ebukitane em San Félix, lá na Venezuela mesmo. Lá era igualzinho aqui, a gente dormia fora. Rodolfo amarrou um *chinchorrito* para mim, e eu estava dormindo com o Humberto. Os venezuelanos queriam roubar ele de mim. Ele era gordinho, grande, por isso queriam tomar ele de mim. (DIÁRIO DE CAMPO, 21/08/2022)

Com êxito na experiência do ebukitane, ela passou a viajar cada vez mais longe para pedir. Quando Gilda, hoje a terceira filha, nasceu, ela começou a viajar até Caracas para pedir. Depois que Gilda estava um pouco maior, veio Yulimar, a filha mais nova do casal atualmente. Ambas nasceram com ajuda da avó, que cuidava também de outras



mulheres da família. “Ela sabia *agarrar* bem. Quando uma mulher está grávida e o bebê está assim atravessado, ela move bem o bebê com a mão”, conta Florencia sobre a experiência e habilidade da sogra.

Perguntei se ela já havia também ajudado alguém a partejar, e ela me disse que sim, ajudou a tia de Laurena, que na época era sua vizinha. Assim como outras mulheres Warao, ela me disse que a vizinha não queria ir ao hospital porque não tinha roupas de *criollo* para ela nem para a criança que iria nascer e que, por isso, não tinha escolha a não ser parir em casa.

Bom, Marleni [mãe de Laurena] chegou para mim, fui para lá e a mulher me disse “já tenho vontade de parir”. Ela sentou, amarramos aí uma corda grande para agarrar e ela agarrou. Eu tinha o lado da frente vendo o bebê para *caer*. Como nós somos mulheres, não podemos esconder isso... Bom, eu digo para ela, ela se chamava Maria Puy, então eu dizia “Maria Puy, empurra! O bebê já está vindo!”. Ela empurrou e foi, *se cayó* caiu. *Se cayó* e eu levanto, limpo, corto o umbigo, depois, bom, não havia nada de roupa para cobrir ele, então tiramos a camiseta que cobria sua mãe e o pusemos no *chinchorro*. Depois eu a *agarro*, eu *agarro* a barriga da Maria Puy e saía muito sangue. Amarramos um *chinchorro*, acomodamos ela ali dentro. Ela sentou e como eu já sabia... Veja, para passar a dor, rapidinho sobe o sangue para cima [para de sangrar]. Como lá a gente usava velas, acendi uma, coloquei uma panelinha e aqueci água. Enchi um frasco de rum vazio com essa água quente e coloquei na barriga dela para que o sangue subisse. Agora com a Gilda foi a mesma coisa. Ela voltou pra casa e pus água quente nela para aliviar a dor. (DIÁRIO DE CAMPO, 21/08/2022)

Por fim, Florencia enfatiza que até hoje nos *caños* as mulheres dão à luz em suas casas, com ajuda de mulheres mais velhas da família. “Somos indígenas. Lá toda indígena dá à luz na própria casa. Sem anestesia.” Ao longo de suas gestações, ela não *llevava control*, somente contava os meses da gravidez. Para ela, muita coisa mudou na maneira como a mulher Warao vive o processo de gestação, gravidez e pós-parto. Aquelas que vivem na cidade já preferem ir ao hospital, como sua nora Maricina, mãe de sua neta Edimari, a quem Florencia acompanhou durante todas as gestações e partos. Após perder dois netos, Florencia se encarregou de cuidar de Edimari para que não adoecesse. Houve uma época em que *hecharon el brujo* contra a menina e ela adoeceu e emagreceu rapidamente. Para salvar a neta foi levada para *sacar el brujo*, e foi curada. Recentemente, Edimari foi para Brasília com os pais e o irmão para viver por um tempo, e Florencia ainda chora a partida da neta mais velha, a quem ajudou criar.

## 2.5.2 GILDA: A IMPORTÂNCIA DE INTÉRPRETES NA COMUNICAÇÃO

Gilda é uma das filhas de Florencia e Rodolfo, e veio ao Brasil depois que os pais já estavam aqui, trazendo o marido, Jesus, e sua sogra, Maritza. Em 2018, Gilda teve seu primeiro parto, quando a família já havia migrado ao país vizinho. Ela conta que não *llevava control* durante a primeira gravidez, porque estava tudo bem e, para ela, era importante buscar acompanhamento de uma equipe médica quando havia algum problema, como o que aconteceu já em um estágio mais avançado da gravidez.

Ela conta que já estava com cerca de 7 meses de gestação quando discutiu com o marido. Daí, teve uma dor de cabeça muito forte, desmaiou, e foi levada para o hospital. Gilda acorda somente às 5 horas da tarde do dia seguinte, transferida para um outro hospital, e recebe más notícias da mãe.

Nesse mesmo dia em que eu acordei, me deram alta e minha mãe me comunicou... Bom, eu não sabia. Minha mãe me disse que o doutor disse que tinha uma má notícia, que disse “você escolhe, entre ela e o bebê”. Perguntou “quem você vai salvar: a mãe ou a filha? Vocês podem decidir”. Ele disse isso para minha mãe e para meu marido. Eu não sabia disso, ela quem me contou depois. Mas já tinha passado a dor de cabeça e fui pra casa. DIÁRIO DE CAMPO, 21/08/2022

A partir desse episódio, ela descobre que sofre de pressão alta, porém nada aconteceu com ela e nem com o feto, apesar do susto que o médico os havia dado. Algumas semanas mais tarde, Gilda começa a sentir as dores do parto e retorna ao hospital. Ela conta que a filha nasceu de parto normal e com um bom peso, contrariando as expectativas alarmantes da equipe médica. Por fim, Gilda não sabe explicar o que aconteceu, 3 semanas após o nascimento da criança, quando ela faleceu subitamente enquanto a mãe fazia uma visita a avó.

Durante muito tempo, Gilda queria engravidar novamente até que, no final de 2021 ela de fato consegue e, com medo de perder outro filho, também passou a realizar o pré-natal periodicamente na UBS Camaquã, perto da casa onde estava, e acompanhada da cunhada Nilbia, que já chegava ao final da gravidez. A UBS em questão já havia feito uma reunião com Rosa Rosado, na época responsável pelo setor de Saúde dos Povos Indígenas dentro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, a antropóloga Clémentine Maréchal, e alguns dos Warao que passariam a frequentar a unidade. O objetivo da reunião era justamente sensibilizar as enfermeiras e destacar o direito à saúde e o reconhecimento de especificidades para os povos indígenas, levando em conta suas

próprias formas de autoatenção e saberes em saúde/doença/atenção. Portanto quando Gilda passa a realizar o acompanhamento pré-natal, alguns profissionais de saúde da unidade já reconhecem a história de sua família e sabe de quem se trata. Na primeira consulta, quando ela iniciou o pré-natal, foi prontamente reencaminhada para o serviço odontológico da UBS, o qual as gestantes têm prioridade. Nesse caso, não precisamos acompanhar a consulta e servir de intérprete, porque a dentista era uruguaia e, portanto, conseguiu se comunicar em espanhol com Gilda. A atenção dispensada aos Warao na UBS Camaquã e o aumento na frequência de consultas daquele grupo de residência demonstra a importância do diálogo com os profissionais de saúde sobre o contexto dos Warao, bem como a necessidade de se haver intérpretes ou pessoas que dominem o espanhol para que assim possam se comunicar, e pessoas que tenham noções do contexto sócio-histórico Warao e a forma como os processos de saúde/doença/atenção são atravessados por fatores além daqueles apontados pela biomedicina, como o caso de feitiços e bruxaria. Em muitos casos, quem acompanhava Gilda nas consultas era o marido, Jesus, que é um dos membros do grupo que melhor fala português.

Gilda levou uma gestação tranquila e animada com o bebê que iria chegar. Assim como aconteceu com Nilbia e com Laurena, a ecografia requisitada a Gilda no acompanhamento pré-natal não pode ser feita pelo SUS devido à fila de meses de espera para realizar o exame. A chamada para a primeira ecografia de Nilbia ocorreu no sétimo mês de gestação e, em contrapartida, Gilda e Laurena nunca chegaram a ser chamadas para fazer o exame de imagem que, recomenda-se, deve ser feito trimestralmente na gravidez (BRASIL, 2006). Por isso, era comum que, com os próprios recursos, elas pagassem para fazer um exame em um laboratório de imagens privado, porém com preços populares, pelo valor de R\$100. Assim, eu era contatada por algum parente das gestantes para agendar a ecografia, e acompanhava elas e as mulheres mais velhas, que ficavam ansiosas aguardando comigo na sala de espera pela informação mais importante do exame: o sexo do bebê.

Na consulta do sétimo mês de gestação, Gilda foi alertada sobre sua pressão alta, e encaminhada para o Hospital Fêmeina, seu hospital de referência, que fica no bairro Rio Branco, em Porto Alegre. Ela conta que ao chegar lá, a pressão já havia voltado ao normal e estabilizado, e que os outros exames feitos também apontaram bom resultado, então ela foi liberada. A situação se repetiu no oitavo mês de gestação, porém Gilda não quis ir ao hospital porque acreditava que iria ser liberada novamente. Novamente, pouco tempo antes de entrar na última semana de gestação, Gilda foi à mais uma consulta pré-natal, e

foi outra vez encaminhada ao seu hospital de referência com urgência porque estava com pressão alta, o que representa um quadro de pré-eclâmpsia, podendo levar a complicações durante o parto, ocasionando tanto a morte materna quanto a morte fetal. Nesse mesmo dia, o tio de Gilda que morava em Brasília faleceu, e por isso ela não quis ir ao hospital.

Gilda saiu da consulta com um papel de encaminhamento ao hospital e orientações, e ali constava uma frase que preocupou ela e o marido: “RN à termo, falecida com 3 semanas, não sabe explicar causa”. O marido, que é auxiliar de limpeza em um *shopping center* de Porto Alegre, levou o documento para que o chefe, brasileiro, tentasse traduzir o que significava aquilo. O homem, assim como os Warao, também entendeu que o bebê que Gilda levava na barriga estava morto. Por isso, Florencia me contatou para pedir ajuda e falar com o genro que, no dia seguinte, estava a caminho do hospital com a esposa.

Liguei para Jesus, e ele me explicou, preocupado, o que havia ocorrido. Pedi a ele que me enviasse uma foto do papel para entender o que estava acontecendo, e identifiquei a frase que tanto preocupava. Buscando decifrar o significado das informações no documento de orientações, entendemos que “RN à termo” indica que a filha da primeira gravidez dela nasceu dentro das semanas consideradas limítrofes na gestação, entre 38 e 40 semanas. Assim, compreendemos que essas informações correspondiam a um antecedente de gestação de Gilda, ou seja, estavam falando da filha que faleceu após o nascimento. Ao explicar isso para Jesus, ele se tranquilizou, e focou no parto emergencial do filho que estava prestes a nascer – segundo me conta Gilda, os médicos optaram por fazer cesárea porque ela não havia alcançado 10 centímetros de dilatação do útero, e o feto não estava descendo.

Após o nascimento do bebê, Gilda passou alguns dias ligando para as estudantes do NIT, pedindo que falássemos com os médicos para receber seu tratamento no posto de saúde perto de casa porque gostaria de terminar sua recuperação em casa. “Me sinto sozinha aqui, quero estar em casa com a minha família e meu marido e terminar o tratamento em casa, não tem como fazer isso?”. Com as mãos e os pés inchados pela pressão alta após o parto, ela não comentava sobre esse aspecto para a equipe médica e tentava esconder os membros para poder receber alta o quanto antes.

O relato de Gilda demonstra, dentre outras questões, como o modelo biomédico isola a gestante de seu entorno, confinando-a no hospital, e afastando as mulheres da família extensa do momento do parto. Esse isolamento da gestante se agravou ainda mais

depois da pandemia de Covid-19, limitando a quantidade de acompanhantes ao hospital a apenas uma pessoa que, de modo geral, possui horários limitados para realizar sua visita.

Além disso, a história de Gilda demonstra a importância de intérpretes Warao-espanhol e espanhol-português em atendimentos médicos afim de evitar mal entendidos como este, que tornam por preocupar os pacientes. Segundo a ACNUR (2021), tais diálogos são bem sucedidos a partir do momento em que existem intérpretes capazes de auxiliar a comunicação sem tantos “ruídos” entre os Warao e os profissionais da saúde.

### 2.5.3 NILBIA: *EL CONSEJO DE MI ABUELA ES MANTENERSE FIRME*

Nilbia é uma das noras de Florencia. Casada com Humberto, ela chegou à Porto Alegre em meados de julho de 2021, já grávida do terceiro filho. Ela faz parte da unidade doméstica do bairro Nonoai que optou por entregar a casa, e passou a viver acampada, debaixo do viaduto, em frente à rodoviária da cidade (MARÉCHAL; VELHO; RODRIGUES, 2021). Conta que, quando chegou ao Brasil, se moveu muito e, por isso, sequer conseguiu *llevar control* da gestação. De fato, ela conta que levou muito tempo para perceber que estava gestante.

Eu fazia injeções anticoncepcionais, mas mesmo assim engravidei dele. Como eu não esperava por uma gravidez, demorei para me dar conta de que estava grávida. Foi somente quando não conseguia mais comer porque sentia nojo de algumas comidas que comecei a pensar nessa possibilidade. E bom, antes de chegar aqui em Porto Alegre eu me movi muito por aí, fui parar em Manaus antes de vir pra cá. Com isso não conseguia *llevar control*, comecei a fazer isso aqui, quando nós estávamos lá na casa no Nonoai, depois algumas vezes lá quando a gente estava acampado, e aí depois aqui no bairro, até nascer. Como eu conheço as dores do parto, sabia quando precisava ir pro hospital. Mas eu comentei com a Florencia que as dores tinham começado e ela pediu pra chamarem um carro e já me levarem pra lá. O resultado é que eu passei a noite lá, bem tranquila, esperando ele nascer. Nasceu rápido, era umas 9h da manhã. Mas poderia ter esperado mais um tempo em casa, até ele descer. (DIÁRIO DE CAMPO, 21/08/2022)

A ideia de “esperar para o bebê descer” é algo importante para Nilbia pois, assim como as outras, ela não gosta quando os médicos *meten mano*. Ela, assim como Florencia, Gilda e Laurena, dizem que essa prática, além de invasiva, faz com que sintam dor além daquela do parto. Como já deu à luz 3 filhos antes do último parto, Nilbia demonstra como tem domínio e reconhece os sinais do próprio corpo, e diz que sabe o momento de cada dor, e que quando o bebê desce, é a hora de ir para o hospital. Em outras palavras,

quanto mais tarde chegar lá, menos vezes será acometida aos testes de toque levados a cabo pela equipe médica.

Ela conta ainda que perdeu o primeiro filho, que já tinha também cerca de 5 meses de vida. Segundo Nilbia, o bebê “nasceu pelos pés”, ou seja, estava de pé dentro da barriga da mãe. Ao nascer nessa posição invertida, os médicos acabaram quebrando um braço do bebê ao puxar e, além disso, aspirou água da placenta. Em consequência desses problemas, a criança ficou um tempo na incubadora.

Era muito asmático. Quando ele respirava, fazia assim um “ronco” na garganta. Ele tinha problemas com a respiração e a gente tinha que estar sempre cuidando. Além disso tinha o bracinho. Não podia dormir virado pro lado esquerdo por causa do bracinho que estava quebrado. Depois de um tempo, o bebê pegou uma bronquite, e aí tivemos que levar ele no médico. Eu não sei ao certo como ele morreu. O médico só me tomou ele e, daí em diante já não pude acompanhar mais nada. (DIÁRIO DE CAMPO, 21/08/2022)

Esse episódio ocorreu ainda na Venezuela e, depois disso, ela teve mais 3 filhos que hoje estão vivos e saudáveis. O relato de Nilbia traz algo que é comum entre as entrevistadas, que consiste em não saber as causas da morte de suas crianças, algo que acreditamos ser importante destacar, uma vez que a razão disso seja, justamente, a ausência de diálogo entre profissionais de atenção biomédica e os Warao.

O que ela enfatiza, porém, é a experiência de conhecer o próprio corpo na hora do parto, e ainda cita os conselhos deixados pela avó:

Minha avó sempre me dizia “não adianta chorar nessa hora. É pior, faz a dor ser pior. O que a gente precisa é se manter forte, fazer força na hora certa, caminhar bastante pra aliviar e esperar descer”. Assim eu já não choro mais na hora da dor, eu conheço bem ela e sei quando é hora de fazer cada coisa. (DIÁRIO DE CAMPO, 21/08/2022)

Assim como Laurena, Nilbia não pretende, ao menos por enquanto, ter mais filhos. Ela pretende voltar a tomar injeções anticoncepcionais para evitar uma nova gestação.

#### **2.5.4 NUBIA: O PRIMEIRO BEBÊ WARAO NASCIDO EM PORTO ALEGRE**

Nubia foi a primeira indígena Warao em Porto Alegre a engravidar. Ela é casada com Isidro, um homem que, após um tempo depois de chegar na cidade, disse aos estudantes que era *wisidatu* – embora não tenhamos certeza se ele já era conhecido pelos outros Warao por ser um xamã. Eles eram vizinhos de Laurena, na Vila Farrapos, Zona

Norte de Porto Alegre, e compartilhavam a casa onde viviam com Gerbi e Reuldia, outro casal Warao, juntamente com os filhos de cada casal

Em julho de 2021, ao longo de dias frios do inverno gaúcho, Nubia lavava roupas sentada no piso gelado, debaixo do chuveiro. Ela estava grávida de aproximadamente 8 meses. Depois desse episódio, ela não sentiu mais o bebê mexendo, e buscou a UBS Diretor Pestana, referência para seu bairro. Dada a gravidade da situação, ela foi imediatamente encaminhada para o Hospital Santa Casa, onde foi prontamente informada que o bebê já não se movia mais pois estava morto. Sabendo disso, a equipe médica iniciou um processo de preparação para realizar o parto do natimorto.

Quem acompanhou Nubia durante esse momento foi Nina, vizinha dos Warao, e que é doula. Diante de uma situação tão delicada, ela se ofereceu para acompanhar e oferecer conforto para a gestante, e também poder conversar com a equipe médica, fazer a tradução simultânea, auxiliando assim na comunicação, e buscando evitar que Nubia passasse por alguma violação que agravasse mais ainda seu trauma.

Ela tava pra completar 8 meses, ela já estava pensando como ia ser o parto e coisa e tal. Aí assim eu não me lembro muito bem como foi [...] eu acho que de manhã a Cleme [companheira de pesquisa que também acompanha os Warao, e na época morava no mesmo bairro que eles] falou pra nós que “a Nubia falou que o bebê não tá mexendo ela vai no posto”. Eu falei “ah melhor ela ir no posto pra ver mesmo”, aí foi lá, não ouviram o batimento cardíaco do bebê e aí mandaram ela pra Santa Casa, aí ela estava lá na Santa Casa e a Cleme chegou em casa e falou “o Isidro tá lá, alguém tem que ver por causa que vão induzir o parto, porque o bebê realmente né... Não está vivo dentro da barriga. Aí a Cleme estava desesperada pra ir, e aí eu falei “tá, eu vou junto pra ver o que que é né...” Eu disse “eu vou lá” porque precisava que alguém acompanhasse. (DIÁRIO DE CAMPO, 28/08/2022)

Assim como fez com Laurena, Nina decidiu acompanhar Nubia por ter experiência com o processo de gestação, parto e pós-parto. Em paralelo a isso, Clémentine, companheira de pesquisa, acompanhou o pai do natimorto, que havia bebido e chorava compulsivamente pela perda do bebê. Nesse e em outros momentos de maior vulnerabilidade, a questão do álcool se tornou um ponto frágil (MENÉNDEZ, 2020), onde o pai do bebê se refugiou na tentativa de buscar amparo. Cabe também destacar o uso do álcool em contextos rituais festivos, o de luto (ALLARD, 2010), situações que se evidenciaram na medida em que alguns indivíduos Warao faleceram.

Assim como em outros casos já citados, a pandemia de Covid-19 serviu novamente como empecilho, restringindo a entrada de acompanhantes a uma pessoa.

Como o pai do bebê se recusou a entrar, Nina se ofereceu para acompanhar, o que Nubia aceitou.

E aí ela falou tá, que queria que eu ficasse com ela aí eu entrei com ela e veio umas enfermeiras e eu perguntei o que que estava acontecendo a enfermeira falou que elas iam induzir o parto porque era o mais natural e era o melhor pra ela, pro psicológico dela, pro corpo dela, pra tudo... E aí eu fui e expliquei pra ela, porque ela também queria fazer cesárea. Ela queria tirar de uma vez. Ela falou “ahh queria que tirassem isso logo”, aí eu expliquei pra ela “olha vai ser melhor, vão te dar remédio” e aí começaram a dar ocitocina na veia e ela sentia né, contrações. Ela ficou a noite toda ali. (DIÁRIO DE CAMPO, 28/08/1996)

Ao longo da noite, ambas revezaram o sono, priorizando o bem-estar de Nubia, apesar dos sangramentos e contrações, e buscando que ela estivesse tranquila para que o parto ocorresse bem.

Dei uma tranquilidade pra ela deixar vim né, eu falei “agora o que precisa é deixar vim, não segurar né, ficar tranquila, se tu quiser que eu faça uma massagem quando tu tenha contração”, aí ela falou que não queria que ela queria ficar tranquila na dela, eu falei “ah beleza então, qualquer coisa que tu precisar tu me fala”, aí quando ela tinha contração perguntava pra ela se ela estava bem, e ela estava bem. (DIÁRIO DE CAMPO, 28/08/1996)

Passada a madrugada, chegou uma enfermeira obstétrica acompanhada de outra enfermeira no quarto e fizeram exame nela. Nina conta que a gestante se abriu com relação ao convívio por vezes difícil com o marido e algumas discussões que tiveram. As enfermeiras perguntaram se ela sabia o que poderia ter causado a morte fetal, como era seu cotidiano, e ela afirma acreditar ter perdido o feto por ter lavado roupa sentada no piso frio do banheiro. A essa pequena conversa sobre o que havia acontecido e como Nubia se sentia, seguiam os exames para verificar como andava o processo do parto:

E aí a mulher fez o toque nela assim, aí o bebê já estava tipo pra nascer assim porque, foi uma situação bem delicada assim, quando ela fez o toque saiu um pouquinho do cabelo do bebê, sabe? Aí eu perguntei, falei ‘já tá há algum tempo, né?’ Aí ela ‘é, acho que já perdeu a vida faz uns dias já’. O bebê já... Porque o bebê na verdade se tu deixa ali, ele pode dar uma infecção, mas se tu não tiver nenhuma dilatação no útero ele absorve o teu corpo, supostamente né. E vai saindo aos poucos assim... E aí a mulher falou assim pra ser duma vez ela ia botar um *cytotec* ali assim sabe. Aí ela inseriu, aí a gente ficou um tempo naquela sala, e aí depois elas precisaram da sala ali que a gente estava, e passaram a Nubia pra outra sala coletiva assim, com mais uma outra pessoa. (DIÁRIO DE CAMPO, 28/08/1996)

Durante a troca de sala, Nubia começa a se sentir assustada com as contrações fortes, e Nina se apressa em chamar a enfermeira, vendo que o bebê já estava saindo.



Foi bem, bem chocante, na verdade. Começou a vir né, e veio, quando vem sem vida ele vem num outro aspecto assim... E aí veio as enfermeiras e aí a enfermeira ‘ah será que eu mostro pra ela?’ e eu falei ‘calma né’ aí foi, foi tirando e eu falei pra ela ‘ah, nasceu’. Aí ela [a enfermeira] tirou o bebê e levou, depois veio e ‘ah será que eu trago?’ Eu digo ‘traz né’. Elas foram, embalaram, limpavam tudo, ajeitaram. Uns pedaços assim que estava meio feio assim. Aí trouxeram enroladinho num pano, deram pra ela, e aí ela começou a chorar né e ver ‘aí, era uma menina’, não estava bem formado, mas acho que era uma menina sim. E aí ela olhou e abriu o paninho viu bem. Aí ela olhou pra mim e pediu pra eu fazer uma oração né, aí eu disse ‘eu sou péssima em oração, eu falei eu nem tenho crença, mas eu, a gente pode te falar umas palavras de conforto aí falei umas coisas carinhosas de coisa interna pra ela, pra ela buscar uma força dela, pensar numa mulher bem forte que ela conheceu, da família dela, é... sei lá... libertar o bebê para que ele descansasse enfim ne e, sei lá. Aí ela foi, chorou bastante, e aí levaram né, a bebezinha e logo depois ela... Parecia que ela estava super bem. Ela estava super bem assim, aí tipo, uma hora depois. (DIÁRIO DE CAMPO, 28/08/2022)

O relato de Nina evidencia, assim como em outros casos, a importância de intermediadoras conhecedoras do contexto sócio-histórico Warao, e interessadas em ajudar as mulheres Warao que buscam atendimento em saúde biomédico. Elucidar Nubia sobre os processos que vinham sendo feitos em seu próprio corpo e o que iria acontecer em seguida, certamente ajudou-a a manter a calma num momento tão delicado e doloroso de sua experiência e, com Nina, o processo se tornou menos aterrorizante na medida em que foi possível conversar e obter apoio durante a maior parte de seu tempo de permanência no hospital.

Após realizado o parto e Nubia ter visto a filha, a enfermeira retornou ao quarto para dar a Nubia um comprimido. Nina conta que era um comprimido para “secar o leite”.

E aí só como ela estava amamentando o outro bebê, eu falei ‘não, não precisa dar...’. Só que aí eu me precipitei, entendeu? Porque a enfermeira não tinha chegado nela ainda, aí a enfermeira foi e levou, aí quando eu fui falar com ela, e ela falou que queria tomar, porque ela falou que ela queria secar o leite, que ela não queria mais amamentar. E aí eu fui lá e falei com a enfermeira né. Falei ‘não é que ela tem uma outra bebê e que ela queria tomar né, enfim, pra não ter mais leite’. Aí a enfermeira ‘ah, agora eu não posso dar, vou ter que falar com uma outra pessoa’. Aí foi e falou com uma outra pessoa e resolveram não dar. (DIÁRIO DE CAMPO, 28/08/2022)

Recuperando-se do parto, Nubia parecia recuperada também mentalmente. Apesar de não tocarmos no assunto, o “alívio” depois de parir e o desejo de “secar o leite” foram interpretados como sinais de que ela não desejava, ao menos por um tempo, ter mais filhos e ocupar seu corpo com a formação deles. Portanto, Nina cogitou conversar com ela sobre o interesse em métodos anticoncepcionais para que ela não tivesse mais filhos, temporária

ou definitivamente. Porém, não se tocou mais no assunto, na medida em que o casal e os filhos viajaram, se afastaram do bairro, e perderam contato conosco.

No dia em que o bebê nasceu, Clémentine acompanhou Isidro até o escritório do Complexo Hospitalar Santa Casa para fazer a declaração de óbito necessária para enterrar a filha. A declaração exige que um nome seja dado ao natimorto, e Isidro a chamou de Pastora. Pastora foi enterrada em Porto Alegre, e seus restos mortais precisam ser retirados do local após 3 anos. No velório da criança, apenas membros do NIT estiveram presentes, e nenhum órgão ou instituição se fez presente ou contribuiu com o ritual funerário, assim como assinalou Marlise Rosa (2021) sobre os funerais Warao nos quais esteve, em Belém (PA).

Ao longo desse capítulo, procuramos sinalizar que as transformações na percepção do processo de gestação, parto e pós-parto se dão de forma geracional, e também se articulam com processos de re-territorialização, com o intervencionismo desenvolvimentista em seu território ancestral, com as mudanças macroeconômicas que afetaram o modo de vida Warao, as epidemias, e a recente mobilidade para o Brasil – elemento que vem reorganizando as maneiras de se articular a atenção biomédica e os saberes médicos Warao. Por fim, cabe ressaltar que as histórias aqui contadas também demonstram que a interpretação de “recusa pela hospitalização” é equívoca, pois corresponde na verdade a um processo de saúde/doença/atenção no qual as práticas xamânicas ocupam lugar de importância (ACNUR, 2021) dentro daquilo que consideramos formas de autoatenção Warao, e ocultam profundo desconforto com práticas de atenção biomédicas consideradas violentas pelas mulheres Warao, como *meter mano*, tomar a criança, fazer cesárea, e “prender” no hospital.

### 3. DE UMA NOVA GRAVIDEZ AO DESALOJO

Passados cinco meses do episódio relacionado à uma possível confusão hormonal provocada por injeções anticoncepcionais, Laurena anunciou uma nova gravidez. No final de julho de 2021, ela enviou uma mensagem com a foto de um teste de farmácia dizendo: “Uma surpresa: estou grávida!”, e buscou por conta própria a UBS Diretor Pestana, na Zona Norte de Porto Alegre, para iniciar o acompanhamento pré-natal. Mais tarde, ela entrou em contato com os estudantes do NIT pedindo que a acompanhassem e atuassem como intérpretes durante as consultas, situação que reitera a importância da presença de pessoas com conhecimento sócio-histórico a respeito dos Warao como um todo, e também sobre cada pessoa que assistíamos nas idas à UBS e hospitais.

Outro ponto a ser destacado nesse segmento são as dificuldades de ordem econômica e social que atravessaram a gravidez, como a insegurança financeira, uma vez que se tornava cada vez mais difícil ir às ruas fazer *ebukitane* estando gestante e com problemas de saúde ainda não diagnosticados. Além do fim do Auxílio Emergencial<sup>10</sup>, que representou um significativo corte na renda familiar de Laurena, algo que se desdobrou também em insegurança alimentar, já que as cestas básicas recebidas, quando recebidas, duravam poucos dias, e alguns produtos não eram componentes da dieta alimentar Warao. Para além destas questões, a insegurança quanto à moradia se estabeleceu no momento em que Laurena se deslocou até Cuiabá, uma vez que ela perdeu o acesso ao Auxílio Moradia que recebia em Porto Alegre e, quando retornou à capital gaúcha, além de ter o auxílio negado, não encontrava facilmente casas para alugar. Uma vez encontrada uma peça para morar, quase foi despejada por não conseguir pagar o aluguel.

Em sequência, abordaremos as últimas semanas de gestação e o parto, momento de maior relação com o hospital de referência de Laurena, o Complexo Hospitalar Santa Casa, que abriga a Maternidade Mario Totta, onde ela deu à luz. Durante os períodos de internação no hospital, nos deparamos com problemáticas relacionadas à ordem dos documentos e da burocracia, uma vez que Marleni, mãe de Laurena, não estava autorizada a ser acompanhante da filha por ter como documento apenas seu Protocolo de Refúgio

---

<sup>10</sup> O Auxílio Emergencial foi um benefício financeiro cujas cinco primeiras parcelas foram de R\$600 por pessoa, pagas entre maio e setembro de 2020, sendo prorrogado em mais 4 parcelas de R\$300 até o fim daquele ano. O programa foi retomado em abril de 2021, com 5 parcelas de até R\$375, e foi prorrogado até o final daquele ano. O Auxílio Emergencial visou garantir uma renda mínima à população em situação mais vulnerável durante a pandemia do Covid-19.

provisório vencido, cuja numeração não era reconhecida no *software* do sistema de gestão do hospital, que aceitava somente Registro Geral (RG).

Para concluir o capítulo, apresentamos um breve panorama posterior ao nascimento do filho de Laurena, momento em que a gestante é levada emergencialmente ao Hospital de Pronto-Socorro (HPS) para uma cirurgia de remoção dos cálculos na vesícula. Aos dois meses de idade, o bebê teve sintomas de resfriado e, ao recusar um procedimento invasivo no UBS, o CRAS ameaça chamar o Conselho Tutelar e tomar a criança de Laurena - situação já experimentada em outros momentos, não apenas pela unidade doméstica da interlocutora, mas por outros grupos Warao em todas as regiões do país. Além disso, a iminência do despejo se concretiza e, sem encontrar uma casa na Vila Farrapos, a unidade doméstica de Laurena é convidada por Florencia a ocupar uma das casas onde vivem no bairro Tristeza, Zona Sul de Porto Alegre. Nesse momento, o convívio e o batismo das três crianças fazem com que laços de parentesco entre as unidades se estreitem, gerando um novo processo de fusão e um novo agrupamento Warao.

### 3.1 O PRÉ-NATAL PARA AS “BOAS PACIENTES”

Antes de ingressarmos na etnografia em si, é importante descrever minimamente do que falamos quando nos referimos ao “pré-natal”. Para Dias-Scopel, conceituar este tipo de acompanhamento trata-se de

desnaturalizar uma prática cuja especificidade caracteriza-se por abranger um determinado campo de saber-poder, permeada por tecnologias e histórias específicas, intervenções e formas de controles reguladores, micropoderes nas interações cotidianas e marcada pela racionalidade burocrática e capitalista. (DIAS-SCOPEL, 2015, p. 144)

Consideramos, dessa forma, que o acompanhamento pré-natal diz respeito a uma tecnologia de controle inserida no contexto das práticas de governamentalidade (FOUCAULT, 2008). Para Jardim (2017, p. 50-51) trata-se de “medidas sociotécnicas introduzidas como forma de dar legibilidade e produzir formas de controle de populações propiciando a leitura e detalhamento do perfil da população ou coletividade para uma administração ou governo central”. Para a autora, portanto, diz respeito a algo que permeia as ações do Estado, reconhecendo técnicas e lógicas consideradas “necessárias”,

e áreas específicas compreendidas como “imperfeições” na abrangência dos dispositivos de poder (JARDIM, 2017). O Sis prenatal é o sistema onde são cadastradas as gestantes para serem posteriormente monitoradas e terem sua atenção ao pré-natal e ao puerpério avaliadas. Apesar disso, existem “fraturas” na lógica de tais procedimentos (JARDIM, 2017), que fazem com que as gestantes sejam invisibilizadas, conforme buscaremos demonstrar adiante.

Assim como no caso específico das gestantes Warao em Porto Alegre, o conceito foucaultiano é também empregado por Rosa (2021, p. 162) para avaliar “os modos de gestão dirigidos aos Warao, enquanto população específica, pelo Estado Brasileiro”. Fazendo uso da discussão foucaultiana, a autora apresenta também a ideia de “governo humanitário”, empregada por Fassin (2010; 2012), o qual “concentra-se nas categorias constituídas em termos de vulnerabilidade, ou seja, pessoas em situações de guerra, de fome, de epidemias, de desastres ambientais e, também, mulheres vítimas de violência, crianças em situação de extrema pobreza e imigrantes” (ROSA, 2021, p. 164). Para a autora, o conceito revela-se útil para “compreender a economia moral das sociedades contemporâneas” (ibidem) e para pensar a gestão dos Warao no Brasil, cuja população deve “ser ajudada e ser controlada” (ibidem).

Retomando a conceituação de pré-natal, nos referimos então a “um conjunto de práticas biomédicas voltadas para a redução da mortalidade materno-infantil, iniciadas durante a gestação e finalizadas com consultas pós-parto” (DIAS-SCOPEL, 2015, p. 144). Trata-se de um programa administrado pela Área Técnica de Saúde da Mulher, coordenada pelo Ministério da Saúde (MS), orientados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), documento publicado em 2004, em parceria entre o próprio MS e outros setores da sociedade, como o movimento de mulheres, o movimento negro, o movimento de trabalhadoras rurais, pesquisadores e organizações não governamentais (BRASIL, 2011).

A PNAISM é, de modo geral, percebida como um avanço pelo enfoque de gênero e por ter como princípios a integralidade e a promoção da saúde da mulher ao longo de todos os seus ciclos de vida e que busca “consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual” (BRASIL, 2011, p. 5). Nesse sentido, busca-se também promover a prevenção e o tratamento de portadoras de HIV ou outras doenças crônicas não transmissíveis e também do câncer ginecológico. Por fim, acredita-se que, por meio desta política, se

ampliaram “as ações para grupos historicamente aliados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades” (BRASIL, 2011, p. 5). Vale destacar, porém, que se trata de uma política governamental que estava prevista para o período de 2004 a 2007. Houve uma proposição de revisão pelo Estado brasileiro em 2017, a qual não foi levada a cabo, mantendo a versão antiga vigente até os dias de hoje, o que a torna desatualizada em alguns aspectos.

No que diz respeito à atenção à saúde da mulher indígena, a PNAISM reconhece a precariedade da estrutura, que dificulta a garantia de ações em saúde, como o pré-natal, e a insuficiência de dados epidemiológicos sobre a saúde da mulher indígena, os princípios de humanização e a qualidade da atenção biomédica, itens relevantes para analisar a capacidade de resolução das ações de cobertura, assistência e promoção de saúde e de problemas mais frequentes, como a questão da mortalidade materna (DIAS-SCOPEL, 2015). De acordo com a PNAISM, portanto, o pré-natal tem como objetivo tornar evitável até 92% das causas de mortalidade materna, como a hipertensão arterial, hemorragias, infecção puerperal e o aborto (BRASIL, 2011). Nesse sentido, um dos objetivos específicos da PNAISM é a atenção à saúde da mulher indígena.

Cumprido destacar, por fim, que o documento não faz menção a mulheres migrantes, dado que a emergência do Brasil como um destino para refugiados e migrantes da América Latina e de países africanos é posterior à elaboração dessa política. Por um lado, acreditamos na importância da atualização da PNAISM ao pensar na atenção à saúde da população de mulheres migrantes a fim de alcançar esse contingente que se distribui por todo o país, pensando em critérios de mobilidade e (in)documentação, afinal, como destaca Jardim (2017, p. 206) “há uma série de lógicas culturais que perpassam a vida social e administrativa que são naturalizadas pelos nacionais e extremamente novas e inusitadas para os imigrantes”, incluindo aqui diferentes formas de autoatenção. Por outro lado, a revisão desta política seria provavelmente elaborada pelos mesmos membros técnicos do MS que lançaram no ano de 2022 a nova “Caderneta da Gestante”, que relativiza a violência obstétrica, além de reforçar tal prática através de técnicas como a manobra de Kristeller, que consiste em “empurrar” a barriga da gestante para expulsar o feto durante o parto. Em outras palavras, o governo atual vem promovendo o retrocesso de políticas públicas que dizem respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, portanto, revisar a PNAISM poderia significar também perder os poucos avanços que as mulheres conquistaram ao longo das últimas décadas.

Retrocedendo em alguns anos do surgimento da PNAISM, temos a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, conhecida também como “Lei Arouca”<sup>11</sup>, que determina que “as populações indígenas têm o direito de participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde” (BRASIL, 1999), que irá resultar em 2002 na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI) a qual, em tese, busca promover a atenção diferenciada à saúde indígena, levando em consideração seus saberes tradicionais e especificidades de cada povo. Contudo, existem aqui dois empecilhos quanto ao emprego de tal política à população Warao no Brasil: 1) A atuação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) prioriza indígenas residentes em aldeias geralmente já demarcadas, o que faz com que o indígenas em contexto urbano sejam habitualmente atendidos pela malha comum do Sistema Único de Saúde (SUS) (ACNUR, 2021), como é o caso dos Warao; 2) a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) não reconhece os Warao como indígenas, e sim como refugiados (ROSA, 2021), e portanto utilizam este artifício para, na maioria das vezes, não atuar conjuntamente com outros órgãos e instituições em políticas diferenciadas que poderiam beneficiar essa população. Em outras palavras, para a FUNAI, o “problema Warao”, não diz respeito ao órgão. Desta forma, quando Laurena opta por realizar acompanhamento pré-natal, fomos até a UBS mais próxima de sua casa, e iniciamos a rotina de consultas.

Destas condições se desprende uma omissão na oferta de acompanhamento diferenciado em saúde, fazendo com que, muitas vezes,

os indígenas vivenciem experiências negativas, que afetam a relação estabelecida com o sistema biomédico. Ou seja, além de eles deterem uma concepção outra de saúde, a maneira como são tratados nos hospitais, submetidos à realização de procedimentos médicos sem esclarecimento e/ou consentimento prévio, é percebida como uma violência, deixando-os inseguros quanto às ações de saúde. Do mesmo modo, a negação de suas concepções de saúde é entendida como desrespeito, fazendo com que muitas vezes recusem qualquer possibilidade de intervenção ou deixem o hospital antes da liberação médica (ACNUR, 2021, p. 53).

De uma forma ou de outra, o acompanhamento pré-natal, bem como outros serviços de saúde de média e alta complexidade, tende a ser normatizado tanto em subsistemas, como na malha geral do SUS. De acordo com Dias-Scopel (2015, p. 144) a atenção pré-natal é a “promoção de ações para a prevenção e detecção de riscos possíveis

---

<sup>11</sup> Sobre os desdobramentos da Lei Arouca para a população indígena urbana, ver Vesolosquzki (2021): *Eh jág no mré vã sãsan ky eg ty ég kafy ty há kej mú*: A efetivação do direito à atenção diferenciada na saúde dos povos indígenas no espaço urbano.

no período da gestação à saúde tanto da mulher gestante quanto do feto, bem como no período do pós-parto, na atenção à puérpera e ao recém-nascido, incluindo tratamento de eventuais intercorrências.” A execução do programa ocorre por meio de procedimentos que vão de consultas médicas até exames e imunização, que estão indicados no Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada, do Ministério da Saúde (2006). No manual se encontram informações sobre o acolhimento à gestante; avaliação pré-concepcional; diagnóstico de gravidez; fatores de risco reprodutivo; roteiros de consulta da atenção pré-natal; aspectos emocionais da gravidez e do puerpério; procedimentos técnicos relativos ao cálculo da idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP), avaliação do estado nutricional (EM) e do ganho de peso gestacional, controle da pressão arterial (PA), palpação obstétrica e medida de altura uterina (AU), ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), verificação da presença de edema, preparo das mamas para o aleitamento; interpretação de exames laboratoriais e condutas; prevenção ao tétano neonatal; condutas nas queixas mais frequentes; atenção no puerpério; intercorrências clínicas mais frequentes (anemia, diabetes, toxoplasmose, etc.); e condições especiais como gestação múltipla, gravidez na adolescência e violência contra a mulher na gravidez (BRASIL, 2006). O manual ainda tem como parâmetro a recomendação de que a mulher realize ao menos seis consultas do acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, “uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação” (BRASIL, 2006, p. 10). É também importante ressaltar que estes serviços se organizam em três níveis: federal, estadual e municipal, mas, apesar disso, o Brasil como um todo se orienta pelas recomendações da OMS, que buscam normatizar as práticas de saúde da atenção ao pré-natal, conforme consta no manual. Portanto,

esses procedimentos relativos ao pré-natal pretendem ser uma referência para a organização da rede assistencial, capacitação profissional e para a normatização das práticas de saúde segundo princípios e diretrizes apresentados pelo MS brasileiro, inclusive para o atendimento das populações indígenas (DIAS-SCOPEL, 2015, p. 146)

Por fim, o manual assinala a importância do planejamento familiar, regulamentado no Brasil por meio da Lei nº 9.263/1996, que é entendido como “o conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde” (artigo 3º), e é um direito de todos os cidadãos e cidadãs. O planejamento familiar garante “o direito de ter quantos filhos quiser, no



momento que julgar conveniente, recebendo a atenção necessária para que isso lhe seja garantido integralmente” (ACNUR, 2021, p. 54). Além disso, o planejamento “orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade” (BRASIL, 1996), segundo consta nessa mesma lei. Dentro desse escopo, a ACNUR (2021) assinala a importância de travar um diálogo educativo que busque informar as mulheres e famílias Warao a respeito do planejamento familiar e da saúde reprodutiva, bem como dos métodos e técnicas contraceptivos. Encontramos uma cartilha publicada em julho de 2021 pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) sobre planificação reprodutiva, gravidez e lactação, com informações traduzidas ao espanhol e ao Warao. Apesar de tratar-se de uma proposta interessante, é importante refletir sobre o alcance que essa produção para os Warao no Brasil, e se meramente entregar uma cartilha significa esclarecer quais direitos e deveres desse grupo. Acreditamos na importância do diálogo e, sobretudo, da escuta como canal de comunicação eficaz para gerar entendimento tanto para os Warao, como para a população local – principalmente trabalhadores e trabalhadoras da saúde, nesse caso.

### **3.2 PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO NA GESTAÇÃO**

Tomando novamente o conceito de práticas de autoatenção (Menéndez, 1992; 2009; 2011) explanado no capítulo anterior, apresentaremos aqui as diferentes práticas levadas à cabo por Laurena e seus parentes mais próximos ao longo de sua gestação. Ao apontarmos para a forma como tais práticas se reconstituíram e se reorganizaram a partir dos processos de re-territorialização no Brasil, poderemos destacar novas articulações e/ou justaposições (Menéndez, 2009) de saberes e práticas em saúde.

Ajudando Laurena com outras necessidades, encontrei-a em agosto de 2021, num sábado à tarde, para ajudar a sacar seu Auxílio Emergencial. Já havíamos acordado que eu a acompanharia para fazer os exames requisitados na primeira consulta em tempo hábil para serem mostrados na segunda consulta. Ela tira de uma mochila uma pasta onde acumula uma variedade de papéis e documentos que carrega desde sua chegada ao Brasil: carteira de gestante, comprovantes de vacinas feitas em Pacaraima (RR) e em Manaus (AM), uma Caderneta da Saúde da Criança para meninas, requerimentos de exames vencidos, e outros recém solicitados na Unidade Básica de Saúde (UBS) Diretor Pestana.

Da pilha de documentos, ela pegou a Carteira da Gestante, com um bilhete grampeado, e me pediu que traduzisse o que estava escrito em cada parte, e as anotações que a equipe de saúde fez durante a consulta.

O bilhete rosa apresentava uma descrição do acompanhamento pré-natal “tem como objetivo a identificação de riscos, a prevenção e o tratamento de doenças relacionadas à gravidez, promovendo bem-estar e a saúde da mulher e seu bebê”. No mesmo bilhete ainda constavam algumas observações, como a oferta de um “kit gestante” para mulheres de baixa renda e cadastradas no Bolsa Família que realizassem ao menos 6 consultas de pré-natal naquele posto de saúde – uma tentativa de fazer com que as gestantes alcançassem o número mínimo de consultas, conforme mencionamos anteriormente; o hospital de referência da UBS, que é o Complexo Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; e o lembrete de retornar à unidade em até 5 dias após o parto para consulta da mãe e do bebê, e o teste do pezinho, que precisa ser feito entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê.

**Figura 4:** Bilhete anexo à carteira da gestante

**Pré-natal**

O pré natal tem como objetivo a identificação de riscos, a prevenção e o tratamento de doenças relacionadas a gravidez, promovendo o bem estar e a saúde da mulher e seu bebê;

**Observações:**

- Entregamos kit gestante para mulheres de baixa renda (cadastradas no bolsa família) que realizarem no mínimo 6 consultas de pré-natal na unidade;
- Nosso hospital referência é a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre;
- Não esqueça de retornar a sua unidade de saúde em até 5 dias após o parto, para consulta mamãe e bebe;
- O teste do pezinho deve ser realizado entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê;

UBS DIRETOR PESTANA

Fonte: acervo pessoal.

Abrindo a carteira da gestante, encontramos a indicação de vacinas tomadas ou que precisavam ser feitas ao longo da gestação, inclusive a da Covid-19, e dados preenchidos ao longo da anamnese, como pressão arterial e o resultado de testagem rápida para a detecção de sífilis e de HIV. Conforme traduzia, Laurena ficava espantada com a quantidade de informações, e disse nunca ter feito tantos exames, testes e acompanhamentos. Apesar da inquietação com tantos procedimentos, ela perguntou quando faríamos os exames requisitados que estavam listados em outro papel.

Assim como observado por Dias-Scopel (2015), alguns exames complementares que constam no Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada, do Ministério da Saúde (2006) são solicitados ainda na primeira consulta:

dosagem de hemoglobina e hematócrito; grupo sanguíneo e fator Rh; sorologia para sífilis (VDRL); glicemia em jejum; exame sumário de urina; sorologia anti-HIV; sorologia para hepatite B; sorologia para toxoplasmose. São indicados também a solicitação de exames complementares ainda na primeira consulta do pré-natal, conforme avaliação específica de cada caso. Gostaria de citar, por exemplo, o exame protoparasitológico, indicado “sobretudo para mulheres de baixa renda”, e a ultrassonografia obstétrica. (DIAS-SCOPEL, 2015, p. 145)

A segunda consulta do acompanhamento pré-natal de Laurena estava agendada para o mês seguinte, na mesma UBS na zona norte de Porto Alegre. Desde esta primeira consulta em que acompanhei Laurena, os profissionais de saúde sempre perguntavam quem eu era, e qual minha relação com ela, ao que eu respondia ser uma estudante da UFRGS que participava de um projeto envolvendo a população Warao no Brasil. Acrescentava que estava fazendo uma observação participante para meu trabalho de conclusão de curso, mas também acompanhava Laurena por ser amiga dela. Em geral, a partir dessa pequena apresentação, os profissionais de saúde faziam outras perguntas como “de onde ela é?”, “por que ela está aqui?” e “como vocês se conheceram?”. Diante dessa hierarquia entre médico/paciente, Laurena se encolhia e, quando entendia as perguntas, respondia monossilábica. Na saída da UBS neste mesmo dia, ela confidenciou que não gostava de ir ao médico porque sempre a faziam sentir dor.

A primeira parte desta consulta foi realizada próximo ao computador do consultório, enquanto o médico preenchia informações no sistema conforme as respostas informadas pela gestante. Assim, iniciava a dinâmica em que o médico fazia perguntas, e ela me pedia para traduzir para, então, responder em espanhol, idioma que o médico compreendia, mas não falava. Um sintoma que desde esta consulta despertou

preocupações no acompanhamento eram as dores de estômago que Laurena reclamava sentir, e levou o médico a fazer mais questionamentos:

- Tem tido vômito?

- *Sí*.

- Em que quantidade? Todos os dias? Quantas vezes ao dia?

- *Una vez al dia cuando tengo dolores ahí* – disse, apontando para o estômago.

- E diarreia?

Ela me olha, e pede para que eu explique.

- *No, eso no* – responde ela.

Assim como destacado por Nina - a vizinha de Laurena que é doula, a gestante já demonstrava sintomas de alguma enfermidade, mesmo antes de engravidar, porém não buscou nenhuma forma de atenção à época. Por isso, quando começou a recorrer ao modelo biomédico para o acompanhamento da gravidez, os sintomas foram diretamente ligados à gestação.

- Tem tido sangramento?

- *No*.

- E corrimentos?

Tentamos, o médico e eu explicar o que são corrimentos, e vamos tentando nos entender, até que ela respondeu:

- *No*.

O médico, sabendo da confusão hormonal que Laurena teve em março daquele ano, alertou que, se houvesse sangramento, ela precisaria procurar a emergência. Baseado na última menstruação dela, o médico estimou que, naquele momento, ela estava grávida de 15 semanas e 1 dia, e que os enjoos e vômitos que ela vinha sentindo seriam considerados padrão somente até a 12ª semana, o que reiterava a preocupação com a saúde da gestante. Tentando averiguar as causas para tais sintomas, ele perguntou se ela havia comido algo diferente. Ela disse que sim, tinha comido coisas diferentes: “*No me gustaba el mango, pero ahora he comido mucho mango*”. Isso, obviamente não impactava os enjoos da gestante. O médico perguntou então se ela havia comido algo que talvez estivesse estragado ou vencido, e ela disse que não.

Após tais perguntas, recebemos a requisição para a primeira ecografia e a importante observação feita pelo médico de que a fila de espera do SUS para fazer o exame era longa e, por isso, receber o chamamento normalmente demorava. Essa espera o que fazia com que as gestantes que optassem por aguardar pela ecografia pelo SUS

tivessem um único exame de imagem realizado, nos melhores casos, somente ao final da gestação.

Levando isso em conta, recomendou que Laurena pagasse para fazer uma ecografia em um laboratório de imagem privado, sobretudo no caso de Laurena, que leva em seu histórico um caso de confusão hormonal, somado aos enjoos e dores estomacais que vinha sentindo. O Manual Técnico do MS determina que a realização do exame serve para “uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas” (BRASIL, 2006, p. 29) e que, portanto, seria controversa sua cientificidade e eficácia sobre a redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna. Desse modo, argumenta-se que “a não realização de ultrassonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal” (ibidem). O documento, cuja primeira edição foi publicada em 2005, argumenta que interrupção da gravidez em razão de malformações no feto ainda não era legalmente permitida. Contudo, em 2012 a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54, que considera a interrupção da gestação de feto anencefálico como perigosa à saúde da gestante e não compatível com a vida, foi julgada procedente pelo Supremo Tribunal Federal (STF)<sup>12</sup>, o que parece indicar a necessidade de revisão do Manual, além de apontar para a importância da realização de ultrassonografia para averiguar casos que possam colocar em risco a vida da gestante.

Além da ecografia, o médico também enfatizou a necessidade de os exames laboratoriais serem feitos o quanto antes para averiguar se havia algo correlacionado às queixas de dor que Laurena fez. Após tantos questionamentos e recomendações, ele mediu a pressão de Laurena – que ainda a essa altura estava bastante tensa. Passando para um segundo estágio da consulta, pediu que Laurena fosse para a parte de trás da cortina do consultório, e me convidou para acompanhá-los, informando que iria tomar medidas da barriga e tentar realizar uma ausculta dos batimentos cardíacos fetais. Laurena então foi pesada, e em sequência ele pediu para que ela se deitasse na maca. A partir de então, ele passou a apertar a barriga dela, o que ocasionou alguns grunhidos e expressões de dor da parte de Laurena, que permaneceu nervosa durante toda a consulta. Ele perguntava: “Dói?”, e eu traduzia: “*Te duele?*”, ao que ela respondia “*Si*”. O médico insistiu apertando e perguntou novamente: “Dói muito?” após mais alguns grunhidos e caras de dor, Laurena resistiu e disse “*No*”. O médico apertou por mais alguns instantes a região inferior da

---

<sup>12</sup> <https://stf.jusbrasil.com.br/noticias/3085273/adpf-54-e-julgada-procedente-pelo-ministro-gilmar-mendes>

barriga, e pediu para que eu a informasse que ela precisava afastar um pouco a calça da cintura, pois precisava medir o crescimento da barriga. Expliquei isso a ela, que estava visivelmente desconfortável por ter tido sua barriga apertada.

Depois de medir a barriga, ele tentou realizar a ausculta dos batimentos cardíacos, o que explicou ser um pouco difícil com 15 semanas, mas não significava que o bebê estava mal. O médico aproximou-se da barriga novamente com o sonar para escutar os batimentos e, após realizar novas pressões sobre a barriga, agora com o aparelho envolvido em gel, disse que ainda não se ouvia o coração, mas sim o cordão umbilical, que também é capaz de pulsar.

Voltando da maca para as cadeiras em frente ao computador, o médico receitou remédios para os enjoos e a dor de Laurena, reiterando novamente a importância de apresentar o resultado dos exames laboratoriais, sem esperar para a consulta do mês seguinte. Ele explicou pausadamente a posologia de cada medicação para ela, e pediu que aguardássemos no corredor de espera enquanto conversava com a enfermeira que também acompanhava o pré-natal de Laurena, para ela ficar de sobreaviso porque iríamos voltar antes do agendamento da próxima consulta. Dali, saímos direto para o saguão de entrada, onde retiramos os medicamentos receitados e que estavam disponíveis na farmácia da UBS.

Já na rua, encontramos Nina e sua filha lá fora, também saindo de uma consulta. Soube então que Laurena vinha buscando aconselhamentos sobre a gestação com Nina, uma prática incluída em suas formas de autoatenção para que esse novo processo de gravidez, parto e pós-parto fosse saudável. Esse encontro casual na rua se desdobrou em uma conversa sobre o problema de Laurena que vínhamos discutindo lá dentro da UBS, ou seja, as dores de estômago, os enjoos e vômitos. Nina, que também conhecia o dia-a-dia da gestante e fala espanhol, sugeriu que as dores de estômago de Laurena poderiam ser ocasionadas por comer muito à noite, ou pelo excesso de frituras ou carboidratos. Laurena então perguntou o que ela poderia comer à noite para sentir-se melhor, e Nina disse que costuma recomendar saladas e frutas – como a manga (*Mangifera indica*) que Laurena tinha tanta vontade de comer, além de outros alimentos leves.

Nina recordou que um dia Laurena a buscou pedindo ajuda porque estava sofrendo de prisão de ventre, e perguntou se poderia tomar laxante. A doula sugeriu comer mamão papaia (*Carica papaya*) já que o uso de laxante poderia ser perigoso para a gestação, porque a maioria desses medicamentos são abortivos. Laurena pergunta como deveria preparar uma salada, e Nina recomendou alguns legumes que normalmente são utilizados

para fazer salada, como a alface e tomate, e explicou como preparar esses ingredientes. A doula reiterou que acreditava que a dieta de Laurena poderia estar causando tais desconfortos.<sup>13</sup> Acreditamos que Laurena não chegou a de fato preparar as saladas e legumes recomendados pela doula, uma vez que costumava ser custoso para ela comprar muitos alimentos com a renda que recebia fazendo *ebukitane*, e a cesta básica que recebia naquela época continha muitos alimentos que não estão inclusos na dieta Warao, o que nos faz pensar na elaboração cestas básicas diferenciadas para estes grupos. Ela muitas vezes trocava com os vizinhos aquilo que não comia, como feijão, café e leite em pó, em troca de farinha ou arroz. Houve um momento, quando viviam com a unidade doméstica de Florencia no bairro Nonoai, que receberam vegetais do programa Mesa Brasil que supostamente deveriam estar frescos, porém chegaram estragados, impossibilitando o consumo (MARÉCHAL; VELHO; RODRIGUES, 2021).

Após realizarmos os exames laboratoriais, retornamos à UBS para uma nova consulta que basicamente repetiria todos os procedimentos levados à cabo anteriormente, porém desta vez com uma enfermeira. Ela avaliou o resultado da coleta dos exames, e constatou que Laurena já teve leptospirose, porém, explicou que como estava inativo, isso não apresentava nenhum risco para a gestação. Além disso, a gestante apresentava um quadro de infecção urinária e precisaria tomar antibióticos. A enfermeira comentou comigo, sem olhar para Laurena: “acho que a coordenadora do CRAS já esteve ali conversando e ensinando umas coisas pra elas, mas acho que tu precisa ensinar isso também... Ensinar que elas precisam se lavar e se limpar direitinho, senão depois tem problemas assim” (DIÁRIO DE CAMPO, 08/10/2021). As palavras da enfermeira reforçam o estereótipo de sujeira e da irresponsabilidade das mulheres Warao, que “não se cuidam” segundo os moldes da atenção biomédica. Para Rosa (2021, p. 218) o processo de estigmatização segundo Goffman (2004) contribui para tornar os Warao “alvos de preconceito, da discriminação e da desumanização” que marcam a indiferença quanto à essa população. Além disso, nenhuma das mulheres havia comentado sobre essa suposta conversa com a coordenadora do CRAS sobre higiene íntima.

De fato, a relação com essa coordenadora sempre foi ríspida por haver uma crescente demanda por Auxílio Moradia, conforme novas unidades domésticas Warao

---

<sup>13</sup> Mais tarde, soube que Gilda, uma das gestantes Warao no bairro Tristeza, havia sido alertada por uma das apoiadoras sobre beber Coca-cola em excesso, assinalando que isso causaria problemas ao bebê. Apesar de um contexto distinto, acreditamos ser possível traçar um paralelo entre este caso e o das “mamadeiras de Coca-cola” retratado por Rosa (2021, p. 213) afinal, aos olhos da sociedade nacional, a saúde de um feto ou de uma criança Warao já nascida está sempre em risco por uma aparente “negligência” da mãe.

chegavam para viver nesse bairro, onde conseguiam alugueis acessíveis e de fácil acesso por conta dos parentes que já moravam ali e tinham contatos. Houve, inclusive, relatos de que a coordenadora costumava reclamar de que os Warao viajavam e, portanto, não poderiam estar alugando um espaço ali, muito menos utilizando o Auxílio Moradia, momento que evidenciou a avaliação moral da funcionária, que demandava um certo controle sobre a mobilidade das unidades domésticas em troca do benefício. O que de fato acontecia, era que tanto Laurena quanto os demais Warao faziam viagens até Caxias do Sul (RS) para fazer *ebukitane* porque, conforme contavam, conseguiam obter um montante razoável. Para Fassin (2014, p. 5 apud Rosa, 2021, p. 207) a avaliação moral da diferença “é tudo menos indiferente: está cheia de paixão e normas, de sentimentos e estereótipos. Crenças fortes e preconceitos profundos são expressos acerca da legitimidade e utilidade de certas categorias de indivíduos, sobre sua cultura e futuro, e suas obrigações e direitos”.

Depois de feita a anamnese, a enfermeira receita comprimidos de sulfato ferroso, suplemento normalmente receitado para as gestantes que apresentem deficiência de ferro, e encaminha Laurena para o saguão onde aguardamos a chamada para a vacinação. Nesta sala, precisamos reunir todos os comprovantes de vacinação guardados na pasta de documentos para averiguar quais vacinas já haviam sido feitas e quais não. Confirmando que todas estavam em dia, exceto a segunda dose da vacina da Covid-19, Laurena recebeu a vacina das 20 semanas de gestação<sup>14</sup>, marcando a metade da gravidez. A vacina da Covid-19 deveria ser feita em outro horário, portanto era necessário retornar na UBS em outro dia, mas a gestante não retornou para se vacinar. Ela comentou que, assim como outras formas de atenção biomédica, também não era habituada a vacinar-se anteriormente, destacando a escassez de oferta de vacinas antes de deixar a Venezuela.

Nessa “esteira” de tarefas a serem cumpridas na UBS, fomos levadas para o serviço de odontologia, onde Laurena reclamou de dores e a dentista averiguou ser a necessidade de remover os dentes sisos. Para acalmar a dor, receitou outro antibiótico e anti-inflamatório para ela, recomendando que ela voltasse já na próxima semana para o procedimento de extração dos dentes – algo que Laurena nunca havia feito, e se assustou quando tentei explicar o que a dentista havia dito. A remoção dos sisos também não ocorreu porque, logo após essa tarde na UBS, Laurena decidiu que iria para Cuiabá encontrar os pais e os irmãos que haviam chegado lá.

---

<sup>14</sup> Vacina tríplice bacteriana (dTpa) ou dupla bacteriana do tipo adulto (dT).



Cabe chamar a atenção para o desconforto de Laurena após sairmos da UBS naquele dia, com muitas cartelas de medicamento nas mãos, sendo duas delas de antibióticos diferentes, consultas e exames marcados e uma cirurgia bucal por ser feita. Ela comentou que não sabia se iria tomar tudo aquilo porque, recentemente, quando precisara se medicar, a filha pequena havia perdido as cartelas com comprimidos, e ela deixou de realizar o tratamento biomédico. As decisões tomadas ao longo das consultas na UBS foram, de modo geral, unilaterais por, antes de tudo, terem requisitado à acompanhante que reforçasse a atenção em higiene íntima entre as Warao, sem que houvesse um diálogo com Laurena, que estava presente; e por não terem questionado a gestante sobre sentir-se confortável ou não para realizar os procedimentos recomendados, como o caso da remoção de sisos.

Nesse dia, saindo das consultas já no final da tarde, Laurena declara o que pode ser interpretado como um forte indício da medicalização da gestação (DIAS-SCOPEL, 2015), que não deixam de se expressar pelas características gerais do Modelo Médico Hegemônico e como ele opera. Fazendo-se a ressalva de que ela de fato já estava doente enquanto gestante, dizia: “Ando muito preocupada e com medo de tudo: não quero sair, não quero me movimentar muito, tenho que lembrar de comer melhor, tenho que tomar mais água e não outra coisa. Me sinto doente e não grávida. Não me senti assim na gravidez da Lorena” (DIÁRIO DE CAMPO, 08/10/2021). Acreditamos que a sensação de preocupação quanto à essa gravidez deve-se ao tratamento inferiorizante com a paciente, tida como pouco aderente ao pré-natal e desumanizada ao longo dos processos de estigmatização já mencionados. Guardadas as devidas proporções, o fato de sentir-se enferma esteve relacionado à relação entre médico e paciente, que não dialogava com a gestante acerca de seus limites quanto à aceitação das formas de atenção biomédicas, mas relegava recomendações que soavam como ordens.

Com isso, ela entregou a peça que alugava com o dinheiro do auxílio moradia, fez ebukitane para reunir o dinheiro das passagens, e embalou seus pertences em sacolas e caixas para partir. Camilo, companheiro de Nina, também vizinho dos Warao, carregou a mudança em seu carro, e levou a família até a rodoviária, onde pegaram o ônibus que fez uma viagem de 3 dias para chegar em Cuiabá, onde naquele momento estavam os pais de Laurena.

**Figura 5:** Receitas e medicamentos da segunda consulta pré-natal



Fonte: acervo pessoal.

Sair de Porto Alegre, onde vivia há um ano, e retornar à Cuiabá se configura também numa das formas de autoatenção no processo de gestação, parto e pós-parto de Laurena. Cumpre destacar o papel das parentes mais velhas durante a gestação que, segundo Amodio, Rivas e Dox (2006, p. 400 – tradução própria) “são as que aconselham sobre os alimentos que deve consumir e como deve preparar-se para o parto”. Essa decisão se motiva então por alguns fatores, dentre os quais, o desejo de estar perto da mãe, que não via há mais de 2 anos, e poder ser acompanhada por ela, que já possuía muita experiência em partejar, ao longo da gestação e do parto. Além disso, estava cada vez mais difícil para Laurena fazer ebukitane sozinha porque suas crises de dores no estômago, enjoos e vômitos aumentaram, e a tarefa de prover para sua unidade doméstica se tornava cada vez mais árdua conforme sua barriga crescia e ela carregava a filha num *chinchorro* no colo. Outro fator que teve influência na decisão de ir embora foram as ligações recebidas pela nora de Florencia desacatando Laurena sob acusações de não ter pago uma dívida que tinha com a sogra. Ela então decidiu ter o bebê longe dessa unidade doméstica, para evitar *brujos* ou feitiços que poderiam afetar tanto ela quanto o feto. O *brujo* e os feitiços, como vimos anteriormente, são constituintes da fofoca entre as unidades domésticas Warao não apenas no Brasil, mas trata-se de uma prática que se estende desde a Venezuela e é anterior ao processo migratório.

Sua curta estadia em Cuiabá se deu morando numa peça com os pais e os dois irmãos. Quando falávamos pelo telefone, ela contava que era um espaço muito pequeno,

porém não tinham planos de conseguir um lugar maior, já que a renda fazendo ebukitane não estava muito boa. Laurena contava que, diferentemente do início de 2020, quando chegou à capital mato-grossense, agora haviam muitos Warao e também *criollos* na cidade, então era sempre preciso disputar semáforos onde pudessem pedir. Em razão disso, cerca de 3 meses após sua chegada, ela reúne dinheiro para que toda sua unidade doméstica viesse consigo à Porto Alegre.

Antes de viajar, ela teve uma forte crise de dores estomacais, enjoos e vômitos, que acreditava serem contrações da gestação. Nesta noite, o proprietário da peça alugada a levou até o hospital, onde fez uma ecografia para ver como estava o bebê, e ali então descobriu que iria ter um menino e que, ao contrário da posição usual dos fetos no útero, com a cabeça em direção à vulva, o filho estava sentado. Laurena passou um tempo em observação no hospital até que a crise cessou, com ajuda de medicação para a dor. Até hoje não sabemos se no hospital em Cuiabá ela foi diagnosticada com alguma enfermidade ou não, porque os papéis daqueles dias não foram guardados em sua pasta de documentos.

Foi apenas durante nas semanas finais da gestação, quando Laurena teve uma crise e buscou seu hospital de referência, onde é diagnosticada com pancreatite aguda e a provável presença de cálculos na vesícula.

### **3.3 ÁREAS INACESSÍVEIS PARA REFUGIADOS**

Retornando à Porto Alegre, Laurena passou a ter severas crises com dores, e até mesmo dificuldade em respirar. No final de dezembro de 2021, ela ligou para Camilo, seu vizinho, e foi levada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre por sentir dor abdominal e falta de ar ao deitar. Após realizar exames laboratoriais e clínicos, e uma ecografia obstétrica, ela foi liberada porque não constavam indícios de quaisquer problemas, sobretudo relacionados à gravidez. Na metade de janeiro de 2022, ela chamou Camilo novamente e, dessa vez, sabendo que o hospital de referência era o Hospital Santa Casa, foi para a maternidade do mesmo. A partir deste histórico de dores e crises, Laurena passou por novos exames e, por fim, detectaram pancreatite, lama biliar e possíveis cálculos na vesícula. Ela passou alguns dias internada no hospital sendo medicada para a dor.

No dia em que sofreu a crise e foi internada, a gestante enviou um áudio pedindo que fosse visitá-la. Como vínhamos a meses realizando o acompanhamento médico juntas, ela pediu que fosse vê-la e explicasse o que estava acontecendo. Além disso sua mãe, que havia ido com ela ao hospital, havia sido mandada embora, e não tinha acesso ao quarto da filha como acompanhante – problema que Laurena gostaria que resolvêssemos.

Naquele dia, fui ao hospital onde ela estava internada para tentar fazer uma visita e verificar porque sua mãe havia sido barrada. Chegando à maternidade, vi um recepcionista e fui pedir informações. Expliquei que uma amiga estava internada ali, e ela havia pedido minha ajuda porque não falava português muito bem, e não estava entendendo o que estava acontecendo. Além disso, expliquei que vinha fazendo o acompanhamento de sua gestação como uma pesquisa para meu trabalho de conclusão de curso. O recepcionista então ligou para a enfermeira responsável pela ala onde Laurena estava internada, e recebeu informações de que ela estava bem, assim como o bebê, e havia recentemente sido encaminhada para realizar uma ecografia. Ao telefone ele enfatizava com a “autoridade” do outro lado da linha que não me autorizaria a ver a Laurena, pois só seriam permitidos familiares – no caso a mãe ou o marido. Ele me disse ainda que já haviam chamado a Assistente Social para conversar com a mãe de Laurena, que, depois entendi, ainda estava ali no hospital.

Perguntei para o recepcionista onde estava Marleni, mãe de Laurena, e perguntei se ele poderia chamá-la no corredor adentro para que eu pudesse conversar com ela. O recepcionista afirmou: “seria bom você falar com ela mesmo. Ela só está prolongando sofrimento esperando aqui. Não vão liberar ela para entrar”. Explicando que não podia deixar o posto de trabalho, me autorizou a entrar e encontrar Marleni: “vou ser gente boa contigo, você entra por essa porta e pega a esquerda para entrar no corredor. Conversa com ela para ver se ela quer ir embora, e depois você volta aqui”. Fui até lá e encontrei Marleni, com a cabeça baixa, um travesseiro e uma sacola na cadeira ao lado dela. Nos cumprimentamos e, apesar do cansaço, ela estava resignada a não sair do hospital sem levar consigo a filha. Quando questionei porque não havia sido autorizada a entrar no quarto com Laurena, ela explicou que havia deixado em casa seus documentos, por isso não era autorizada como acompanhante. Conversamos então sobre alguma maneira de conseguir os documentos, já que ela não estava disposta a ir para casa. Marleni disse que havia conversado com um médico que falava espanhol, e ele explicou para ela que se

conseguisse apenas uma foto dos documentos dela, seria capaz de autorizar ela a ficar com a filha.

Uma foto seria mais fácil, então perguntei a ela quem poderia enviar a foto dos documentos: “*Gregori, meu filho, liga pra ele*”. Questionei se ela tinha o número de telefone dele, e Marleni então alcançou o celular da Laurena com um papel contendo a senha e uma seta indicando o movimento para desbloquear o celular. Entramos em contato com o irmão de Laurena e, na sequência, recebemos uma foto do Protocolo de Refúgio e da cédula de identidade venezuelana de Marleni. Retornamos juntas para a recepção da maternidade, informando que tínhamos a foto dos documentos da acompanhante e perguntando se seria então possível autorizar o acesso ao quarto. O recepcionista ligou novamente para seus superiores, e tivemos o acesso negado. Ele pediu então que aguardássemos a chegada da Assistente Social, que poderia nos ajudar.

Passado algum tempo, a assistente social chega à maternidade e nos recebe em sua sala. Ali, ela questiona sobre o que houve, de onde Marleni é, e porque eu a acompanhava. Após uma breve conversa, a assistente realiza o cadastro de Marleni e envia uma solicitação especial à coordenação do hospital para que tenha o acesso ao quarto da filha liberado. Após o aceite, imprimimos os documentos e retornamos à recepção para tentar o ingresso. O recepcionista novamente não conseguiu autorizar o acesso da mulher, uma vez que a numeração de seu Protocolo de Refúgio era incompatível ao *software* de controle do hospital, que aceitava somente RGs. A assistente social então liga para o departamento responsável pela liberação de acompanhantes, pede ao recepcionista que tente novamente, e só então Marleni é liberada para ficar com a filha no quarto.

Diante de tal relato, buscamos novamente evidenciar a importância de intérpretes/mediadores acompanhando os Warao no momento de acessar equipamentos públicos localmente. Isso porque, apesar de haverem passado por um processo de visibilização jurídica através da obtenção de sua documentação como refugiados ou migrantes, eles são posteriormente “perdidos” no território nacional nas fraturas dos procedimentos de controle de vigilâncias estatais” (JARDIM, 2017, p. 188). Desse fator decorre a invisibilização, que se sobressai no momento em que os indivíduos buscam acesso ao atendimento público nas municipalidades onde se encontram, e tem esse direito negado. Assim como Jardim (2017, p. 193), consideramos que “a invisibilidade é muito mais ampla do que o ato do cadastramento, pois envolve um reconhecimento de que os próprios recursos que registram e proporcionam recursos são banalizáveis como

‘obviamente’ inacessíveis para não nacionais”. Dentro da lógica de tais equipamentos públicos a nível local, Marleni teve seu acesso barrado por não ser nacional e apenas negociando o acesso as áreas controladas do hospital é que foi possível romper com a sistemática de controle de visitas e acompanhantes para que ela pudesse acompanhar sua filha. Em que pese o fato de ter obtido sucesso para permanecer no hospital como acompanhante, a distração para enquadrar o número de documento de Marleni no sistema fez com que o recepcionista e a assistente social não atentassem para o fato de que o Protocolo, com validade de 1 ano após a emissão, já houvesse completado sua rápida metamorfose sem ser renovado, o que poderia ter se tornado outro impeditivo na entrada da mulher ao hospital.

Passadas cerca de duas semanas destes acontecimentos, Laurena recebe alta e tem seu acompanhamento pré-natal transferido para o Hospital Santa Casa. A tarefa de comparecer às consultas – agora realizadas semanalmente até o bebê nascer, se coloca mais dificultosa devido à distância entre sua casa, na zona norte, e o hospital, no centro da cidade. Ela então é levada por Camilo até o hospital, onde nos encontramos para a única consulta que ela se disponibilizou a fazer, duas semanas antes do parto. Antes da consulta ela recebeu uma nova carteira da gestante e foi cadastrada no acompanhamento do hospital. Além de ter feito todos os exames clínicos do início da gestação na primeira consulta, ela precisou realizar coleta de citopatológico novamente, exame a que Laurena havia sido submetida pela terceira vez naquele ano, por não se conectarem os registros de exames anteriores. Existe, além disso, controvérsia com relação à coleta de citopatológico próximo às 40 semanas de gestação, não sendo, porém contra indicado. O que o Ministério da Saúde recomenda, contudo, é que o exame seja realizado até no máximo os 7 meses de gestação. Conversando com Nina, a doula e vizinha de Laurena, e também com outras mulheres que haviam passado pela experiência do acompanhamento pré-natal na rede pública recentemente, muitas se opuseram a realização do exame num estágio tão avançado da gestação, porém, comentam que se sentiram incapazes de argumentar com os médicos sobre seu desejo de não o fazer.

### 3.4 DAS DORES DO PARTO

Laurena entrou em trabalho de parto na madrugada do dia 05 de março. Como de costume, ligou para Camilo, que foi imediatamente buscá-los para levar ao hospital. “Dessa vez é de verdade”, me disse Camilo, que já havia acompanhado não só o parto de suas próprias filhas, mas o nascimento de outras crianças também, e por isso soube reconhecer os sinais de que a hora havia chegado. “Dá pra ver que, apesar da dor, ela está com o rosto feliz”, ele contou, assegurando que dessa vez não se tratava de um “alarme falso” provocado pelas pedras na vesícula.

Quando cheguei ao hospital, já no início da tarde, não pude vê-la pois estava na sala das gestantes, espaço restrito a parturientes e acompanhantes. No saguão da entrada, junto com outros homens esperando pelo horário de visita, encontrei Nazario e Marleni cheios de malas e sacolas – um *kit* para ir ao hospital que há tempos havia sido preparado, e era carregado a cada nova emergência. Eles chegaram ali com a gestante, e estavam desde então aguardando notícias e instruções. Foi com dificuldade que se convenceram a fazer uma pausa para se alimentar. “Tenho que estar perto da minha filha, então me avise pelo celular assim que o médico chamar”, argumentou a mãe de Laurena antes de ir ao refeitório do hospital.

Quando o plantão das 14h começou, fomos informados de que a pessoa que iria acompanhar Laurena durante o parto poderia ir para a sala das gestantes e, em razão da Covid-19 não poderia haver trocas de acompanhantes. Ao explicar para o marido e a mãe, percebi que isso não se revelou um problema para eles: Laurena escolheu a mãe para estar com ela. O marido me explicou: “ela tem mais experiência com gravidez e por isso tem mais conselhos pra dar do que eu, por isso é melhor que elas fiquem juntas.” Antes de encaminhar-se para a sala de parto, Marleni teve novamente problemas com sua documentação e acesso no sistema, porém, como o recepcionista já nos conhecia, soube como agir e a liberação dela se realizou rapidamente.

Assim, Nazario e eu partimos, pois já não havia mais nada a ser feito ali. Combinamos com Marleni que iríamos aguardar notícias pelo celular, e assim aconteceu. Perto das 20h da noite, ela entra em contato:

Laurena não vai fazer cesárea. Vai dar a luz normal. A dor já está... Está mais forte. Ela já assinou para dar a luz assim normalmente. Os doutores, alguns dizem que iam fazer cesárea, outros dizem ‘não, tem que parir normal’. Bom, uma doutora veio aqui e colocaram um comprimido por baixo, colocaram o comprimido para parir normal, segundo a doutora. Bom, a dor começou... Quando colocaram essas pastilhas começou a dor, assim, mais forte. Vamos

esperar as 9h. Acredito que não vai passar das 9h. (DIÁRIO DE CAMPO, 05/03/2022)

Com o passar do tempo, as dores foram se intensificando, e Marleni ficando mais nervosa, por vezes sem entender bem o que dizia a equipe médica. Duas horas mais tarde, recebi outra mensagem:

Laurena está sentindo dores mais fortes, mas o bebê não está descendo. Quando os doutores *meten mano*, continua, assim, não está descendo. Ainda falta muito para nascer. Então a Laurena já não está aguentando a dor... Mediram a pressão dela e está normal, mas não sei se, talvez pela dor, ela está mal. Ela me disse, e por isso estou te mandando esse áudio. Me manda algo em português para eu poder falar com a doutora já. (DIÁRIO DE CAMPO, 05/03/2022)

Assim, fomos trocando mensagens com Marleni e também com Unico, pai da gestante, que estava em casa sem receber notícias do nascimento do neto, nem de como a filha estava. Ele pedia ajuda para obter mais informações, temendo que algo de ruim tivesse acontecido. Marleni, por sua vez, não entendia a mudança de planos dos médicos:

Quando ela se hospitalizou pela primeira vez os doutores viram a eco... O bebê ia vir sentado. Por isso mesmo eu pensava que ia ser uma cesárea antecipada. E não fez a cesárea. Aguardamos a nossa vez, a gestante que chegou por último passaram e fizeram cesárea. Agora de tarde eu falei com uma doutora: “doutora, como minha filha vai dar à luz se o bebê vem sentado?”. E a doutora confirmou que, sim, vinha sentado. (DIÁRIO DE CAMPO, 05/03/2022)

Enquanto Marleni falava, ao fundo se ouviam os gritos de dor de Laurena, que estava em trabalho de parto há algumas horas. Constatando que o bebê estava “sentado” a equipe médica tratou de virar o bebê manualmente e, por isso, a opção de cesárea foi descartada. Ela deu à luz às 2h da manhã do dia 06 de março, e seu filho nasceu bem e saudável. A gestante passou duas semanas no hospital tratando uma infecção e amenizando as dores causadas pelos cálculos na vesícula. Alguns meses mais tarde, enquanto conversávamos sobre o dia do parto, comentei que acreditava ter sido bom o fato de Laurena não ter feito uma cesárea porque a recuperação de uma cirurgia levaria mais tempo. Ela respondeu “bom, não me cortaram a barriga, mas me cortaram lá embaixo. Na hora não senti muita coisa porque estava com as dores fortes das contrações, mas levei três pontos pelo corte”, indicando a prática da episiotomia.

Diante de tal relato podemos considerar que, em muitos dos casos, a recusa e resistência de Laurena ao não buscar atendimento biomédico para evitar sentir dores é



justificada, uma vez que existe uma cadeia de procedimentos passíveis de serem realizados sem que haja o esclarecimento da paciente, “retratados a partir do sentimento de agressão e violação do corpo” (ACNUR, 2021, p. 54). É sob tal perspectiva que acreditamos na necessidade de elaboração de diálogos interculturais em saúde capazes de reduzir os impactos provocados pela assimetria e poder condicionados ao Modelo Médico Hegemônico (MMH) para com seus pacientes, por vezes oriundos de outros modelos médicos e práticas de autoatenção que desempenham diferentes saberes acerca do processo saúde/enfermidade/atenção.

### 3.5 ENTRE O DESPEJO E A RUA, SOLIDARIEDADE

Ainda alguns meses antes do nascimento de seu filho, Laurena vinha buscando formas de pagar o aluguel sem contar com o Auxílio Moradia, que lhe fora negado em seu retorno à Porto Alegre pela coordenadora do CRAS de seu bairro. As mulheres de sua unidade doméstica se organizaram então para fazer *ebukitane* em Porto Alegre e na região metropolitana – Canoas, Novo Hamburgo, ou em Caxias do Sul. A prática seguiu sendo a principal fonte de renda do grupo, o que não significava que as demandas de alimentação e aluguel fossem sempre supridas. O filho de Laurena, logo após o nascimento, passou a fazer viagens com a mãe, que o leva consigo para fazer *ebukitane*.

Houve momentos em que Laurena comentou que o proprietário da casa queria despejá-los porque o aluguel estava atrasado ou havia sido pago parcialmente. No sentido de evitar que a unidade doméstica fosse viver na rua, os esforços dos estudantes e de Camilo e Nina, novamente vizinhos dos Warao, foi o de dialogar com as pessoas que alugavam as casas para negociar os pagamentos, e seguir buscando a viabilização de recursos através das instituições. Destas tentativas, obteve-se o pagamento temporário - de 3 meses, de um auxílio moradia oferecido pela Unidade dos Povos Indígenas, Imigrantes, Refugiados e Direitos Difusos (UPIIRDD), que pertence à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) no momento em que Laurena deu à luz, e corria o risco de passar a viver na rua com seu bebê recém-nascido. Assim que o auxílio teve fim a unidade doméstica então teve de direcionar novamente seus esforços para o pagamento do aluguel até que, cinco meses mais tarde, foram despejados da peça onde viviam, sob a alegação do proprietário de que havia cedido o espaço para uma igreja neopentecostal se estabelecer ali.

Passamos a percorrer a Vila Farrapos toda, na expectativa de encontrar uma casa para toda a unidade doméstica, o que era difícil dado o grande número de pessoas – um total de oito adultos e três crianças. Sempre que encontrávamos um lugar vago, conversava-se com o proprietário que, ao saber de quantas pessoas pretendiam viver ali, declinava a oferta. Houve, inclusive, a disponibilidade de três meses de aluguel pagos pelo Centro Ítalo Brasileiro de Assistência e Instrução às Migrações (Cibai Migrações) para até duas casas – um total aproximado de R\$1.000, porém, a escassez de imóveis preocupava o grupo, que se preparava para viajar à Caxias do Sul e, se preciso fosse, pernoitar em abrigos e proteger as crianças das ameaças do Conselho Tutelar.

O medo de ter as crianças levadas é algo constante na vida dos Warao em várias partes do país. Nos casos de Porto Alegre, os exemplos de perseguição se intensificaram quando a unidade doméstica de Florencia foi levada a deixar a casa que alugava e passou a viver acampada em frente à rodoviária da cidade, situação que resultou em sua remoção forçada do espaço público e no encarceramento das mulheres e crianças em um abrigo municipal. Até hoje o grupo é frequentemente cobrado por sair com as crianças para fazer ebukitane, e “não existe nenhum tipo de facilitação para um acompanhamento que de fato possa ser adequado em relação às necessidades correspondentes à moradia, renda, saúde e educação indígena, algo, porém, previsto na Constituição de 1988” (MARÉCHAL; VELHO; RODRIGUES, 2021, p. 186), algo que demonstra um exemplo objetivo da Assistência Social “para extinguir práticas que aparecem como ofensivas às sensibilidades das culturas locais” (SAYAD, 1991 apud MARÉCHAL; VELHO; RODRIGUES, 2021, p. 190).

A par de tais situações, Laurena sempre buscou a discrição ao sair com sua filha pequena para não “dar na vista” e ser denunciada ou ter a criança tomada de si tanto em Porto Alegre, quanto em Caxias do Sul, cidade que visita com frequência para fazer ebukitane. Contudo, quando o filho recém-nascido completou cerca de três meses de vida, começou a apresentar sintomas de resfriado e ela decidiu levá-lo à UBS do bairro. Ao recusar um tratamento invasivo que consistia em colocar tubos de ar nas vias respiratórias do bebê, ela foi ameaçada de ter o filho levado pelo Conselho Tutelar. O exemplo evidencia novamente como buscar atenção biomédica torna-se uma ameaça e proporciona um afastamento dos pacientes, que se veem estigmatizados como incapazes de dar atenção aos filhos, ou irresponsáveis por recusar um tratamento. Neste caso, uma situação que poderia ter sido de acolhimento, tornou-se uma ameaça, e Laurena não voltou mais à

unidade para buscar atendimento para si ou a quaisquer membros de sua unidade doméstica.

Logo após este incidente, a iminência do despejo se concretizou. Foi nesse momento que Florencia, a par da situação, convidou a todos para irem emergencialmente para uma das duas casas no terreno onde vive, na zona sul de Porto Alegre. Ela comentou que, com a partida de seu filho Edi para viver com a sogra em Brasília (DF), a casa da frente só tinha um quarto ocupado, e o restante poderia ser temporariamente utilizado pelos outros Warao, até encontrarem uma casa para si. Como já relatamos, Florencia reconhece as ameaças ocasionadas por viver na rua e, em decorrência disso, ela decidiu acolher Laurena porque, assim como seus netos, seu filho é muito pequeno e não poderia viver na rua com o frio e a chuva do inverno gaúcho, além das ameaças de ser levado.

Assim, os Warao da zona norte se deslocam para a nova residência no bairro Tristeza, zona sul de Porto Alegre. Apesar de buscarem uma casa para si, Florencia tranquiliza, informando que já havia se comunicado com a proprietária das casas, e que eles poderiam ficar ali pelo tempo que precisassem, condição que se tornou definitiva após uma conversa entre os mais velhos – o casal Florencia e Rodolfo; Marleni e Unico – sobre a importância e a necessidade de estarem reunidos em um espaço como estratégia para reduzir custos e poder enviar dinheiro para os parentes na Venezuela.

Com o passar do tempo, os três bebês que nasceram ao longo deste trabalho de campo foram batizados, e uma forma de fortalecer laços de parentesco foi o apadrinhamento das crianças entre os próprios Warao. Desse modo, os pais de Laurena se tornaram padrinhos do neto mais novo de Florencia, e ela e Rodolfo se tornaram padrinhos do filho de Laurena. Assim, é comum que uma das duas se refira a outra como “minha comadre”. Somado a esse fortalecimento nos laços de parentesco entre os próprios Warao, algumas pessoas que se engajaram em prestar apoio às gestantes e a essas unidades domésticas em diversos momentos, também apadrinharam as crianças. Este foi o caso de Nina, Eduarda e eu, que nos tornamos madrinhas de batismo do filho de Laurena, e do filho de Gilda e Jesus. O convite para o batismo e o apadrinhamento das crianças retem em si vários significados, mas gostaria de dar ênfase ao desejo de que mantenhamos a proximidade e o apoio a esses grupos, afinal também nos tornamos “comadres”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer dos três capítulos contidos nesse trabalho, exploramos as práticas de autoatenção e os diálogos entre uma gestante Warao e as instituições de saúde pública em Porto Alegre. Isso se deu através da descrição das práticas de autoatenção e dos diálogos entre a gestante e os profissionais de saúde dos equipamentos de saúde pública na capital gaúcha, o que nos permitiu identificar novas práticas de autoatenção permeadas pelo contexto de re-territorialização no qual se encontra essa população e a importância de diálogos capacitados entre as mulheres Warao e profissionais da saúde. Além disso, buscamos evidenciar como o processo de gestação, parto e pós-parto é atravessado por questões de vulnerabilidade ocasionadas pela insegurança financeira e de moradia.

Ao longo do primeiro capítulo, examinamos o contexto da trajetória da unidade doméstica de Laurena, inserida no cenário mais amplo da mobilidade Warao *para e no* Brasil. Na chegada do grupo residencial no qual estava a interlocutora principal se lançaram as bases para o trabalho etnográfico, onde temas como as viagens para fazer ebukitane através do estabelecimento de redes migratórias e a fofoca se sobressaíram pela centralidade na dinâmica das relações entre os Warao. Buscamos também, através deste capítulo, evidenciar o protagonismo das mulheres Warao, que tendem a compor uma ampla parcela de migrantes venezuelanos que vieram/vêm ao Brasil, e são responsáveis por articular as redes migratórias e o ebukitane (ROSA, 2021; ACNUR, 2021; VELHO, 2022).

Já o segundo capítulo foi dedicado a evidenciar como se deu historicamente o contato entre o modelo biomédico hegemônico e o modelo médico Warao, fazendo uso das categorias de Menéndez (1992; 2009; 2011). Apesar de o atendimento médico ter avançado sobre o território tradicional Warao, ainda assim havia dificuldade de acesso nos *caños*, e mulheres hoje mais velhas como Marleni e Florencia, que viviam em Barrancas del Orinoco, não achavam necessário *llevar control* nem parir em um hospital, já que a gravidez não é considerada uma questão de doença entre os Warao.

Não obstante, a morte de seus bebês e, não raro, de gestantes, constitui um fator presente na trajetória das mulheres Warao. As mortes, como vimos, podem ocorrer por causas naturais não necessariamente conhecidas, e também por *brujería*, *daño* ou *hebu* - levando em conta que causas naturais também podem ser atribuídas a tais fatores. Aqui, demonstramos como o processo de saúde/doença/atenção Warao são por vezes distintos aos da biomedicina, não chegando a serem incongruentes, porém são saberes centrais que

tendem a ser negados e descredibilizados pelo modelo biomédico. De tal apagamento dos saberes médicos Warao pelo Modelo Médico Hegemônico decorrem, como vimos, situações de violência institucional, obstétrica, psicológica e física. Tais violências ocasionam um afastamento das já distantes mulheres Warao, dos tratamentos do modelo biomédico. Isso porque, ao deixarem de recorrer aos equipamentos de saúde pública, passam a ser vistas como “incapazes” ou “irresponsáveis” de cuidar de si e suas crianças (WILBERT; AYALA LAFÉE-WILBERT, 2007).

As narrativas das mulheres Warao aqui trazidas revelam as transformações na percepção do processo de gestação, parto e pós-parto que ocorrem através de gerações, e se articulam também com processos de re-territorialização, intervenção em território ancestral, mudanças macroeconômicas que afetaram o modo de vida Warao, epidemias, e a recente mobilidade para o Brasil – que vem reorganizando as maneiras de se articular à atenção biomédica e aos saberes médicos Warao. As histórias contadas demonstram também como aquilo que as vezes é interpretado como recusa pela hospitalização ou pelo tratamento biomédico corresponde na verdade a outro processo de saúde/doença/atenção onde as práticas xamânicas ocupam lugar de importância (ACNUR, 2021), e ocultam profundo desconforto com práticas de atenção biomédicas, como *meter mano*, tomar a criança, fazer cesárea, e “prender” no hospital.

O terceiro e último capítulo apresentou o processo de gestação, parto e pós-parto de Laurena que associado a novas formas de autoatenção, justapondo os saberes tradicionais em saúde Warao, o aconselhamento por uma doula - sua vizinha, à atenção do modelo biomédico. Neste sentido, destacamos a importância dos acompanhantes de consultas e exames que conheciam os Warao e seu contexto sócio-histórico, buscando facilitar a compreensão e reduzir as barreiras entre paciente e profissional da saúde ao longo desses momentos. À luz do conceito de pré-natal, procuramos demonstrar como tal conjunto de práticas se configura num instrumento da governamentalidade (FOUCAULT, 2008).

Além do contato com o MMH, houve dificuldades de ordem econômica e social que também atravessaram a gravidez. Uma delas foi a insegurança financeira, proporcionada pela dificuldade de ir às ruas fazer ebukitane estando gestante, e o fim do Auxílio Emergencial. Já as últimas semanas de gestação e o momento do parto de Laurena foram de maior relação com seu hospital de referência e o desenvolvimento de problemáticas relacionadas à ordem dos documentos e da burocracia, posicionando os

refugiados em “fraturas” dos equipamentos públicos, radicando-os na invisibilidade (JARDIM, 2017).

O acompanhamento do pré-natal de Laurena revelou também a presença intrínseca de racismo e xenofobia no MMH, materializados através de estigmas (GOFFMAN, 2004) que tornam por desumanizar e discriminar estas mulheres, sobretudo ao se encontrarem em situação de vulnerabilidade. Dentro de tais processos de estigmatização encontramos também a avaliação moral das diferenças (FASSIN, 2014 apud ROSA, 2021), que insiste em normatizar o que é aceitável ou não os Warao fazerem. Um exemplo disso foi a ida de Laurena para Cuiabá para encontrar a mãe, situação que pode ser vista como uma prática de autoatenção levada ao longo da gestação (AMODIO; RIVAS; DOX, 2006), mas foi percebida como negligência por parte do CRAS e da Assistente Social.

Após o nascimento do filho, ela se deparou com novas problemáticas a lidar em relação a assimetria e os jogos de poder da UBS, que ameaçou chamar o Conselho Tutelar caso ela se recusasse a realizar um procedimento invasivo no bebê. Dentro desse panorama, é notável como o artifício de sequestrar as crianças é uma prática comum entre as instituições estatais para contornar o problema e “obrigar os Warao a aceitarem as normas sociais e culturais” (MARÉCHAL; VELHO; RODRIGUES, 2021) promovidas por esses equipamentos de governamentalidade.

Ao final, relatamos a reunião das unidades domésticas em um grupo de residência que resgata Laurena das chances de viver na rua, momento que estreita os laços de parentesco entre as unidades através do batismo dos bebês nascidos no último ano. Aqui novamente se torna visível que “o problema Warao” é evitado pelo poder público e acaba recaindo sobre os próprios Warao, que em geral não possuem os meios para dar conta de tais demandas. É importante destacar então a incongruência existente no equipamento de saúde pública em Porto Alegre, assim como nos demais atores sociais da rede de amparo e assistência social, que insistem em categorizá-los apenas como migrantes, negando o fato de que são também indígenas

Se essa análise teve como objetivo avaliar a interface nas relações entre as gestantes Warao e os profissionais da saúde pública em Porto Alegre, podemos reconhecer, tal como Wilbert e Ayala Lafée-Wilbert (2007, p. 396) “um desafio tanto multidisciplinar com interinstitucional, onde a falta de um canal de comunicação aberta entre as organizações governamentais e não-governamentais tem produzido ante o Warao uma evidente desarticulação das ações executadas”. No mesmo sentido também aponta Langdon (2014, p. 1024) ao destacar que é necessário remover o estado estático da

doença – e, nesse caso, da gestação, passando a entendê-los enquanto processos de interação que requerem interpretação e ação no meio cultural.

Porém, é sabido que o descuido e o despreparo relatado ao longo deste trabalho estão enraizados no desinteresse das instituições estatais “em criar políticas e práticas de acolhimento diferenciadas, adaptadas ao contexto sócio-histórico dessa população” (MARÉCHAL; VELHO; RODRIGUES, 2021, p. 180). Disso se desdobram ações em saúde que infringem as formas de autoatenção Warao, e desconsideram a construção de um diálogo intercultural, fazendo por vezes com que os Warao se sintam ameaçados em vez de acolhidos.

## BIBLIOGRAFIA

ACNUR. *Os Warao no Brasil: Contribuições da antropologia para a proteção de indígenas refugiados e migrantes*, 2021. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/04/WEB-Os-Warao-no-Brasil.pdf>. Acesso em 21 set. 2022.

AMODIO, Emanuele; RIVAS, Yelitza; DOX, Clever. *Las pautas de crianza del pueblo Warao de Venezuela. Pautas de crianza entre los pueblos indígenas de Venezuela*. Caracas: Asha Ediciones, 2006.

ALLARD, Olivier. *Morality and emotion in the dynamics of an amerindian society (Warao, Orinoco Delta, Venezuela)*. Tese (Doutorado em Filosofia) – Departamento de Antropologia Social, Universidade de Cambridge: Cambridge, 2010, 210p.

AYALA LAFÉE-WILBERT, Cecilia; WILBERT, Werner. *La mujer Warao: de recolectora deltana a recolectora urbana*. Caracas: Instituto Caribe de Antropología y Sociología, 2008.

BAPTISTA DA SILVA, Sergio; GIUMBELLI, Emerson; QUINTERO, Pablo. O xamanismo e suas múltiplas manifestações e abordagens. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 24, n. 51, p. 7-15, 2018.

BELAUNDE, Luisa Elvira. *El recuerdo de la luna: genero, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos*. Cusco: Ceques Ediciones, 2019.

BRASIL, Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 (*Lei Arouca*). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm)> Acesso em 19 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 254, de 31 de janeiro de 2002 (*Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual técnico de pré-natal e puerpério – atenção qualificada e humanizada*. Brasília, DF; 2006. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)>. Acesso em 19 ago 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes*. Série Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF; 2011.

BRIGGS, Charles. *Poéticas de vida en espacios de muerte: género, poder y Estado en la cotidianidad Warao*. Quito: Abya-Yala, 2008.

BRIGGS, Charles; MANTINI-BRIGGS, Clara. *Las historias en los tempos del cólera*. Caracas: Nueva Sociedad, 2004.



CIELLO, Cariny; CARVALHO, Cátia; KONDO, Cristiane; DELAGE, Deborah; NIY, Denise; WERNER, Lara; SANTOS, Sylvana Karla. *Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor"*. Parto do Princípio Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, [s.l.], 2012. Disponível em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367>. Acesso em 20 set. 2022.

DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. *A Cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de autoatenção e o processo de medicalização entre os índios Munduruku*. Brasília: Paralelo 15, 2015.

FASSIN, Didier. Heart of Humaneness: the moral economy of humanitarian intervention. In: *Contemporary States of Emergency: the politics of military and humanitarian intervention*. Zone Books: New York, p. 184-201, 2010.

FASSIN, Didier. *Humanitarian reason: a moral history of the present*. Berkeley: University of California Press, 2012.

FEDERICI, Silvia. *Calibã e a bruxa. Mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FONSECA, Claudia. *Família, fofoca e honra: etnografia das relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: UFRGS, 2000.

FOUCAULT, Michael. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GARCÍA CASTRO, Álvaro. Migración de indígenas Warao para formar barrios marginales en la periferia de ciudades de Guayana, Venezuela. In: REPRESA PERÉZ, F. (Orgs.) *De Quito a Burgos: migraciones y ciudadanía*. Burgos: Gran Vía, p. 43-48, 2006.

GARCÍA-CASTRO, Álvaro; HEINEN, Dieter. Planificando el desastre ecológico: impacto del cierre del caño Manamo para las comunidades indígenas y criollas del Delta Occidental (Delta del Orinoco, Venezuela). *Antropológica*, n. 91, Caracas, p. 31-56, 1999.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. São Paulo: LTC, 2004.

JARDIM, Denise. *Imigrantes ou refugiados? Tecnologias de controle e as fronteiras*. Jundiaí: Paco Editorial, 2017.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.

LEAL, Ondina Fachel; VELHO, Augusto Leal de Britto; RODRIGUES, Milena Weber. Fotoetnografando: modalidades de narrativas imagéticas. *Cadernos Cajuína*, v. 7, n. 1, p. 26-57, 2022.

LONGONI, Pietro Bueno. *A invenção do nomadismo Warao e seus impactos par aalém das discussões antropológicas*. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Sociais (IFCH-UFRGS). Porto Alegre, UFRGS, 2022, 82p.

MARÉCHAL, Clémentine; VELHO, Augusto Leal de Britto; RODRIGUES, Milena Weber. Entre o abandono e a tutela: Os Warao e a rede de Assistência Social em Porto Alegre. *Espaço Ameríndio*, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 179-211, 2021.

MARÉCHAL, Clémentine; VELHO, Augusto Leal de Britto; RODRIGUES, Milena Weber; BUENO, Pietro. Transformações sociais e (re)territorialização Warao no Brasil: a trajetória de uma família frente à pandemia de covid-19. *Espaço Ameríndio*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 46-87, 2020.

MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “eu”. In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, p.367-397, 2003.

MAUSS, Marcel. As Técnicas do Corpo. In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, p. 399-422, 2003.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: caracteres estructurales. In: CAMPOS, R. (Org.). *La antropología médica en México*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1992, p. 97-114.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, p. 185-207, 2003.

MENÉNDEZ, Eduardo. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2009.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos, experiencias y otras desventuras. In: HARO E., J.A. (Ed.). *Epidemiología sociocultural: un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. “Colección Salud colectiva”. Buenos Aires: Lugar Editorial; Hermosillo: Colegio de Sonora, 2011, p. 33-66.

MENÉNDEZ, Eduardo. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Serie Salud Coletiva. Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa.

MOUTINHO, Pedro. *Parecer técnico n. 10/2017 – SP/MANAUS/SEAP*. Ministério Público Federal (MPF), 2017.

PIÑANGO, Gabriel Brito. Centro de salud Dr. Tulio López Ramírez en Barrancas está abandonado. *Periodico del Delta*, 2022. Disponível em: <<https://www.periodicodeldelta.com/2022/05/03/centro-de-salud-dr-tulio-lopez-ramirez-en-barrancas-esta-abandonado/>>. Acesso em: 19 ago. 2022.

QUINTERO, Pablo. El Salvaje Anticapitalista y sus Modos de (re)producción. In: CONCHA ELIZALDE, Paz e FIGUEIRA, Patricia (orgs.). *Las máscaras del capitalismo colonial/moderno en el polo marginal*. Buenos Aires: Duke University / Del Signo, 2021, p.239-281.

QUINTERO, Pablo. Peuples autochtones et politiques indigénistes au Venezuela (1999-2018). IN: GARZÓN, Olga; SALLERIN, Mathilde; URIBE CARRENO, Enrique (orgs.) Venezuela: la révolution bolivarienne 20 ans après. Paris: L'Harmattan, 2020, p. 159-167.

RIBEIRO, Darcy. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

ROSA, Marlise. *A mobilidade Warao no Brasil e os modos de gestão de uma população em trânsito: reflexões a partir das experiências de Manaus-AM e de Belém-PA*. Rio de Janeiro: UFRGS / E-papers, 2021.

ROSA, Marlise; QUINTERO, Pablo. *Entre a Venezuela e o Brasil: Reflexões sobre as migrações Warao*. 32º Reunião Brasileira de Antropologia. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, 2020, p. 1-13.

SANTOS, Elis Ribeiro dos e QUINTERO, Pablo. *Dinâmicas de reprodução social das mulheres Warao em Manaus/AM*. Espaço Ameríndio, 15 (3), Porto Alegre, 2021, p. 212-228.

SAYAD, Abdelmalek. *Imigração ou os paradoxos da alteridade*. São Paulo: Edusp, 1998.

SAYAD, Abdelmalek. *Uma pobreza 'exótica': a imigração argelina na França*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 6, n. 17, 1991.

SEEGER, Anthony; DA MATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. Rio de Janeiro: *Boletim do Museu Nacional, Série Antropologia*, n. 32, p. 2-19. 1979.

VELHO, Augusto Leal de Britto. *Ebukitane Warao em Porto Alegre: análise de uma reprodução social marginal*. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Sociais (IFCH-UFRGS). Porto Alegre, UFRGS, 2022, 83p.

VESOLOSQZKI, MARCOS. *Eh jág no mré vã sãsã ky eg ty êg kafy ty há kej mú: A efetivação do direito à atenção diferenciada na saúde dos povos indígenas no espaço urbano*. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Jurídicas e Sociais (Faculdade de Direito UFRGS). Porto Alegre, UFRGS, 2021, 71p.

WILBERT, Werner; AYALA LAFÉE-WILBERT, Cecília. Los Warao. In: *Salud Indígena en Venezuela Volumen II*. Caracas, p. 331-397, 2007.