

Fecha de recepción: 18-abril-2022

Fecha de aceptación: 11-julio-2022

SABERES EN PRÁCTICA EN EL CUIDADO A LA SALUD EN EL CONTEXTO MIGRATORIO DE LOS WARAO EN UNA CIUDAD DEL NORTE DE BRASIL

Karla Pamela Reveles-Martínez^{1*} y Dídac Santos-Fita²

¹Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA). Universidade Federal do Pará (UFPA). Rua Augusto Corrêa 01 - Campus Universitário do Guamá, 66075-110, Belém/PA, Brasil.

²Instituto Amazônico de Agriculturas Familiares (INEAF). Universidade Federal do Pará (UFPA). Rua Augusto Corrêa 01 - Campus Universitário do Guamá, 66075-110, Belém/PA, Brasil.

*Correo: pame.revelesm@gmail.com

RESUMEN

Estudios sobre etnoepidemiología y fitoterapia del pueblo Warao y un enfoque antropológico de la salud encaminaron el modo de interpretar las observaciones encontradas en la atención a la salud de familias warao ubicadas en Belém (estado de Pará, Brasil), durante su trayecto como migrantes. La obtención de datos se llevó a cabo mediante dos medios: 1) observación participante en actividades de asistencia médica y social; y 2) aproximación a las experiencias narradas sobre la trayectoria terapéutica en contexto migratorio de personas que prefieren vivir fuera de los refugios. Este trabajo muestra que pese a las dificultades del proceso migratorio internacional las familias buscan de manera autónoma el cuidado a su salud a través de la aceptación de técnicas de asistencia médica pero también al rechazo de ellas, debido a que la sangre es un elemento significativo en las prácticas terapéuticas de este pueblo; así como de los recursos medicinales que conocen y tienen a disposición, esto es: 14 especies de plantas, manteca de pescado, orina humana, alcohol de caña, medicamentos farmacéuticos, y tratamiento con chamanes warao y ensalmistas. Se identifica que estas prácticas de cuidado contrastan las situaciones que conforman la subutilización de los servicios de salud del municipio, por lo que se contribuye a la discusión en torno a los servicios de salud de la población indígena en contexto urbano y migratorio.

PALABRAS CLAVE: Migración indígena, pueblo amazónico, salud indígena, subutilización de servicios de salud, trayectorias terapéuticas.

KNOWLEDGE IN PRACTICE ABOUT HEALTH CARE IN THE MIGRATION CONTEXT OF THE WARAO IN A CITY IN NORTHERN BRAZIL

ABSTRACT

Studies on ethnoepidemiology and phytotherapy of the Warao people and an anthropological of health approach guided the way of interpreting the observations found in the health care of Warao families located in Belém (state of Pará, Brazil), during their journey as migrants.

Data collection was carried out through two means: 1) participant observation in medical and social assistance activities; 2) approach to the experiences narrated about the therapeutic trajectory in the migratory context of people who prefer to live outside the shelters. This work shows that despite the difficulties of the international migratory process, families autonomously seek care for their health through the acceptance of medical assistance techniques but also the rejection of them, because blood is a significant element in the therapeutic practices of this people; as well as the medicinal resources that they know and have available, that is: 14 species of plants, fish fat, human urine, white rum, or cachaça, pharmaceutical drugs, and treatment with Warao shamans and ensalmists. It is identified that these care practices contrast the situations that make up the under use of the municipality's health services, thus contributing to the discussion about the health services of the indigenous population in an urban and migratory context.

KEYWORDS: Amazonian people, indigenous health, indigenous migration, therapeutic trajectories, under use of health services.

INTRODUCCIÓN

La sangre es uno de los elementos corporales que en la cosmovisión de diferentes pueblos amerindios de la Amazonia influye en los sistemas de pensamiento, materialidad y una extensa variedad de prácticas (Belaunde, 2008). Werner Wilbert y Cecilia Ayala Lafée-Wilbert (2007, 2009, 2011) en sus investigaciones muestran la manera en que el significado de la sangre influye en la alimentación, la etiología y las prácticas terapéuticas del pueblo Warao. Desde su enfoque etnoepidemiológico y en la fitoterapia los autores traen discusiones en torno a los servicios de salud y los cambios socioculturales que este pueblo continúa enfrentado.

El territorio originario de los Warao es en el delta del río Orinoco, al extremo nororiental de Venezuela, una de las zonas húmedas más importantes de América del Sur por su biodiversidad (Miloslavich *et al.*, 2011). Este lugar forma parte de la innegable herencia ancestral de este grupo indígena, pues son habitantes de las islas y caños del delta y sus zonas aledañas en donde arribaron entre los años 7,000 - 6,000 AP desde las zonas litorales del territorio circuncaribe (Nava, 2014). El delta del río Orinoco abarca los estados Delta Amacuro y algunos kilómetros de los estados Monagas y Sucre, pero más del 80% de las comunidades warao se ubican en Delta Amacuro principalmente en el municipio Antonio Días, uno de los más pobres del país (Araujo-García *et al.*,

2020). El pueblo Warao es el segundo numéricamente más grande de las 52 etnias indígenas del territorio venezolano; en el último censo poblacional nacional, 48,771 personas declararon ser pertenecientes a este grupo, aunque también hay asentamientos en algunas áreas del territorio Esequibo, de Guyana y Surinam (Tillett, 2018).

Dependiendo de la altitud y la inundación del suelo en el delta, las personas se especializan en actividades de subsistencia en los manglares, el litoral, el bosque ribereño, los morichales, sabanas húmedas y ríos. Cabe resaltar que los morichales, esto es, bosques de la palmera moriche (*Mauritia flexuosa*), es el lugar que consolida el universo warao, cuya base principal es el conocimiento profundo de este ecosistema; vinculado a su alimentación, medicina y espiritualidad (Heinen *et al.*, 1996). La estructura social tradicional, aquella encontrada en comunidades warao en la década de 1950, era igualitaria, matrilocal y matrifocal. Formaban aldeas de hasta tres familias consanguíneas o aglomeraciones con más de cuatro unidades domésticas de parentesco ficticio, estas organizaciones eran sociopolíticamente autónomas (Wilbert y Lafée-Wilbert, 2007). Este pueblo habla el idioma warao, el cual es considerado lingüísticamente independiente y distinguido por la abundante y variada literatura oral y musical (Mosonyi, 2008). Los Warao han tenido diversos episodios de migraciones forzadas, principalmente a partir del siglo XX. Un siglo

fue suficiente para impulsar cambios socioeconómicos, culturales e impactos ecológicos en el delta del río Orinoco, producidos por la intervención de los poblados misionales y la industria. De 1930 a 1950 se instauró la producción agrícola comercial, maderera, petrolera, pesquera, ganadera y la extracción de palmito. El impacto ecológico provocado por el cierre del caño Manamo en 1965, el quiebre de algunas industrias instauradas en la región que los había empujado como mano de obra, la búsqueda de asistencia médica y la contaminación fluvial y la deforestación ocasionaron el desplazamiento hacia los centros poblados más cercanos (Wilbert y Lafée-Wilbert, 2009; Reveles-Martínez, 2021). A partir de estos cambios y debido a una epidemia de cólera desatada entre 1992 y 1993, centenares de familias se desplazaron hacia la capital de Delta Amacuro y otras localidades pobladas del mismo estado, y hacia otras ciudades de los estados Monagas y Bolívar (Heinen y García-Castro, 2002; Vitti, 2015; Mantini-Briggs, 2018). Más adelante continuaron las migraciones internas hacia otras ciudades del país, y algunos grupos iniciaron desplazamientos ocasionales o “correrías” en estas ciudades con la finalidad de pedir dinero en las calles (Wilbert y Lafée-Wilbert, 2007).

La emergencia sanitaria es alarmante desde décadas atrás ya que, pese a los esfuerzos, el sistema sanitario del estado Delta Amacuro todavía es ineficiente con respecto a la implementación de los programas de prevención, promoción y atención a la salud de la gran cantidad de comunidades que están distribuidas en ese territorio que es extenso y de difícil acceso. Además, también se ha cuestionado que el sistema de salud no considera la cultura, el idioma y la medicina tradicional warao (Araujo-García *et al.*, 2020). En este sentido, se ha resaltado que el tratamiento a través de los chamanes y la fitoterapia continúa siendo la manera tradicional de cura en muchas comunidades, debido a que las personas tienen que viajar horas y hasta días para llegar a los centros de salud en donde los médicos están centralizados (Wilbert y Lafée-Wilbert, 2007).

Dicho esto, se torna relevante conocer más acerca del sistema de salud warao y posteriormente entender cómo

estos saberes interactúan en contextos diversos como lo es en un contexto migratorio. Para los Warao la fuerza física, la resistencia y la capacidad reproductiva dependen de la calidad y cantidad de la sangre del individuo, la cual debe cuidarse con la alimentación adecuada, sin embargo, para que la persona se mantenga saludable/**bajuka** también depende de su estado psicológico. Esta condición se manifiesta a través de cuatro almas situadas en diferentes partes del cuerpo: **Obojona** (cabeza) representa la personalidad en cuanto a la conciencia del individuo y la fuerza de voluntad; **Kobe** (corazón y región torácica), se le atribuye la intuición y las emociones de miedo, tristeza, pena, angustia y deseos; **Obonobu** (abdomen), permite la ponderación, reflexión y los sentimientos de amor y deseo; y **Mejokoli** (tórax próximo a *kobe*) es la sombra que refleja la disposición del cuerpo y el estado psicológico del individuo. Si bien los niños pequeños y las personas ancianas son más susceptibles, quienes están en constante riesgo de enfermar son las personas cuya sangre y alguna o algunas de sus almas se encuentran en condiciones de debilidad (Wilbert, 2011). Se ha descrito que la esencia de los patógenos, según la medicina warao, proviene de un olor fétido que se aproxima a restos orgánicos en descomposición (cadáveres de animales, aguas estancadas, evacuaciones, vómitos, metano etc.), de modo que una persona puede infectarse si entra en contacto directo con estos. Posteriormente, el olor fétido se aloja en las regiones donde residen las almas produciendo síntomas o enfermedades naturales relativas a éstas (Wilbert, 1996; Wilbert y Lafée-Wilbert, 2007).

El tratamiento para curar las enfermedades naturales lo llevan a cabo las fitoterapeutas/**dau yakorota aro-tu**, quienes se disponen a recomponer el alma o las almas debilitadas, recuperan la vitalidad sanguínea, los trastornos en el sistema reproductor femenino y el desgaste producido por esfuerzos excesivos o una prolongada exposición a la lluvia, sol, calor, frío etc. (Nava, 2012). Ellas preparan y administran medicamentos fitoterapéuticos para curar cerca de 61 enfermedades; se basan en el uso de aproximadamente 100 especies botánicas para preparar alrededor de 260 remedios, que pueden ser brebajes, ungüentos, cataplasmas,

entre otros (Wilbert, 1996; Wilbert y Lafée-Wilbert, 2007). Aunque dichas enfermedades son tratadas por estas mujeres, el diagnóstico inicial de un paciente es determinado por alguno de los tres chamanes warao (**Wisiratu**, **Joarotu** y **Bajanarotu**); cada uno con su especialidad determina, por medio de sus espíritus tutelares, si los síntomas del paciente tienen origen místico, si provienen de un olor fétido o si es una mezcla de ambas. Cuando la respuesta es negativa para el origen místico, los pacientes son enviados con las fitoterapeutas o incluso se les recomienda ir a los centros de salud de la ciudad cuando los síntomas se asocian a un origen exótico cuyo tratamiento debe buscarse con los “criollos” o **joatao**, “gente de tierra alta”, como son llamados todos los que no hablan warao (Wilbert y Lafée-Wilbert, 2007, 2011).

Las enfermedades de origen místico son causadas por espíritus del bosque, por espíritus **jebu**, por objetos **bajana** y por conjuros **joa**. El **Wisiratu**, “dueño del dolor”, cura los dolores físicos provocados por **jebu**, relacionado con enfermedades introducidas al delta; es el especialista ritual, y antes de la introducción de servidores públicos en el delta en la década de 1970, era respetado por ser el fundador de una comunidad, cuyo poder político intervenía en la organización social y la impartición de justicia en la misma (Wilbert y Lafée-Wilbert, 2007). Por otro lado, existe el “daño warao”, acción destinada para provocar la muerte de las personas, el cual es enviado por brujos warao, a veces a petición de personas que están en conflicto (Nava, 2014). El “daño **bajana**” es el maleficio provocado por el especialista **Bajanarotu**, “brujo de fuego”, a través del conjuro y manipulación de objetos pequeños que hacen que las personas mueran repentinamente o sufran dolor. Ya otro tipo de daño se asocia con enfermedades o síntomas de pérdida de sangre, este maleficio mortal provocado por conjuros **joa** es tratado por el especialista **Joarotu**, “dueño de la **joa**” (Wilbert, 1996). Aunque se considera que el **Bajanarotu** es más peligroso que el **Joarotu**, los dos llegan a ser considerados médicos por su capacidad para curar enfermedades causada por **bajana** o por **joa**, respectivamente (Nava, 2014).

Este conocimiento que ha permitido a este pueblo la reproducción de la vida en el delta del Orinoco continúa siendo desvalorizado por los criollos y progresivamente los mismos warao lo han ido excluyendo, debido a todos los cambios en las últimas décadas (Wilbert y Lafée-Wilbert, 2009). El pueblo Warao continúa cambiando drásticamente porque es uno de los pueblos indígenas de la amazonia venezolana con una historia migratoria motivada por el cúmulo de violaciones a sus derechos y sus territorialidades. Hoy en día cientos de familias están en Trinidad y Tobago, Guyana y, con un flujo más pronunciado, en Brasil. No obstante, esta migración internacional se agravó debido a la última crisis humanitaria y a las intervenciones en territorios indígenas de la Región Guayana debido al proyecto Arco Minero del Orinoco (Reveles-Martínez, 2021).

Cabe destacar que la búsqueda por atención a la salud se torna compleja cuando se trata de procesos migratorios. Es una discusión presente considerando que las migraciones latinoamericanas se caracterizan por la grave violación de derechos humanos hacia la población que se desplaza (Matielo *et al.*, 2018). En el desplazamiento la atención a la salud que las personas reciben es ineficiente, especialmente cuando se trata de migración forzada (Wickramage *et al.*, 2018). Una manera de conocer tales condiciones es indagando en el sistema de atención a la salud en los lugares por donde las personas transitan. Menéndez (2003), argumenta que la cultura, la mayoría de los actores significativos y los diferentes tipos de relaciones que operan en el proceso de prácticas sociales, articulan el modelo relativo de atención a la salud en un contexto social específico. De este modo, una manera de aproximarse es conociendo cuáles son las acciones que los sujetos de una sociedad realizan con la intención de prevenir, dar tratamiento, aliviar o curar un padecimiento determinado, así como aquellas en torno a la manutención o búsqueda de estados de bienestar (Menéndez, 2003). En ese sentido, en este artículo se da énfasis en las prácticas de cuidado tomando en cuenta la atención a la salud en el municipio de Belém (Pará, Brasil) y el uso de recursos medicinales elegidos por las familias warao. Finalmente se discutirá la relación de estas prácticas

con respecto a la subutilización de los servicios de salud disponibles en la prefectura municipal de Belém.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en el municipio de Belém y su región metropolitana, en el estado de Pará en la región norte de Brasil. Belém es la capital del estado, y junto con Ananindeua y cinco municipios más conforman la Región Metropolitana de Belém (RMB). Esta región está situada a los márgenes de la bahía del Guajará y el río Guamá, distante 120 km del océano Atlántico. Según la clasificación climática de Köppen, esta región es tropical húmeda (Af) correspondiente a la selva ecuatorial (Moreira *et al.*, 2019); la precipitación media anual es de 3,001 mm de lluvia con una variación de 300 a 450 mm durante los meses del período de lluvia (diciembre a mayo) y los meses menos lluviosos (junio a noviembre). La temperatura media anual es de 26 °C y la humedad relativa media es del 85% (Santos, 2017). Contaba aproximadamente con 2,275,032 habitantes en el último censo (IBGE, 2010).

En esta investigación, de corte cualitativo, hubo dos caminos en la obtención de datos (Figura 1). El primero forma parte de la inmersión inicial (Hernández *et al.*, 2014), que consistió en observación participante (Restrepo, 2018) a través de visitas eventuales a los refugios destinados a la población warao en torno a los barrios centrales de Belém (punto D2) (mayo 2019 - agosto 2020), mientras se asistía en actividades médicas y sociales en la traducción del español al portugués y viceversa. Durante julio del mismo año, se participó en las actividades del Consultório na Rua (CnaR / “Consultorio en la calle”) de la Secretaría Municipal de Salud, en sus actividades en la enfermería del refugio/abrigo Tapanã, lugar al que posteriormente fueron trasladadas las personas de los diferentes refugios del municipio (punto D1) (ver Figura 1). Los diferentes aspectos observados en la enfermería y las conversaciones con la enfermera y su reparo acerca del rechazo de los warao a técnicas de atención médica en otros refugios condujeron las temáticas que posteriormente se indagaron con mayor detalle junto con familias que viven fuera de los refugios.

El segundo camino fue conocer las experiencias narradas sobre la trayectoria terapéutica en el contexto migratorio de personas que prefieren vivir fuera de los refugios. Esther Langdon desarrolla la noción de itinerario terapéutico en perspectiva sociocultural, la cual guía en la comprensión de la expresión de actitudes, rechazos, búsquedas y negociaciones en torno a las prácticas terapéuticas escogidas como tratamiento de enfermedades. Éstas pueden ser rituales chamánicos nativos o no nativos, hierbas, cantos, medicamentos farmacéuticos, entre otros, y tienen relación directa con la cosmovisión y los sistemas de salud de los grupos indígenas (Langdon, 2014). Esta noción es una herramienta adecuada para indagar en las prácticas de salud de la población warao en Brasil, sin embargo, en esta investigación también se trabajó con el aporte de Paula Louro Morgado, pues la autora, con base en un enfoque crítico e interpretativo de la antropología médica y la salud pública, estudia las trayectorias terapéuticas de mujeres migrantes y reconstruye el contexto conflictivo en torno a las causas y factores de la subutilización de los servicios de salud de las personas en tránsito (Morgado, 2018). De este modo, el trabajo de la autora brindó elementos con los cuales fue posible abordar las condiciones de la atención a la salud: pluralismo médico, religión, brujería, apego al cuidado tradicional, obstáculos lingüísticos, excesiva burocracia, distancia, transporte, poder adquisitivo y acuerdos familiares. En esta continuidad, se consideran las dos perspectivas para abordar las trayectorias terapéuticas de familias warao que viven de manera independiente, por medio de las narrativas y las experiencias vividas que se externalizan en ellas (Quintero, 2010; Mancillas-López, 2016).

La manera de aproximarse a estas narrativas fue mediante entrevistas semiestructuradas a ocho familias durante el periodo de agosto del 2020 a mayo del 2021. A través de la dinámica de desplazamiento de las familias en el municipio se entrevistaron a las familias localizadas en los puntos D2-D6 (ver Figura 1). Para realizar las conversaciones se utilizó una guía de entrevista semiestructurada de 36 preguntas dividida en cuatro secciones, a su vez cada sección dividida con temáticas más específicas: 1) vivienda, alimentación y servicios; 2) trabajo y familia;

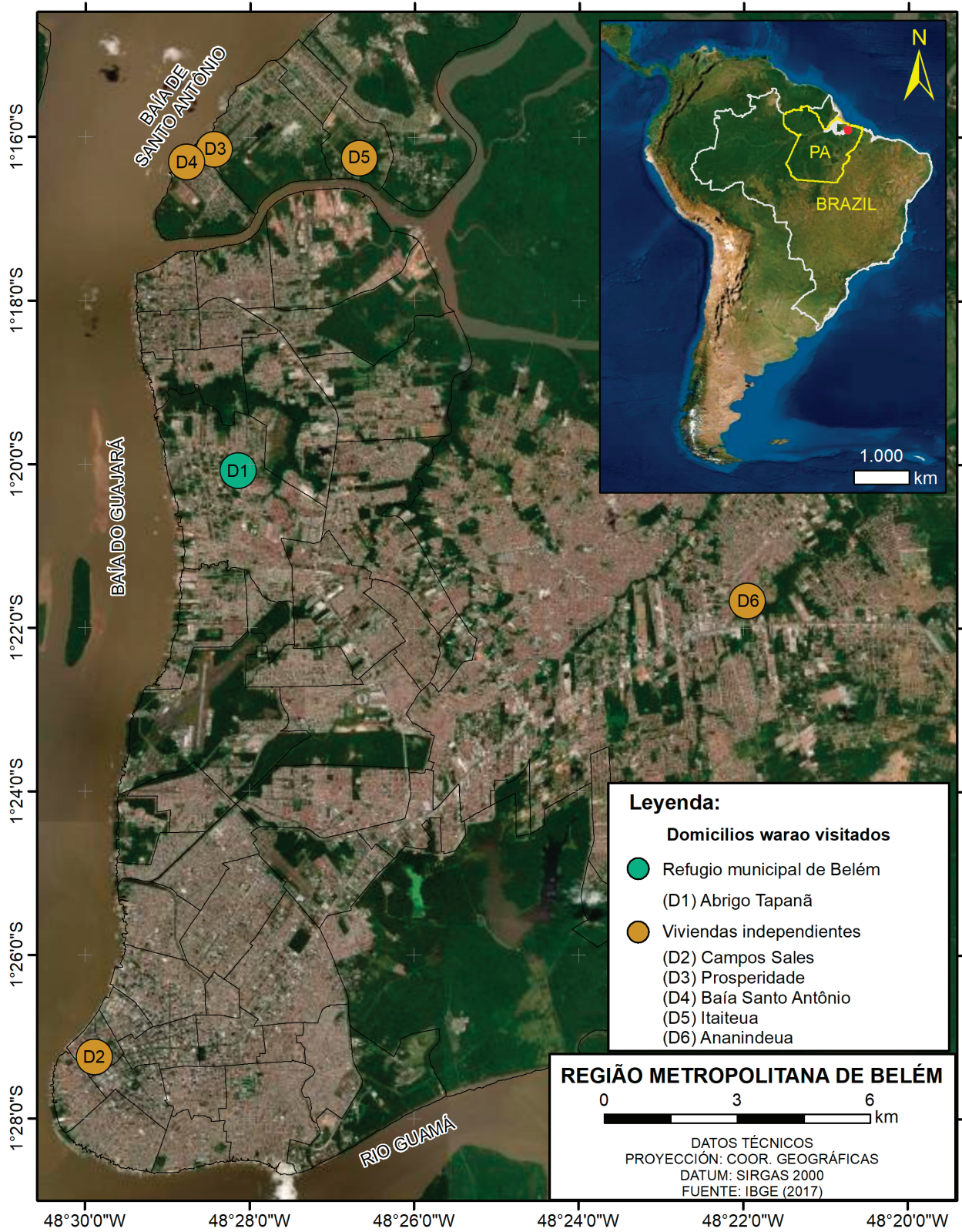


Figura 1. Mapa del área de estudio en la Región Metropolitana de Belém con la localización de los seis puntos: Abrigo Tapanã, Campos Sales, Prosperidade, Bahia do Santo Antônio, Itaiteua y Ananindeua.

3) tratamientos y cuidados; y 4) mujer warao. Las entrevistas se dirigieron a unidades familiares (esposa y esposo), estas unidades son divididas por los propios warao para recibir asistencia social, registro poblacional y porque cada familia se considera independiente. En la unidad familiar los hombres son quienes hablan en público. En ese sentido, la aproximación con las familias inicialmente ocurrió con ellos, pero poco a poco las mujeres se interesaron más y su participación comenzó a tener más presencia. Las familias entrevistadas eran bilingües warao-español y respondieron principalmente en español, con excepción de una familia que únicamente hablaba warao y la entrevista con ella ocurrió con la presencia del cacique del grupo como intérprete. Los caciques eran los jefes **aidamo** o abuelos sabios en las comunidades warao, pero su papel en las últimas décadas ha sido ser mediadores con el gobierno; en Brasil este cargo continúa y son elegidos por los colectivos (dentro y fuera del refugio) para ser mediadores con servidores públicos y ONGs. En su mayoría son hombres que hablan español y se entienden medianamente con el portugués hablado. Las familias entrevistadas decidieron participar después de que se les comunicó a ellas y al cacique de cada grupo los objetivos de la investigación. El orden de las entrevistas surgió conforme se iba conociendo los lugares transitados por familias en Belém.

Se organizó una base de datos con documentos analíticos acorde a cada temática y subtemas para el uso posterior de la información.

De los nombres citados por las familias, se corroboró el nombre científico mediante el nombre común en guías de campo y cartillas vinculadas a la fitoterapia warao (Werner Wilbert, 1996, 2001, 2011), peces del delta del río Orinoco (Lasso y Sánchez-Duarte, 2011), y alimentación y tratamientos warao (Croes *et al.*, 2004); además se confirmó la presencia de las especies mencionadas en el estado de Pará.

Con base en las recomendaciones del “Código de Ética do Antropólogo e da Antropóloga sobre os direitos das populações que são objeto de pesquisa” propuesto por la Asociación Brasileña de Antropología (ABA, 2012).

Previamente se informó a las personas entrevistadas mediante un término de consentimiento informado. Se trabajó con un diario de campo, grabadora de voz digital, cámara fotográfica y celular.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Fuerza sanguínea. Durante el mes que se estuvo en la enfermería del refugio Tapanã se presenció la atención de 13 familias warao. Tres de ellas vinieron de los caños del delta del río Orinoco y el resto indicó haber llegado de ciudades que han sido destinos de la migración interna en Venezuela desde 1960, en cuyos lugares se han formado barrios en pobreza extrema (Heinen *et al.*, 1996), estas son: Barrancas del Orinoco, Maturín, San Félix y Tucupita. Estas familias son diversas debido a los lugares de procedencia, sus miembros indican tener diferencias dialectales del idioma warao, diferencias en el dominio del idioma español, mientras que otras diferencias son la proximidad con la forma de vida de los criollos, el grado escolar y la religión.

La enfermería apoyaba al equipo de monitoras de salud del refugio, quienes hacían turnos de observación en los diferentes grupos de familias que eran separadas por secciones y juntas sumaban cerca de 380 personas. Cada familia tenía destinado un espacio pequeño, cuyo borde era una estructura de metal en la cual colocaban telas o plásticos a modo de cortinas de separación y privacidad; en promedio, cada familia tenía dos hamacas y un poco de espacio para guardar bolsas de ropa, utensilios de cocina y algunos tenían aparatos electrónicos.

La enfermería era el espacio en donde la gente podía hablar de sus dolencias e inconformidades. Las familias asocian la alimentación inadecuada e insuficiente con las frecuentes diarreas y dolor de estómago en los niños; éstos constantemente son llevados a la enfermería debido al dolor de dientes, sin embargo, así como los adultos, reciben servicio odontológico cuando hay campañas esporádicas que a veces no cubren la atención de todas las familias. Durante la estancia, las gripes fueron más comunes en bebés y niños pequeños y las infecciones respiratorias fueron registradas en niños más grandes.

En el caso de los adultos, los dolores de cabeza fueron más frecuentes, aunque muchos de ellos reconocieron que el dolor se debe al tiempo que pasan bajo el sol mientras piden dinero en las calles (Reveles-Martínez, 2022). Asimismo, los pacientes mencionan síntomas cuando se les pregunta si presentan alguna enfermedad. Cabe destacar que los warao no disponen de una categoría específica de enfermedad, es decir, cuando se les pregunta acerca de enfermedades ellos pueden referirse a síntomas, trastornos, manifestaciones clínicas y estados (Wilbert, 1996).

El monitoreo del refugio consta del seguimiento particular de “familias críticas”, en las cuales hay niños con desnutrición y neumonía. Además, también existe mayor cuidado en la medicación y vigilancia de las personas con hipertensión y diabetes, especialmente si estas personas son de edad avanzada, ya que las personas abandonan los tratamientos o no siguen dosificaciones con respecto a horarios. Cuando hay síntomas relacionados con (el reciente) COVID-19 y otros síntomas comunes las personas son dirigidas a la enfermería. Durante el periodo de observación y participación en la enfermería se observó la administración y el suministro de diferentes medicamentos, algunos de ellos con el uso pediátrico respectivo: a) Analgésico, antiinflamatorio y antitérmico: ibuprofeno, paracetamol y ketoprofeno; b) Tratamientos específicos: prednisolona, losartán, atenolol y risperidona; c) Antibiótico: amoxicilina y azitromicina; d) Antiemético y procinético: metoclopramida; e) Distensión abdominal: simeticona; f) Gastritis: omeprazol; g) Desparasitante: ivermectina; y h) Antigripal: jarabe fitoterápico de guaco (*Mikania glomerata*); en la fitoterapia warao también se utiliza el guaco blanco (*M. micrantha*) para combatir dolor de cabeza, tos y diarrea (Wilbert, 1996, 2001). Cabe aclarar que no todos los medicamentos son proporcionados por el CnaR, siendo que cuando obtienen una receta médica indican que a veces no los pueden comprar y si hay farmacias en donde pudieran conseguirlos con descuento no saben cómo llegar a ellas.

Otras observaciones puntuales son con respecto al seguimiento de tratamientos y a la aceptación o rechazo de las técnicas de atención médica. En un recorrido

dentro del refugio Tapanã había botellas de suero de rehidratación oral encima de algunas mesas, la enfermera explicó que mucha gente no acostumbra a beberlo y por lo tanto tampoco se lo dan a los niños. Además, una de las observaciones de la enfermera en algunos refugios es que había mamás que daban agua con azúcar a sus bebés en los biberones. Una práctica que, indica, se les sugirió evitar. En la enfermería constantemente se presentaban pacientes con heridas en las plantas de los pies, pues a veces se les observa descalzos en el refugio y también en las calles. En otra ocasión, se acercó un muchacho con una herida sangrante en el pie, y la enfermera únicamente quería lavar la herida con suero fisiológico, pero él quitó su pie con un movimiento rápido para evitarlo, al no querer curárselo con suero de ningún modo. Estas situaciones (actitudes) probablemente tengan relación directa con el significado de la sangre para los warao. Según Wilbert y Lafée-Wilbert (2007, 2011), la “sangre débil” es señal de enfermedad, por lo que no es extraño que algunas prácticas médicas, como la aplicación de inyecciones o la administración de suero fisiológico, sean evitadas ante el riesgo de la disolución de la sangre. Esto es así porque, aunque la fuerza de la sangre puede ser recuperada con buena alimentación, ésta no se renovarían y la persona quedaría expuesta a ser invadida por enfermedades. Esto es una posible explicación del porqué en Belém y en Brasil en general donde están presentes familias warao, ha habido casos de resistencia a la extracción de sangre o cualquier otro procedimiento donde haya la posibilidad de que su sangre sea afectada (Reveles-Martínez, 2022).

Fuera del refugio fue posible acercarnos al porqué del rechazo a la extracción de sangre y al suero oral. Evelio (43 años; morador en D2: Campos Sales), proveniente de Arawabisi, comprende que la medicina criolla intenta ayudarles, si bien, él mismo observó en los refugios que hay muchos warao que no aceptan todas las técnicas de la medicina criolla:

“[...] cuando yo estaba en Manaus, cuando a mí me tocaba ir con los pacientes [acompañarlos al hospital], un señor él nunca había llegado ahí. Él no entendía español ni nada, él no quería ni que le sacaran la sangre, él no

quería ni aunque fuera una jeringa que le sacaran. Si los médicos quieren saber qué es lo que tiene, obligatoriamente tiene que sacar sangre. Es mejor que él estuviera tranquilo porque los médicos no lo iban a dejar salir de ahí si no le sacaban sangre. Yo le tuve que decir en warao. En verdad él no quería.” (Evelio, 43 años)

Por otro lado, Celso (43 años; morador en D2: Campos Sales), proveniente de Nabasanuka, explica que algunos de los aspectos que les inconforma a los warao es que les quieran extraer dos tubos de sangre, porque la gente se maree y se asusta:

“Allá en Venezuela cuando los doctores sacan sangre a un niño ellos sacan una sola jeringa y ya, pero aquí no lo hace así, porque aquí saca una jeringa, y a la hora saca otra. Ahí es en donde ellos se molestan porque ellos ven que entre más sacan sangre se van debilitando más [...] aquí las jeringas son grandísimas y ellos agarran lleno. [...] Ahora con el coronavirus saca sangre, entonces saca sangre, saca sangre. El warao ve eso y se molesta.” (Celso, 43 años)

Ya Mariluz (29 años; moradora en D3: Prosperidade), proveniente de Tucupita, también ha presenciado este rechazo: *“a mucha gente no les gusta, dicen: se me va a acabar la sangre, me voy a enfermar y me voy a morir”*. En agosto del 2020, el CnaR participó en el estudio de la prevalencia de Covid-19 en la población warao en Belém, para ello debían extraer 5 ml de sangre por venopunción para exámenes ELISA, y de este modo detectar los anticuerpos IgG anti-SARS-Co V-2. A pesar de que lograron realizar las extracciones, también hubo personas que se rehusaron al procedimiento, aunque estaban informados acerca de la enfermedad y del riesgo de contagio.

Una situación parecida acontece con el suero oral. Conforme se relata, existe desconfianza de que la sangre se diluya con agua. En Venezuela, la muerte de pacientes warao por disolución de la sangre con agua fue una acusación frecuente de los familiares hacia los médicos o enfermeras. Esta misma desconfianza sucedió con respecto a la aplicación de vacunas en la década

de 1970 ya que los warao asociaban la muerte con las reacciones febriles de las mismas. Ahí tuvo que ocurrir la interlocución de los representantes del Ministerio de Salud venezolano para ayudar a evitar los temores a las vacunas (Wilbert y Lafée-Wilbert, 2007).

Con respecto al rechazo del suero oral, Celso comenta lo siguiente:

*“Ellos [los criollos] dicen que nos quiere poner suero, pero nosotros para beber, la persona tiene que estar débil o con diarrea, nosotros le damos limón, en la montaña le damos la fruta de temiche [**nakoro**], ese es medicamento, esa es agua, igualito que el agua de coco, es la medicina que nosotros confiamos.”* (Celso, 43 años)

Evelio opina que es importante confiar tanto en los medicamentos de hospital como en los caseros, por ejemplo, con respecto al uso del suero oral: *“lo que es suero oral obligatoriamente tiene que beber, aunque exista la medicina en la que nosotros confiamos [...] que nosotros hemos aprobado”*. Sin embargo, según comenta el mismo Evelio, no todos lo entienden y la gente preferiría **nakoro**, esto es, la fruta de la palma temiche (*Manicaria saccifera*), en lugar de beber suero.

Otro aspecto muy comentado por las enfermeras en el refugio Tapanã es que durante el trabajo que ellas realizan desde el 2017 en los primeros refugios, se encontraron con la situación de que algunas mujeres prefirieron tener sus partos dentro de los refugios y no en los hospitales, esto sin duda hace cuestionar cuáles son las preferencias certeras de estas mujeres y de qué manera se plantean opciones terapéuticas para ellas dentro de los refugios. Estas posibilidades no eran discutidas en el Tapanã, aunque se reconoce que todas las mujeres embarazadas fueron debidamente llevadas al hospital. Asimismo, si bien algunas mujeres mencionaron no haber utilizado nunca ningún método anticonceptivo, se mostraron interesadas en alguno de éstos cuando la enfermera lo mencionaba. Esto refuerza la importancia de atender los intereses de estas mujeres con respecto a la salud reproductiva y de la mujer migrante (Reveles-Martínez, 2022).

Familias que viven fuera del refugio también lo confirman. Mariluz comenta que en la casa de Prosperidade hubo dos mujeres que prefirieron parir dentro de sus casas, y además hace cuatro años cuando ella estaba en Boa Vista, Roraima, había mujeres que no querían ir al hospital y tenían sus partos en los refugios. Es decir, las mujeres desde que llegan a Brasil muestran tal preferencia. Julio (57 años; morador en D3: Prosperidade), proveniente de Barra de Cocuina, comenta que él ayudó a su esposa cuando nacieron todas sus hijas en Venezuela, y ahora una de ellas está embarazada y ahí mismo en casa podría parir: “*si ella pare normal [en posición vertical], ella va a parir aquí... la hermana sabe*”.

En el refugio Tapanã, independientemente del lugar de procedencia, algunas familias conocen la preparación de remedios medicinales caseros, pero no tenían oportunidad de hacerlo por la ausencia de las plantas que son comunes en el delta. Cabe mencionar que en el refugio, además del hacinamiento y la imposibilidad para el distanciamiento social, se presentan diversos conflictos debido al abuso del consumo de alcohol. Todas estas situaciones se agravan con la falta de inserción social y laboral, y las enfermedades crónicas o infecciosas que las personas padecen. Este aspecto se debe problematizar, pues los refugios para migrantes warao no son adecuados para acoger a una población altamente impactada por diversas enfermedades comunes como tuberculosis, parasitosis e infecciones respiratorias y en la piel; en contraste, se oculta la vulnerabilidad a la muerte por enfermedades tratables y curables en esos espacios en donde las condiciones de vida y la prestación de servicios es inadecuada (Nogueira, 2019).

Lo presentado hasta aquí son situaciones que motivan a conocer las preferencias terapéuticas que muchas veces son realizadas como prácticas de autocuidado (Menéndez, 2003). No obstante, en los refugios hay limitaciones conductuales y terapéuticas. De esta manera, tiene sentido conocer las prácticas terapéuticas que las personas realizan o han realizado de manera autónoma durante su transitoriedad fuera de los refugios.

Automedicación. La manera en que las familias warao atienden sus problemas de salud es relevante, pues ante la historia de desasistencia sanitaria en sus comunidades en Venezuela las personas no han dejado de recurrir al tratamiento realizado por chamanes y a la preparación de remedios caseros y la automedicación para atender las enfermedades.

Julio (57 años) comenta que de donde son originarios su familia y él, Barra de Cocuina, Pedernales, también es un lugar distante de los centros poblados por lo que las personas inicialmente tratan las enfermedades con los remedios de plantas y medicamentos de farmacia que tengan a mano en casa: “*le cambiamos el otro: con este, con este y con este hasta que se levante [...] ya cuando no tiene que le hemos dado todo hay que llevarlo al médico [...] mientras ya uno le está dando remedio: se amanece mejor, le sigue dando, ya no es preciso llevarlo al médico.*” (Julio, 57 años).

En el contexto de la migración vemos que las condiciones premigratorias, la fase de movimiento a otro país y la nueva fase de ser migrantes y refugiados en el país de llegada, conlleva una trayectoria en la cual las personas acumulan estados de agotamiento, hambre, enfermedades y padecimientos agravados, la expresión de nuevas enfermedades, así como diversos estados de malestar y fallecimiento. De este modo, la migración internacional warao ha implicado nuevas dificultades con respecto al acceso a las terapias necesarias cuando son requeridas. En Belém, las narrativas y observaciones nos dicen que la asistencia médica por parte del CnaR se complejiza para las poblaciones que viven fuera de los refugios: las atenciones ocurren a través de visitas domiciliarias periódicas, donde además del monitoreo de síntomas llegan a facilitar medicamentos o los encaminan a la red de atención primaria. Sin embargo, a diferencia de los refugios, ésta no es la primera opción de atención a la salud; únicamente cuando es una situación de gravedad, la familia le hará saber al cacique que hay una urgencia y si éste tiene el número de contacto intentará comunicarse con el CnaR. Sin embargo, la comunicación entre los caciques y el CnaR no siempre es continua ni fluida, por lo que piden de favor a algún representante de otras

ONGs que también rondan estos domicilios o a algún vecino para que llame a urgencias. Cuando el CnaR era acompañado por el médico del equipo, era éste quien prescribía recetas médicas, pero en general son los auxiliares en enfermería quienes realizan los monitoreos.

Según Mariluz, la única cacica que se conoció, aunque el municipio de Belém cuenta con Unidades Básicas de Salud la gente prácticamente no utilizan este servicio: “*Cuando pasa eso, hay familias que en verdad no quieren ir para allá porque no saben hablar [no hablan portugués y a veces tampoco español], no entienden, entonces les cuesta demasiado, prefieren quedarse aquí encerrados. Hasta que viene el Consultorio en la rua*”. Mariluz también considera que el uso de medicamentos farmacéuticos es común entre los warao, hay quienes como ella conocen de medicamentos debido a que creció con familiares enfermeros. Dentro de sus observaciones en las localidades de morada independiente, la diarrea, fiebre, gripe y tos son los padecimientos más comunes en los niños, y dolores corporales en adultos; cuando estos síntomas se presentan, quien tiene la posibilidad compra los medicamentos en una farmacia que vende sin receta, sin embargo, también recurren a los remedios caseros. Cabe notar que los recursos utilizados con respecto a padecimientos son formas de automedicación, la cual no implica únicamente el uso de fármacos (Menéndez, 2003). En palabras de la cacica:

“Las familias que están aquí ellos vienen del municipio Pedernales [...] cuando llegó aquí, entonces, ellos pues, utilizan el ajo cuando tiene vómito, cuando los niños tienen lombrices se lo dan sancochado, hay veces que se lo dan como pastillas, y algunas veces lo dan con agua. [...] Si es para la fiebre se sancocha el limón y se lo toma caliente; para la diarrea exprime el limón y toma dos cucharadas del jugo, para la lombriz también, con un poco de agua.” (Mariluz, 29 años)

Los entrevistados, al ser observadores del nuevo lugar que los rodea, indicaron que en general las plantas son diferentes a las de los caños del delta Orinoco, en Venezuela, sin embargo, principalmente las mujeres mencionaron que pudieron reconocer algunas desde

que llegaron a Brasil y también las han visto en Belém. La mayoría de estas plantas se relacionan con el alivio de la gripe, tos y diarrea, y dolor de cabeza (Tabla 1). Cabe señalar que ninguna familia entrevistada indicó utilizar hierbas secas que comúnmente son vendidas en los mercados como condimentos o para infusiones (p.ej. boldo, té verde, orégano, tomillo, lavanda, clavo, etc.), sin embargo, Guanire *et al.* (2010: 155-156) muestran que en el delta existe la noción de cuáles son las plantas medicinales introducidas y comúnmente cultivadas cerca de las viviendas warao. Por ejemplo: Albahaca (*Ocimum basilicum*), Café (*Coffea arabica*), Citronera (*Coriandrum sativum*), Guayaba (*Psidium guajaba*), Hierba del sapo (*Peperomia pellucida*), Malva (*Malva sylvestris*), Manzanilla (*Matricaria chamomilla*), Romero (*Rosmarinus officinalis*), Tabaco (*Nicotiana tabacum*), entre otras, esto significa que la farmacopea warao está integrada por plantas nativas e introducidas, aspecto relevante al momento en que las personas reconocen plantas medicinales en el lugar de llegada de esta migración internacional.

La chinchamochina (*Justicia secunda*) es una planta muy apreciada en el delta, pues “*ha salvado muchas vidas*”, especialmente con respecto a la “lechina” o varicela, según comenta Arminda (43 años; moradora de D2: Campos Sales), proveniente de Nabasanuka. Cuando se hace una infusión de esta planta resulta un líquido rojo como la sangre, la forma de consumo es bebida o en baño de cabeza para abajo. Además de los síntomas tratados con las plantas mencionadas (ver Tabla 1), Wilbert reporta otros usos medicinales: a) chinchamochina para combatir el dolor muscular; b) las hojas de mango (*Mangifera indica*) para la inflamación por heridas, fiebre y tos; c) aceite de coco (*Cocos nucifera*) contra el sarampión, quemaduras, sarna, infección y dolor de oídos, vómito, fiebre y diarrea; d) manaca (*Euterpe precatoria*) contra el vómito, tos ferina y tuberculosis; e) temiche contra la tos ferina, diarrea, vómito, dolor muscular, antiveneno ofídico y desinfectante; f) caña de la India (*Costus scaber*) contra la diarrea, diarrea con sangre, tos, conjuntivitis, mal de orín, tos ferina y tuberculosis; y g) coroseo (*Cyperus odoratus*) contra la tos (Wilbert, 1996, 2001). Esta diferencia se debe a que el autor investigó el conocimiento fitoterapéutico con

Tabla 1. Plantas medicinales reconocidas y utilizadas en Belém (Pará, Brasil) por familias Warao.

FAMILIA; ESPECIE	NOMBRE COMÚN WARAO / VENEZUELA / BRASIL	ENFERMEDAD O SÍNTOMA	PARTE UTILIZADA
Acanthaceae			
<i>Justicia secunda</i> Vahl.	yaroko jotu / chinchamochina / Forsangue	Varicela; anemia	Hojas
Anacardiaceae			
<i>Mangifera indica</i> L.	mako / mango / manga	Torceduras; dolor muscular	Hojas
Amaryllidaceae			
<i>Allium fistulosum</i> L.	cebolla / cebola	Parásitos Intestinales; gripe; tos	Bulbos
<i>Allium sativum</i> L.	ajo / alho	Tos; gripe	Bulbos
Arecaceae			
<i>Cocos nucifera</i> L.	koko / palma de coco/ coqueiro	Dolor de garganta	Semillas; fruto
<i>Euterpe precatoria</i> Mart.	winamoru / manaca grande / açai-solteiro	Dolor de cabeza	Raíces
<i>Manicaria saccifera</i> Gaertn.	yaja, nakoro / temiche / buçu	Deshidratación corporal; tos	Fruto; corazón de palma
Costaceae			
<i>Costus scaber</i> Ruiz & Pav	kabisimoru / caña de la India / cana-do-brejo	Coronavirus (Covid-19); dolor de cabeza; fiebre; náuseas del embarazo	Raíces; hojas
Cyperaceae			
<i>Cyperus odoratus</i> L.	najajoko / coroseo / capim-de-cheiro	Diarrea	Raíces y hojas
Lamiaceae			
<i>Mentha x piperita</i> L.	hierbabuena / hortelã	Diarrea, tos; gripe	Hojas
Myrtaceae			
<i>Syzygium malaccense</i> Alston.	pumalaca / jambo	Diarrea	Semillas
Rutaceae			
<i>Citrus limon</i> L. Osbeck	limón / limoeiro	Diarrea; tos; gripe	Frutos; hojas
<i>Citrus x sinensis</i> L. Osbeck	naranja / laranja	Gripe	Hojas
Scrophulariaceae			
<i>Capraria biflora</i> L.	fregosa / chá-da-terra	Diarrea; vómito	Hojas

las hierbateras de las comunidades warao, es decir, son ellas quienes conocen la mayoría de los usos medicinales de las plantas.

El uso de hierbabuena (*Mentha x piperita*), limón (*Citrus limon*) y fregosa (*Capraria biflora*) como tratamiento son recursos que las comunidades warao aprendieron a utilizar debido al contacto con comunidades criollas

en Venezuela. Al principio se acercaban a los poblados y pedían estos insumos, y después lo fueron cultivando en el delta (Wilbert, 2001). Otros recursos muy utilizados en Belém, probablemente también aprendidos por el contacto con comunidades criollas, y que no son mencionados en Wilbert (1996, 2001) ni en Guanire *et al.* (2010) es el ajo (*Allium sativum*) y la cebolla (*Allium cepa*). Sus usos medicinales forman parte del conocimiento warao,

producto de la historia de desplazamientos y convivencia con otras sociedades. Así lo muestra Jeremías (40 años; morador de D2: Campos Sales), proveniente de Arawabisi: “La cebolla morada rallada se pone en una botella a tomar sereno. Lo colado, en una cucharada del líquido con poquita miel se mezcla y se da tres veces al día para la tos y para gripe.”

Las familias entrevistadas reconocen las plantas, mostradas en la tabla 1, cuya distribución abarca el delta del Orinoco, pero también la amazonia brasileña; de estas, utilizan más los recursos que no son de la fitoterapia tradicional warao, ya que la chinchamochina, la caña de la india (*Costus scaber*), la fregosa (*Capraria biflora*) y el coroseo (*Cyperus odoratus*), que sí lo son, fueron halladas con mayor frecuencia en Manaus, Amazonas. Por otro lado, en Belém no aprovechan el uso medicinal de la manaca (*Euterpe precatoria*), el temiche (*Manicaria saccifera*) e incluso el moriche, y sus diferentes usos, debido a que en la mayoría de los casos estas palmeras se encuentran en áreas verdes de espacios públicos, o porque si cortan estas palmeras ganan discusiones con los dueños de los terrenos desocupados, pero con la vegetación característica de la región, que a veces ocupan cuando viven fuera del refugio.

Manteca de pescado. En Belém venden los mismos pescados que los warao consumían en Venezuela: 1) *Piaractus brachipomus*, **usibu** / cachama blanca o morocoto (Ven.) / pirapitinga (Br.); 2) *Colossoma macropomum*, **obi** / cachama (Ven.) / tambaqui (Ven. y Br.); 3) *Hypostomus* sp., **wasi** / guaraguara (Ven.) / acari (Br.); 4) *Brachyplatystoma rousseauxii*, **oru** / dorado (Ven.) / dourada (Br.); 5) *Pirinampu pirinampus*, **joboto** / blanco pobre (Ven.) / piramutaba (Br.); y 6) *Plagioscion* sp., **naji** / curvinata (Ven.) / corvina o pescada (Br.) (Reveles-Martínez, 2022). De estos pescados, la cachama blanca o morocoto es utilizada para la elaboración de aceite de pescado para uso medicinal (Tabla 2).

Un nieto de Arminda enfermó a los siete meses de nacido, en Manaus. El niño fue hospitalizado por comienzo de neumonía, para ello, Arminda junto con una amiga del refugio prepararon un remedio para él con la manteca de

cachama: “[...] [las vísceras del pescado] en una botella de vidrio lo amarra al sol por cinco días hasta sacar el aceite. Al líquido se le agrega un poco de azúcar y se le da al enfermo para el asma y para la tos.” (Arminda, 43 años). Además de este remedio, Arminda compró el antibiótico que le recetaron a su nieto. En Croes et al. (2004), comentan que el aceite de este pescado también es usado para las heridas en la piel.

A su vez, Nicolás (29 años; morador de D5: Itaiteua), proveniente de Cocuina, quien con su forma de hablar da cuenta que no hablaba fluidamente español y ahora aprende portugués, mencionó que:

“Cachama, de otro morocoto, ese tem manteca, ese da para la gripe [...] ese pescado vende, en los caños estaba ya agora ya no tem. Agora, aquí en Brasil ya nosotros compra de ese pescado, sale de la tripa, ya ahí de adentro sale de eso, en el fogo, y de ahí sale manteca. Tem otro pescado, cazón, también manteca, cuando corta el pie ahí ya pasa y quita el dolor.” (Nicolás, 29 años)

Neibys (27 años: morador en D2: Campos Sales), proveniente de Winikina, también mencionó que utiliza la manteca de cazón (*Galeorhinus galeus*) para tratar la tos, aunque también puede ser utilizado para la tuberculosis en su etapa inicial, asma y artritis (Croes et al., 2004). Sin embargo, aunque posiblemente este pescado también sea alimenticio, no es mencionado dentro de los pescados que consumen en Belém.

Orina humana y alcohol de caña. Otro tipo de prácticas de cura sin uso de plantas o manteca de pescado también fueron mencionadas (ver Tabla 2; Tabla 3). Celso comentó que la diarrea y el vómito son muy comunes en los niños, y cuando el vómito tiene mal olor significa que el niño necesita remedio, como lo hace con su hija Celimar al preparar un remedio de orina con ron:

“ahí yo me paro y yo toco el vómito de ella y lo huelo, nosotros vamos con remedio casero, por ejemplo, aquí no hay casero, pero también nosotros lo hacemos con el ron blanco, el ron blanco es fino. [...] Ella está

Tabla 2. Remedios de origen animal que las familias Warao mencionaron para curar distintos síntomas.

REMEDIO; ESPECIE / NOMBRE COMÚN	FORMA DE USO	ENFERMEDAD O SÍNTOMA
Manteca de pescado		
<i>Piaractus brachyomus</i> usibu / cachama blanca o morocoto (Ven.) / pira- pitinga (Br.)	Cucharadas de manteca con azúcar	Asma; tos; heridas en la piel
<i>Galeorhinus galeus</i> cazón (Ven.) / cação- bico-de cristal (Br.)	Cucharadas de manteca del hígado, sola o con jugo de limón asado	Tos; neumonía
Orina humana		
<i>Homo sapiens sapiens</i>	Baño de cabeza para abajo	Fiebre
	Cucharadas de orina bebida directamente	Gripe; congestión
	La orina se mezcla con ron blanco. Se utiliza la orina de un familiar del sexo contrario al enfermo	Diarrea; vómito

así porque tiene el calor y si está vomitando le está entrando la sed, se está chupando por dentro. Y uno de los remedios caseros de nosotros es de la orina de la mujer indígena, si está ella [si es su hija quien está enferma] es con la orina de otro varoncito con el ron, y si es un varón [el que tiene vómito] tiene que ser una niña.” (Celso, 43 años)

El uso de orina también es eficiente para la fiebre, como lo explica Rosenda (44 años; moradora de D6: Ananindeua), proveniente de Winikina:

“Orina como remedio sirve para un niño que tiene fiebre de muchos días, y si no se le quita, con medicina. Cuando es una niña tiene que usar orines del papá. Primero se le echa a la cabeza la orina nueva porque es caliente y luego se le baña el cuerpo. Si es de noche, se baña, y en la mañana se baña con agua caliente para que se le vaya el olor.” (Rosenda, 44 años)

José (42 años; morador de D6: Ananindeua), proveniente de Winikina, quien dijo haber bebido un poco de su propia orina, sorprendido aún, compartió el sentir de eficacia cuando la bebió para aliviar la gripe y la congestión, pues el efecto fue instantáneo. Como bien apuntan autores como Wilbert (2001) y Croes *et al.* (2004), el uso de la orina humana es común en los remedios caseros; existe

registro de 15 remedios preparados en los cuales la orina de la madre del enfermo o la de un hermano menor son componentes importantes. Constantemente se menciona el uso de unas gotas o cucharadas de orina de un niño sano para adicionar a los remedios que son hechos con diferentes partes de plantas (Wilbert, 2001). Otros usos que las comunidades warao en Venezuela dan a la orina es mezclarla con ceniza blanca para sobar el estómago y aliviar la distensión abdominal (Croes *et al.*, 2004). Se observa que, aunque en la ciudad hay ausencia de las plantas que podrían ser utilizadas para la preparación de remedios con orina, las familias recuperan la eficacia de la orina pura, o con lo que sí tienen a la mano, esto es, una bebida brasileña de caña de azúcar (cachaça) como sustituto al ron blanco y agua.

Con respecto al ron, cabe mencionar que esta bebida destilada de la caña de azúcar, así como otros elementos, fue incorporada a la cultura tradicional de los Warao durante la etapa de expansión misionera en el delta en el siglo XVIII (Wilbert y Lafée-Wilbert, 2009).. Vaquero (2000) comenta que conforme se adoptó el calendario de las celebraciones cristianas por las comunidades warao, las fechas litúrgicas se convirtieron en fiesta, de modo que la bebida siempre ha sido parte de las celebraciones festivas en las cuales ellos suelen celebrar con baile, ron y cerveza (Vaquero, 2000). No obstante,

el ron permeó en la medicina popular en Venezuela, conforme comenta Angelina Pollak-Eltz (2001), el cual es ampliamente utilizado en remedios populares en dicho país, mezclados con excrementos de animales o con preparados vegetales. Por ejemplo, en Venezuela los warao mezclan el excremento frito de cachicamo (*Dasyopus spp.*; armadillo) con ron blanco para quitar el vicio del alcohol (Croes *et al.*, 2004).

Rosenda (44 años) comentó que de vez en cuando usan ron blanco para las lombrices: “*un litro de ron blanco, se le echa dos dientes de ajo, se mueve y lo hecha en la cabeza y cuerpo*”. Uno de sus familiares que estaba en la casa, Eludio, mostró una botella de plástico con una preparación de *cachaça* y ajo, ya lista para ser usada en caso de mareo, dolor de cabeza, pérdida de apetito y debilidad (Figura 2). Cabe destacar que la mayoría de las familias entrevistadas, aunque utilizan *cachaça* en sus remedios continúan llamándole ron.

En la tabla 3 se muestran los remedios preparados a base de ron blanco mencionados por los entrevistados (ver Tabla 3).

Es importante señalar que el consumo exacerbado de *cachaça* ha sido fuente de diversos inconvenientes en el refugio Tapanã, al grado de ser prohibido. En los lugares de morada independiente constantemente se observan borracheras colectivas. No obstante, este aspecto se debe problematizar con respecto a la migración indígena en contexto urbano. El alcoholismo en los barrios indígenas formados por comunidades warao en las ciudades en Venezuela también ha sido documentado. El alcoholismo, así como el uso de drogas, prostitución, entre otros, ocurre como punto de escape de una sociedad que los aparta y expresa prejuicios hacia ellos, mientras son absorbidos al margen de la urbe y la disparidad social (García, 2017).



Figura 2. Joven Warao mostrando una preparación de *cachaça* (que substituye al ron blanco) con ajo, para tratar diversos malestares provocados por las lombrices.

Tabla 3. Uso de alcohol de caña (ron blanco o *cachaça*) para curar distintos síntomas según las familias Warao.

REMEDIO	MODO DE USO	DOLENCIA O ENFERMEDAD
Ron blanco con orina de persona	Baño por todo el cuerpo; se utiliza la orina de un familiar del sexo contrario al enfermo	Diarrea; vómito
Agua con ron blanco	Baño por todo el cuerpo	Dolor de cabeza
Ron blanco con hoja de mango macerada	Untado localmente	Dolor de cabeza; dolor muscular
Ron blanco con dientes de ajo	Untado en la cabeza/nuca, cuello y pecho	Síntomas de parasitosis
Ron blanco con hoja de vaporub (<i>Plectranthus</i> sp.)	Untado en la cabeza	Dolor de cabeza

Embrujo, un mal común en el tránsito migratorio.

Quizá algunos de los aspectos más notorios en los que fue evidente que los warao dentro del refugio buscan prácticas terapéuticas especiales es cuando la gente menciona a los brujos. En el refugio Tapanã, una señora de la tercera edad con un problema serio de hipertensión y bajo tratamiento biomédico salió a buscar a un brujo warao para que la ayudara en su tratamiento. En otra ocasión, otro paciente en plena consulta habló acerca del **Wisiratu**, lo describía como el doctor que cura enfermedades con una maraca. Fuera del refugio, la búsqueda de cura espiritual es recurrente. En las viviendas independientes de Prosperidade e Itaiteua (ver Figura 1), las familias procuran la atención de dos brujos bien conocidos entre estos dos lugares. Mariluz afirma que hay un brujo que a veces va a Prosperidade para atender a las familias, y también hay familias que van a Itaiteua para buscar a un **Wisiratu**, quien es anciano y no sale de casa. Conforme los relatos, a Brasil vinieron especialistas **Wisiratu**, y algunos de ellos fallecieron, pues ya eran hombres ancianos. Sin embargo, las familias también mencionaron a los brujos, sin especificar la especialidad chamánica de éstos, es decir, también llaman “brujo” al **Wisiratu**.

Cabe destacar que existe todo un entramado de relaciones sociales establecidas en las motivaciones para los desplazamientos internos de familias warao por todo el país, de las cuales una importante ha sido la separación de grupos en donde hay brujos que se dedican a “hacer

trabajos”; esta situación es de extrema precaución ya que los maleficios son dirigidos frecuentemente para causar la muerte (Rosa, 2021). En este estudio cuando se le preguntó a la gente acerca de dónde viene y quién ocasiona un embrujo, así como lo comentan Guanire et al. (2008), también se encontró la caracterización general de benevolente al **Wisiratu**, y al **Joarotu** y **Bajanarotu** como malévolos pues son estos quienes dañan. Si bien lo anterior, en el presente estudio no hubo mención alguna de la presencia de un **Bajanarotu**.

En Belém sí hay (mínimo) un **Joarotu**, especialista relacionado con el dios cardinal del oeste **Joebo**. El **Joarotu** ha ganado temor entre los warao porque él necesita de la hechicería para alimentar con sangre humana a esta deidad. Por este motivo, la deidad protectora del **Joarotu** dota a su servidor con la capacidad de provocar enfermedades por **joa**, en las cuales la persona pierde sangre y puede morir rápidamente, o bien, puede salvarlas (Wilbert y Lafée-Wilbert, 2007). También se encontró en campo que los chamanes, e incluso otros “curiosos”, han aprendido técnicas de cura que no son propiamente de la medicina warao; una de ellas es a través de ensalmos, utilizados para el tratamiento de vómito y mareo, llagas en la boca, herpes cutáneo (llamado culebrilla en Venezuela), dolor de estómago, dolor de muela, quemaduras y otros malestares. Los ensalmos son fórmulas mágicas, oraciones o encantaciones utilizadas en exorcismo, para curar enfermedades, para alejar malas influencias y para asegurar el bienestar general de

una persona y su familia. Los curanderos y ensalmistas (rezadores) los usan en sus tratamientos refiriéndose a un santo o a un espíritu. Los ensalmos se rezan sobre el paciente, la herida o en la parte del cuerpo afectada y sobre los remedios (Pollak-Eltz, 2001: 205).

José (42 años) indicó que él es un **Joarotu**, y además de haber tratado a varios pacientes por daño warao, la mayoría de las veces realiza ensalmos para curar, acude a la “Oración mano poderosa” y hay otras en donde reza a San Marcos León y a San José Gregorio Hernández.

Todas las familias entrevistadas, en su trayecto por Brasil, han conocido personas o incluso familiares que han fallecido por embrujo, y han conocido algún brujo dentro de los refugios. Sin embargo, alejarse de grupos con personas potencialmente peligrosas no ha sido tan difícil como lo ha sido encontrar un **Wisiratu** o algún otro curador warao durante el tránsito migratorio para enfrentar la enfermedad, e incluso a veces tampoco encuentran un **Joarotu** para tratar el “daño warao”. Estas son parte de las dificultades a las que se enfrentan algunas familias durante el tránsito.

Las familias inicialmente consideran aquellos recursos terapéuticos que tengan a disposición, pero también evalúan los tipos de síntomas presentados. Es decir, las enfermedades (síntomas) naturales muchas veces son tratables con remedios caseros y con medicamentos. En este sentido, si tienen medicamentos o pueden comprarlos, éstos son para aliviar principalmente vómito, diarrea, dolor de cabeza, dolor de estómago, fiebre, infecciones de garganta, tos y gripe. Sin embargo, los medicamentos no siempre son la primera vía de tratamiento, en ocasiones, las familias ya tienen remedios preparados. De esta manera, la elección depende de la disponibilidad de tratamientos para estos síntomas, y en ocasiones utilizan los dos a la vez.

Algunas familias en Belém darían prioridad a los **Wisiratu** para ser evaluados y éste discernir entre enfermedad natural o espiritual, sin embargo, no son la primera opción terapéutica, debido a la poca presencia que hay de los mismos. Entre los grupos warao visitados únicamente

había un **Wisiratu** y un **Joarotu** reconocidos. Solo las personas que son del núcleo familiar de estos especialistas indicaron que éstos son su médico principal, y después utilizan otros tratamientos en caso necesario. Además, estos terapeutas van ganando crédito debido a la reputación que van creando acerca de la eficacia de sus terapias, es decir, no hay confianza en todos aquellos que se hacen llamar **Wisiratu** o brujo. Sin embargo, ante la ausencia de especialistas **Wisiratu** o **Joarotu**, la gente acude a los ensalmistas u otros curadores conocidos. En este sentido, la decisión de acudir a uno u otro especialista depende, primeramente, de la presencia de estos especialistas en la ciudad, de la relación familiar con ellos, la confianza, la atención que la persona necesita (si piensa en daño warao optará por el **Joarotu**), las distancias y los precios.

CONCLUSIONES

Las trayectorias terapéuticas de las personas en tránsito migratorio y las narrativas de estos actores muestran diversos matices que permiten conocer los procesos sociales involucrados y las experiencias vinculadas a la vulneración, los cuidados y la atención a la salud durante el tránsito migratorio. Aunque existe diversidad interna entre las familias warao entrevistadas, todas ellas expresan prácticas de cuidado en común, a decir: a) la búsqueda de atención terapéutica con el **Wisiratu** o con el **Joarotu** y ensalmistas; b) automedicación: 14 especies de plantas, manteca de pescado, orina humana, alcohol de caña; y c) medicamentos farmacéuticos. También se observa preferencia por el parto domiciliario y el rechazo a técnicas, tratamientos y procedimientos médicos, si bien esto último no es recurrente en todas las familias warao. Cabe una mayor consciencia de los profesionales de la salud sobre las particularidades socioculturales del pueblo Warao y de esta manera promover mejores diálogos de entendimiento, de tal forma que los pacientes reciban explicaciones claras y sencillas sobre los procedimientos sin pasar por situaciones de discriminación y prejuicio que les generen desconfianza al sistema de salud pública.

La atención a la salud que el Consultório na Rua (CnaR) brinda a este sector vulnerable en Belém es ejemplar,

sin embargo, no fue planeada para ser diferenciada y se rige por los principios de la biomedicina como línea terapéutica. No fueron observadas acciones para conocer la presencia de los terapeutas warao en el refugio para su posible participación en la atención plena a la salud, una posibilidad que en las condiciones de hacinamientos con diferentes grupos tendría que evaluarse de manera más consensuada. Tampoco fue abordada la posibilidad de conocer las preferencias y motivos de las mujeres con respecto a la atención al parto y nacimiento. En este sentido, se podría considerar el parto domiciliario como una práctica reconocida para aquellas que lo deseen, así como la participación de las mujeres warao como comadronas, como son nombradas.

Por otro lado, fue posible identificar los factores que intervienen en la subutilización de los servicios de salud del municipio con las familias que viven fuera de los refugios. Dichos factores recaen en el poder adquisitivo de las familias para la compra de medicamentos, en el acceso a información y orientación de los servicios, en la preferencia de atención por parte de terapeutas warao, en la automedicación y los remedios caseros como las vías más rápidas, y en la capacitación de los profesionales de salud y la ausencia de interlocución de otros warao para que los procedimientos sean explicados.

Las trayectorias terapéuticas son ellas mismas la muestra de los cambios en las formas de atención a la salud en contextos sociohistóricos específicos. Este trabajo muestra que, pese a las dificultades del proceso migratorio internacional, las familias, en este caso indígenas warao, buscan de manera autónoma el cuidado a su salud a través de los remedios que conocen y que tienen a disposición. En su trayecto por el país (Brasil) y su estancia en la ciudad (Región Metropolitana de Belém) colocan en práctica sus saberes frente a los nuevos referentes por donde se desplazan y de esta manera están siendo partícipes activos en la resolución de problemas a la vez que reafirman su identidad más allá de las fronteras territoriales. Esta investigación es una exploración inicial que, sin embargo, puede dar paso para que otros estudios específicos sean realizados en el municipio y se fortalezca la necesidad de continuar

discutiendo la concordancia entre los derechos humanos y las políticas de salud de la población indígena y migrante en contexto urbano.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento especial a las familias warao que se interesaron en participar en este estudio y permitieron conocer sus historias y compartieron parte de su tiempo. También al Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA) de la Universidade Federal do Pará (UFPA), a la Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) y al equipo Ver-o-peso del Consultório na Rua (CnaR).

LITERATURA CITADA

- ABA (Associação Brasileira de Antropologia). 2012. *Código de ética do antropólogo e da antropóloga*. Disponible en: <http://www.portal.abant.org.br/codigo-de-etica/> (Verificado 18 de diciembre 2019).
- Araujo-García, Z., A. Tillett y J. H. D. Waar. 2020. Tuberculosis: enfermedad endémica y desatendida entre los indígenas warao del delta venezolano. *EntreRios* 3(2): 50-71.
- Belaunde, L. E. 2008. *El recuerdo de Luna. Género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos*. UNMSM Fondo editorial CC. SS, Lima.
- Croes, G. E. 2004. *Guía Pedagógica Warao para la Educación Intercultural Bilingüe*. Ministerio de educación y deportes, Caracas.
- García, R. J. 2017. *Nómadas: indígenas waraos frente al terminal de San Félix*. Trabajo especial de Grado. Escuela de comunicación Social, UCAB, Ciudad Guayana.
- Guanire, N., Aranguaren, B. A. y Ñ. O. González. 2008. Wisidatu: Mágico espiritual de los indígenas warao de Tucupita y de la Isla de Araguabisi en el Estado Delta Amacuro-Venezuela. *Boletín Antropológico* 26(73): 149-172.
- Guanire N., B. A. Aranguaren y Ñ. O. González. 2010. Etnobotánica medicinal de los indígenas Warao de Tucupita y de la isla de Araguabisi en el estado Delta Amacuro, Venezuela. *Boletín Antropológico* 28(79): 139-158.

- Heinen, D., R. Lizarralde y T. Gómez. 1996. El abandono de un ecosistema: el caso de los Morichales del Delta del Orinoco. *Antropológica* 81: 3-36.
- Heinen, D. y Á. García. 2002. Adaptación de recolectores indígenas a la mendicidad urbana: el caso de los Warao del Delta del Orinoco, in VII Congreso Internacional de Antropología Iberoamericana: emigración e integración cultural, Salamanca.
- Hernández, S. R., C. C. Fernández y L. M. Baptista. 2014. *Metodología de la investigación* 6a ed. McGraw-Hill/Interamericana editores, S.A. DE C.V., Ciudad de México.
- IBGE. 2010. Disponible en: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/belem.html> (Verificado en 17 de agosto 2020).
- Langdon, E. J. 1994. Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. En: Santos, R. V. (org.). *Saúde e povos indígenas*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Langdon. 2014. *La negociación de lo oculto: Chamanismo, medicina y familia entre los Siona del bajo Putumayo*. Universidad del Cauca, Popayán.
- Langdon. 2018. Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención. Desacatos. *Revista de Ciencias Sociales* (58): 8-15.
- Lasso, A. C. y P. Sánchez-Duarte. 2011. *Los peces del Delta del Orinoco. Diversidad, bioecología, uso y conservación*. Fundación La Salle de Ciencias Naturales y Chevron, Caracas.
- Mancillas-López, Y. 2016. Narrar el cuerpo mi-grante: hacia una biografía colectiva de la inmigración boliviana en São Paulo. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção* 15(43): 146-160.
- Mantini-Briggs, C. 2018. Cuando el derecho a la salud del pueblo Warao depende de la migración y desplazamientos como acto de resistencia a la imposibilidad cultural crónica. *Périplos: Revista de Estudos sobre Migrações* (2)2.
- Matielo, E., A. F. V. Santos, O. P. Bonetti y D. S. Osório. 2018. *Migração e Saúde no Brasil*. Convención Internacional de Salud. Cuba.
- Menéndez, E. L. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(1): 185-217.
- Miloslavich, P., A. Martín, E. Klein, Y. Díaz, C. A. Lasso, J. J. Cárdenas y O. M. Lasso-Alcalá. 2011. En: Grillo, O. y V. Giafranco (coords.). *Biodiversity and Conservation of the Estuarine and Marine Ecosystems of the Venezuelan Orinoco Delta*. IntechOpen, Rijeka.
- Moreira, F. S. A., G. R. B. Ferreira, L. C. Dias y M. I. Victorino. 2019. Variabilidade da precipitação na Cidade de Belém-PA e sua relação com a incidência de Leptospirose. *Revista Brasileira de Geografia Física* 12(01): 71-80.
- Morgado, P. C. L. 2018. *A saúde reprodutiva das mulheres migrantes em Niamey [Níger]: trajetórias terapêuticas e dinâmicas locais*. Tesis de Doctorado. Estudos Africanos. Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Mosonyi, E. E. 2008. *El indígena venezolano en pos de su liberación definitiva*. El perro y la rana, Caracas.
- Nava, D. J. 2012. *Del morichal a la ribera: dinámicas de cambio cultural y entramados subjetivos entre los warao del delta bajo central*. Tesis de Grado al título de Doctora en Ciencias, mención Antropología, I.V.I.C., Centro de estudios Avanzados Altos de PIPE.
- Nava, D. J. 2014. Relatos del morichal y la ribera: tramas de sentido entre los guaraos del delta bajo central. *Antropológica* 58(121-122): 13-88.
- Nogueira, D. R. 2019. Algumas questões sobre a saúde warao no Brasil. *Caderno 4 Campos* (2): 18-29.
- Pollak-Eltz, A. 2001. *La medicina tradicional venezolana*. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.
- Quintero C. J. L. 2010. Las narrativas de frontera: la construcción del héroe en las historias de vida de los migrantes de retorno de Colima, México. *Llengua, Societat i Comunicació* 8: 83-92.
- Rosa, M. 2021. *Os Warao No Brasil: contribuições da antropologia para a proteção de indígenas refugiados e migrantes*. ACNUR, Brasília.

- Restrepo, E. 2018. *Etnografía: Alcances, técnicas y éticas*. 2a ed. Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos/ Facultad de Ciencias Sociales, Lima.
- Reveles-Martínez, K. P. 2021. Desplazamiento, frontera y refugio: aspectos intersectoriales para comprender el proceso migratorio del pueblo Warao desde Venezuela a Brasil. En: Parra, G. V. (coord.). *Políticas públicas en defensa de la inclusión, la diversidad y el género III, migraciones y derechos humanos*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Reveles-Martínez, K. P. 2022. Alimentação como prática de saúde na transitividade migratória dos Warao em Belém, Pará. En: Cirino, C. A. M., S. Lima C. y J. Gonzáles M. (coords.). *Os Warao no Brasil: diáspora, políticas e direitos indígenas*. Editora da UFRR, Roraima.
- Santos, M. R. S., M. I. Vitorino y M. A. S. Pimentel. 2017. Vulnerabilidade e mudanças climáticas: análise socioambiental em uma mesorregião da Amazônia. *Rev. Ambient. Água* 12(5): 842-854.
- Vaquero, R. A. E. 2000. *Manifestaciones religiosas de los Warao y mitología fundante*. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.
- Vitti, M. 2015. *Ministerio de Salud oculta epidemia de sida que está matando a los waraos en el Delta*. Disponible en: <https://www.venezuelaawareness.com/2015/12/ministerio-de-salud-oculta-epidemia-de-sida-que-esta-matando-a-los-waraos-en-el-delta/> (verificado 4 de octubre 2019).
- Wickramage, K., J. Vearey, A. B. Zwi, C. Robinson y M. Knipper. 2018. Migration and health: a global public health research priority. *BMC Public Health* 18: 987.
- Wilbert, W. 1996. *Fitoterapia Warao, una teoría pneumica de la salud, la enfermedad y la terapia*. Instituto Caribe de Antropología y Sociología, Caracas.
- Wilbert, W. 2001. *Dau Yarokota: Plantas medicinales warao. Un manual bilingue (warao/español) de remedios preparados con plantas*. Editorial Italgráfica, C. A., Caracas.
- Wilbert, W. y C. A. Lafée-Wilbert. 2009. También somos gente. Cambio cultural paradigmático. Warao. *Anthropos* 104(2): 423-444.
- Wilbert, W. y C. A. Lafée-Wilbert. 2007. Los Warao. En: Freire, G y A. Tillett. *Salud Indígena en Venezuela*. Vol. II. Editorial Arte, Caracas.
- Wilbert, W. y C. A. Lafée-Wilbert. 2009. También somos gente. Cambio cultural paradigmático Warao. *Anthropos* 104(2): 423-444.
- Wilbert, W. 2011. Fitoterapia warao: fundamentos teóricos. En: G. Freire (org.). *Perspectivas en salud indígena. Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas*. Universidad Politécnica Salesiana Abya-Yala, Quito.