

REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE QUE OS WARAO TÊM NO BRASIL E A NECESSIDADE DE ATENÇÃO DIFERENCIADA À SAÚDE PARA INDÍGENAS EM CONTEXTO DE CIDADE

DASSUEM NOGUEIRA¹

UFSC, BRASIL

<https://orcid.org/0000-0001-5656-3855>

RESUMO: *O artigo tem como objetivo fazer um exercício de reflexão sobre a atenção à saúde que os Warao têm no Brasil. Na condição de indígenas venezuelanos, em sua maioria inseridos no sistema protetivo de refúgio, eles têm acesso universal à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal realidade aparenta resolutividade de seus problemas nesse tema. No entanto, garantir-lhes acesso à rede não contempla a atenção diferenciada a que têm direito e necessidade como pessoas indígenas. Mesmo com acesso ao SUS, eles não se esquivam dos problemas relativos a serem migrantes e refugiados de outro país, como não serem fluentes em português e não terem intimidade com a operacionalidade da rede. Como indígenas, eles se encontram em situação semelhante à de seus parentes brasileiros em contexto urbano, ou seja, com acesso à rede, porém desassistidos em relação à atenção diferenciada. Isso implica fundamentalmente não ter um atendimento em saúde pautado por suas especificidades culturais.*

PALAVRAS-CHAVE: *Warao, Brasil, saúde indígena, atenção diferenciada à saúde, indígenas em contexto urbano.*

ABSTRACT: *The article aims to reflect on the health care that the Warao have in Brazil. As indigenous Venezuelans, most of whom are part of the protective refugee system, they have universal access to health care through the Unified Health System (SUS). This reality appears to resolve their problems in this area. However, guaranteeing them access to the network does not include the differentiated attention they have the right and need as indigenous people. Even with access to the SUS, they do not avoid the problems related to being migrants and refugees from another country, such as not being fluent in Portuguese and not being familiar with the operation of the network. As indigenous people, they find themselves in a situation similar to that of their Brazilian relatives in an urban context, that is, with access to the network, but unassisted in relation to differentiated attention. This fundamentally implies not having health care guided by their cultural specificities.*

KEYWORDS: *Warao, Brazil, indigenous health, differentiated health care, indigenous people in an urban context.*

¹ Doutoranda em Antropologia Social na Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: dassuem.nogueira@gmail.com

NOGUEIRA, Dassuem. Reflexões sobre a atenção à saúde que os Warao têm no Brasil e a necessidade de atenção diferenciada à saúde para indígenas em contexto de cidade. *Espaço Ameríndio*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 371-380, jan./abr. 2023.

Introdução

O artigo tem como objetivo fazer um exercício de reflexão sobre a atenção à saúde que os Warao têm no Brasil, como parte do desenvolvimento de minha tese de doutorado sobre a temática, estruturada com base em minha atuação como antropóloga em diferentes momentos da presença Warao no país. No segundo semestre de 2018, trabalhei como antropóloga da equipe do abrigo destinado a eles em Santarém, no Pará. E no segundo semestre de 2020, no contexto da pandemia de covid-19, atuei nos abrigos de Manaus.

Como antropóloga formada em torno das questões de saúde, sempre me chamou a atenção o fato de que, na condição de migrantes e refugiados, eles têm acesso universal à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, garantir-lhes acesso à rede não contempla a atenção diferenciada a que têm direito e necessidade como pessoas indígenas, o que significa que devem ter sua visão de mundo e modos de vida respeitados no que tange à saúde. E mesmo tendo assegurado o acesso, eles não se esquivam dos problemas relativos a serem migrantes e refugiados de outro país, como não serem fluentes em português e não terem intimidade com a sua operacionalidade.

As questões que a presença dos Warao no Brasil suscitam, e que pretendo demonstrar a partir de alguns casos em Santarém e Manaus, são da mesma ordem estrutural que os indígenas brasileiros em contexto urbano enfrentam no que tange ao direito à atenção diferenciada fora dos territórios reconhecidos pelo subsistema de saúde indígena.

Os Warao são uma realidade brasileira

Os Warao se consolidaram como uma realidade das cidades brasileiras. Desde 2016, com o agravamento da crise política e econômica na Venezuela, grandes contingentes de famílias dessa etnia atravessaram a fronteira para o Brasil, em Roraima. Indígenas Warao, Eñepa, Kariña, Pemón e Wayuu, e não indígenas, os *criollos*, fugiam, sobretudo, do ápice do desabastecimento, da inflação e da desassistência. Segundo dados compilados pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), desde 2016 até hoje, atravessaram a fronteira cerca de 7000 indígenas, dos quais 70% são Warao (ACNUR, 2023).

Diferentemente das outras etnias, parte dos Warao avançou em seu deslocamento para Manaus, capital do Amazonas, já em dezembro de 2016. Ao longo de 2017, seguiram estabelecendo fluxos de mobilidade em Santarém e Belém, no Pará. Em 2019, já se faziam presentes em diferentes cidades de todas as regiões do país em busca de sustentar-se, auxiliarem os familiares que ficaram na Venezuela e trazer para perto os parentes que estão dispersos em cidades nos dois países.

No contexto do deslocamento das cidades da fronteira para Manaus (AM) estavam os conflitos e a concorrência por recursos de diferentes origens causados pela grande concentração de indivíduos em Boa Vista e

Pacaraima (RR). A perícia antropológica feita pelo Ministério Público Federal (MPF), em 2017, com as famílias que se alojaram em casas e hotéis de baixo custo no centro da cidade e no acampamento que se formou no entorno da rodoviária de Manaus, aponta que havia hostilização dos moradores de Boa Vista e Pacaraima, recomendando explicitamente em diferentes canais de comunicação que parassem de fazer doações; os conflitos entre grupos com diferentes origens e trajetórias na história Warao; conflitos com os *criollos*; concorrência na venda de artesanato e arrecadação de doações (Moutinho, 2017). Podemos afirmar ainda que houve demora das diferentes esferas de governo em dar uma resposta para a crise migratória em Roraima, fazendo com que uma parcela dos venezuelanos buscasse, ela mesma, por soluções.

Uma particularidade dos Warao é que ir até outra cidade em busca de trabalho, venda de artesanato e doações é uma das estratégias de sustento que desenvolveram para lidar com a espoliação de seu território na Venezuela, no delta do rio Orinoco, ao longo de todo o século passado. A região sofre com seguidas investidas do desenvolvimentismo venezuelano e do capital internacional desde, pelo menos, a década de 1960, se tomarmos como marco o projeto que levou ao represamento desastroso de um de seus principais rios, o Mañamo, que causou danos ambientais e sociais irreversíveis e de grandes proporções. Fez parte do projeto ainda a implementação da monocultura de arroz e pesca predatória.

Em seguida, na década de 1990, houve a instalação de petroleiras e uma grave crise provocada por uma epidemia de cólera que levou às cidades da região quase toda uma comunidade, onde se formaram os primeiros aglomerados urbanos dos Warao (BRIGGS; MANTINI-BRIGGS, 2004); a partir de 2000, o governo introduziu atividades de mineração na tentativa de burlar a crise provocada pelo embargo americano ao petróleo venezuelano.

A exploração de seu território ao longo dos anos produz conflitos, leva doenças, vícios e prostituição, característicos desses tipos de incursão. Assim, as famílias e comunidades Warao precisam, literalmente, encontrar caminhos para se sustentar e proteger.

A sucessão de empreendimentos em seu território e tudo o que trouxeram foi conformando o caminho dos Warao até as cidades do Delta. Essas passaram a ser também um lugar para buscar sustento por meio da venda de artesanato, da exigência de ação dos governos locais, do trabalho, de estudos, e, a partir de 1980, da prática de pedir dinheiro e doações nas ruas, na figura das mulheres com seus vestidos coloridos acompanhadas de suas crianças pequenas (ROSA, 2021).

Rosa (2021) afirma que os Warao descobriram por acaso a comoção que causam nos não indígenas as mulheres acompanhadas de crianças de colo pedindo dinheiro. Na década de 1980, um grupo de famílias de uma mesma comunidade foi até a cidade cobrar promessas de ajuda que lhes tinham dado. Não foi atendido e não tinha como voltar para casa. Ao amanhecerem na praça principal, as mulheres receberam doações em

dinheiro dos *criollos*. Ao retornarem para a comunidade, espalharam a notícia de que na cidade davam dinheiro aos Warao. Assim, instituiu-se a prática de pedi-lo.

As mulheres passaram a organizar excursões periódicas para diferentes cidades que duravam entre quinze dias e seis meses, a fim de conseguir valores que pudessem lhes sustentar por um determinado período, exercendo importante papel na produção da renda familiar (ROSA, 2021). As excursões de arrecadação das mulheres chegaram até a capital, Caracas, na década de 1990. Muitas famílias se fixaram nas cidades, havendo gerações nascidas e crescidas em contexto urbano.

Portanto, podemos afirmar que movimentar-se entre as cidades em busca de sustentar-se, concretamente e culturalmente, é uma das estratégias que parte dos Warao desenvolveu para lidar com as transformações advindas da empreitada colonial e capitalista sobre seu território e modos de vida ao longo dos anos. A vinda para o Brasil em meio a crise da Venezuela é, literalmente, um caminho. É o protagonismo possível ante condições adversas para caminhar.

Assim como na Venezuela, mover-se em busca de soluções também tem sido uma estratégia no Brasil. Rosa (2021) relata que, em 2017, as mulheres reproduziam os modos de fazer excursões de arrecadações deslocando-se entre as cidades do norte. Esse padrão foi mudando com a pressão intolerante dos Conselhos Tutelares sobre a presença das crianças nessa atividade. Os Warao passaram a viajar em família, seguem movimentando-se em busca de melhorias e, não raro, movem-se para recusar péssimas condições de vida.

Nas cidades brasileiras, os Warao encontram trabalho informal como o de ambulantes, estivadores, auxiliares de cozinha, barbeiros, guardadores de automóveis, trabalhos temporários em colheitas, entre outras atividades que exigem pouca formação e pouca fluência em português. Seguem pedindo dinheiro e doações em sinais de trânsito e espaços públicos, mas além de mulheres acompanhadas de suas crianças pequenas, nota-se também a presença de homens sozinhos realizando essa atividade.

Os Warao são uma responsabilidade brasileira

Até o momento, o país tem assegurado aos Warao os direitos que lhes são devidos como refugiados e migrantes, com base na Lei 9.474 de 1997, por meio da qual o Brasil incorporou ao seu ordenamento jurídico a convenção internacional do Estatuto do Refugiado de 1951; e na Nova Lei das Migrações (Lei 13.445 de 2017) que atualizou os direitos dos migrantes e também institucionalizou a política de vistos humanitários. Em sua maioria, os Warao são solicitantes de refúgio e refugiados. Essa condição lhes assegura acesso às políticas públicas e programas de governo em igualdade de condições com os nacionais. No entanto, tais políticas e programas são estruturados para a população em geral. Não sendo possível ignorar na ponta dos serviços o fato de os Warao serem

indígenas, sua aplicação é feita com alguma adequação manejada pelos governos locais, quando há vontade política para tal e/ou pressão por parte da sociedade e de instituições fiscalizadoras como os ministérios públicos, procuradorias, defensorias, ouvidorias e etc.

Ainda assim, mesmo no âmbito dessas políticas, não se têm obtido os resultados com amplitude suficiente para superar a situação de vulnerabilidade social em que se encontram. Isto pode ser observado, por exemplo, na longa permanência nos abrigos de parte considerável dessa população, especialmente nas cidades do norte, onde está o seu maior contingente; na quase inexistente inserção de crianças, adolescentes e adultos na rede pública de ensino; e na dificuldade de inseri-los no mercado de trabalho formal.

Certamente, o acesso às políticas e programas sociais amortiza a situação dos Warao no Brasil, assegurando-lhe o mínimo, como moradia e alimentação (quando há abrigos, programas ou ações para isso); o acesso universal ao Sistema Único de Saúde (SUS) quando necessário; o recebimento de políticas da previdência social como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e programas como o Bolsa Família. Ouvi diversas vezes dos Warao em Santarém e Manaus que, embora sua situação no Brasil fosse difícil, ainda estava melhor do que era na Venezuela, pois aqui tem acesso a alimentação e apoio, e, assim, conseguem ajudar seus parentes naquele país. No entanto, é fato que continuam vivendo em situação precária e sem acesso a políticas públicas diferenciadas a que tem direito e, sobretudo, necessidade.

Sobre o direito à atenção diferenciada à saúde em contexto urbano

Sendo realidade e responsabilidade do Brasil enquanto indígenas, os Warao têm direito à atenção diferenciada à saúde tal como preconiza a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Em resumo, isso significa que a atenção à saúde indígena deve fundamentalmente respeito aos modos de vida de cada povo, devendo articular-se aos saberes e sistemas médicos indígenas, com participação da comunidade no planejamento e execução das ações. O que por si só tem sido um imenso desafio (LANGDON, 2004).

A execução da PNASPI se dá basicamente por meio da estrutura do subsistema de saúde indígena, que se distingue principalmente pela operacionalidade da atenção primária à saúde ofertada nas terras indígenas, possuindo para tal um orçamento próprio e sua gestão municipalizada, porém de maneira integrada ao SUS.

Os Warao, assim como os cerca de 42,3% da população indígena brasileira, vivem em contextos urbanos fora dos territórios homologados (IBGE, 2012). E estes não são contemplados pela estrutura do subsistema, salvo raríssimas exceções. Eles têm acesso universal ao SUS, assegurado pelo seu status jurídico de migrantes e refugiados tal como é ofertado para todos os nacionais, inclusive aos indígenas brasileiros em contexto urbano.

Assim como é para todos os usuários, os Warao, mesmo os que vivem em abrigos, têm como referência de atenção primária o posto de saúde correspondente ao território da moradia. Na atenção de média e alta complexidade, são referenciados nas unidades correspondentes, tais como maternidades, hospitais, unidades de pronto atendimento e clínicas de especialidades ambulatoriais. No entanto, esses espaços não são preparados para atender prontamente as especificidades culturais dos Warao ou qualquer outra etnia.

A partir de alguns casos que acompanhei em diferentes momentos em Santarém e Manaus, gostaria de apontar o quão problemático pode ser não lhes assegurar direitos como pessoa indígena no âmbito da saúde.

Acompanhar Sandra em sua consulta de puerpério foi meu primeiro trabalho como antropóloga do abrigo destinado aos Warao em Santarém no Pará, em julho de 2018. Sandra tinha 16 anos e era casada com Leandro, 44 anos. Tinha parido há um mês o seu segundo filho. Ela só falava a língua warao, compreendia espanhol, mas falava pouco com a equipe. Estava visivelmente contrariada por ter que ir à consulta. Chamamos a atenção das demais mulheres logo que chegamos. Da sala de espera foi possível ver Sandra desembarcando do carro da prefeitura acompanhada de duas funcionárias. Uma das mulheres chegou a perguntar a razão de nossa presença e eu respondi que ela era indígena e não falava português. Sandra notou quando uma das mulheres olhou para os seus pés empoeirados e os recolheu para trás no banco onde esperamos por cerca de duas horas.

Quando chegou nossa vez, a enfermeira fez as perguntas de praxe e eu as traduzia, mas Sandra apenas balançava a cabeça para sim e não. A cuidadora respondia com mais detalhes sobre a mulher. Com dois filhos aos 16 anos, a indígena recebeu orientações sobre métodos contraceptivos – ela se assustou quando expliquei em espanhol que o dispositivo intrauterino (DIU) que a enfermeira lhe deu em mãos ficaria em seu útero. Mas manifestou vontade de não ter mais filhos e foi inserida no programa de planejamento familiar. Duas semanas depois, a acompanhei, dessa vez sozinha, a uma palestra em português sobre métodos contraceptivos que, por mais que eu me esforçasse em traduzir simultaneamente, não a interessou em nenhum momento.

Sandra era tida como uma usuária colaborativa no abrigo. Seu último filho foi o primeiro nascimento Warao realizado em hospital. Os membros da equipe mais antigos contaram que o primeiro nascimento ocorreu no próprio abrigo durante a noite, tão rápido e silencioso, que o vigilante só soube que uma mulher estava parindo pela movimentação atípica durante a noite. No dia seguinte, a equipe encaminhou mãe e filho ao hospital para fazer exames e providenciar o registro de nascimento.

No segundo caso, ocorrido à tarde, na presença da equipe, chegaram a chamar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para levar a mulher ao hospital. Porém, quando a ambulância chegou, ela já havia parido e apenas a conduziram para o hospital a fim de realizar os protocolos padrão para a situação. A equipe do abrigo avaliava que

não era adequado parirem sem atenção hospitalar, temendo ser responsabilizados caso algo acontecesse. Por isso, faziam o possível para que as indígenas parissem no hospital e não no abrigo “como gato”, nos termos de um colega.

O parto de Sandra foi o primeiro a ser completamente hospitalizado. Foi-me relatado que, deitada no leito, a parturiente se recusava a abrir as pernas para fazer os exames. Em certo momento, fez entender que queria ir ao banheiro. Lá se trancou e pariu sozinha. Quando abriu a porta, segurava a criança ainda ligada ao cordão umbilical. Quem a atendia retomou o imaginário que as indígenas pariam de cócoras e pediu desculpas a Sandra por não a ter compreendido.

Da narrativa sobre partos, podemos apreender que as indígenas Warao têm seu modo de parir e que tal experiência poderia ser articulada com o sistema médico vigente. No entanto, ao contrário, havia um esforço de controle sobre seus partos por parte da equipe pelo receio de que pudessem ser responsabilizados de alguma maneira e, por fim, demitidos, já que ali não eram concursados. Além disso, os funcionários na ponta dos serviços, não são preparados para assistir ao parto indígena. Nesse caso específico, nem a cuidadora nem a equipe médica.

O que se seguiu depois com Sandra em sua inserção no programa de planejamento familiar, embora de acordo com seu desejo de não ter mais filhos, era totalmente inadequado. Primeiro, porque não era traduzido para o espanhol. Mas mais do que uma questão de tradução, não havia uma abordagem adequada para apresentar métodos contraceptivos para uma mulher Warao, articulada aos saberes e aos interesses dessa etnia sobre o tema.

Em outra situação, no abrigo em Manaus, eu e minha colega de trabalho perguntamos a um importante colaborador do nosso projeto o motivo de estar abatido. Marlon nos contou que teve sangramento na urina acompanhada de forte dor que progredia em intensidade com o passar dos dias. Ele buscou o *bahanaroto* (uma especialidade xamânica Warao) e esse lhe retirou a dor. Porém, o sintoma voltou. Então ele procurou a equipe do abrigo para ir ao hospital, que providenciaria um carro da prefeitura para levá-lo ao Serviço de Pronto Atendimento (SPA), unidade da média complexidade, no dia seguinte. Mas mostrava insatisfação com o encaminhamento, pois interpretou como má vontade da equipe o fato de ser levado ao SPA e não ao Hospital. Dissemos-lhe que era o mais adequado, explicando-lhe que, infelizmente, se ele fosse a um hospital, mesmo com dor, ele provavelmente esperaria muitas horas para ser atendido, pois não teria prioridade no atendimento. O mais adequado para o seu caso era, de fato, o SPA.

Da queixa de Marlon, podemos apreender que além de serem indígenas e conceberem a partir de outra chave explicativa os seus problemas de saúde, os Warao são também de um país diferente. Isso quer dizer que a operacionalidade do serviço de saúde difere do país de origem. Portanto, o acesso à saúde que prescinde do conhecimento mínimo sobre seu fluxo é absolutamente inédito para eles no Brasil. Desse

modo, não está claro o papel e a operacionalidade de cada unidade de referência.

Outra vez em Manaus, presenciei o imbróglio com uma família que fazia o acompanhamento do tratamento de tuberculose na unidade de referência em Manaus. Não sendo possível alguém da equipe acompanhá-los, por não ser a primeira vez que faziam o acompanhamento, resolveram que eles iriam sozinhos a consulta a fim de que não a perdessem. Foram conduzidos em um carro da prefeitura que os deixou na unidade e combinaram com o motorista que telefonariam tão logo terminassem os procedimentos. A família fez a consulta de rotina. O médico, depois soubemos, lhes entregou guias de exames para que fossem coletados naquele momento. A família entregou os exames na recepção. O pai, que intermediava a situação, entendeu que a recepcionista lhe orientava para voltar outro dia. Eles telefonaram para o motorista que retornou para buscá-los. O médico, no final do seu expediente, ao notar que a família não havia retornado, procurou deles saber, descobrindo o engano.

Desse caso, evidencia-se que as dificuldades com a comunicação podem tornar a experiência na rede de saúde bastante confusa. Os Warao falam língua materna e tem o espanhol como sua segunda língua, com variados graus de fluência e alfabetização. Atualmente, alguns dos que vivem no Brasil desenvolvem o português, mas não são fluentes. É notável que mesmo nos procedimentos mais simples, como uma consulta médica, os Warao tenham muitas dúvidas quanto aos protocolos de atendimento e tratamentos.

O que os Warao enfrentam é semelhante ao que ocorre com indígenas brasileiros em contexto urbano. Até mesmo com o que enfrentam os indígenas amparados pelo subsistema quando precisam seguir no fluxo das redes de média e alta complexidade, comuns para toda a população. Como aponta Langdon (2004) o conceito de atenção diferenciada ainda precisa ser operacionalizado no SUS, pois não se trata apenas do acesso ao sistema biomédico, como se esse fosse capaz de substituir os modelos indígenas, e sim que os complemente; articulando-se a eles, não apenas incorporando-os.

Em Manaus, desde novembro de 2019, existe o projeto Promotores de Saúde, desenvolvido pela Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais (ADRA) com recursos do ACNUR. Destinado à população venezuelana indígena e não indígena dos abrigos, o projeto tem como objetivo formar e contratar promotores de saúde da própria comunidade para que desenvolvam monitoria de saúde semelhante àquela realizada pelo agente comunitário de saúde (ACS). Eles auxiliam na vigilância dos casos de saúde e realizam a tradução de Warao e espanhol para o português. Até o momento não existe vinculação do projeto à rede SUS municipal. O reporte de vigilância realizado pelos promotores de saúde é feito para a equipe do projeto ADRA que, por sua vez, reporta para a pessoa de referência na equipe do abrigo. A equipe do ADRA é composta por uma nutricionista e uma enfermeira e os próprios promotores.

Foi notável a melhoria do monitoramento de saúde nos abrigos de Manaus a partir da atuação dos promotores e o projeto foi replicado para Boa Vista e Belém. Contudo, reconhecido o mérito positivo do projeto, ainda não se trata de uma abordagem pautada pela interculturalidade.

Algumas considerações

A ampliação de políticas públicas diferenciadas em contexto urbano tem sido importante bandeira de luta dos povos indígenas brasileiros nos últimos anos. No que tange à saúde, isso ficou em evidência durante a pandemia de Covid-19. Por exemplo, quando os indígenas em área urbana, mesmo após a recomendação do Supremo Tribunal Federal para que fossem incluídos como prioridade na vacinação, não a tiveram operacionalizada pelo Ministério da Saúde.

Os governos estaduais vacinaram prioritariamente indígenas, fazendo ampla propaganda, dada a visibilidade que a questão teve no momento. Contudo, apenas os que eram profissionais de saúde foram vacinados com prioridade. Tal como ocorreu em Manaus (AM), cuja primeira pessoa vacinada, com transmissão ao vivo pelo governo, foi a indígena Vanda Witoto, liderança marcante na organização do atendimento aos indígenas residentes no bairro Parque das Tribos. Todavia, a liderança foi vacinada na condição de auxiliar de enfermagem e não por ser pessoa indígena.

No tocante aos Warao, sua condição de refugiados os encaminha pelo SUS, dando a falsa impressão de resolutividade de suas questões de saúde. No entanto, quando damos enfoque à sua existência indígena, precisamos considerar seus próprios entendimentos de bem nascer, bem viver e bem morrer, o que, até o momento, tem sido feito de maneira incipiente.

Atendê-los segundo suas especificidades de pessoas indígenas é obrigação do país segundo legisla a Constituição brasileira e acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário, tais como a convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Declaração das Nações Unidas sobre os direitos dos Povos Indígenas. Porém, o Estado brasileiro, na figura de seus governos locais, não dá respostas além de abrigos públicos (quando há) e da rede de serviços de assistência social, saúde e educação já existentes. Não o fazer implica reproduzir condições de vida difíceis que dificultam que vivam de acordo com sua cultura usufruindo de boas condições de vida, trabalho, nascimento, adoecimento/tratamento e morte.

Por fim, gostaria de ressaltar que os Warao não são apenas demandantes de problemas difíceis de resolver. São um povo com grande riqueza cultural e antigo no mundo. E tem muito a contribuir no exercício de repensar as questões relativas às garantias de direitos e políticas públicas de indígenas em contexto de cidade no Brasil.

Referências bibliográficas

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR), POPULAÇÃO INDÍGENA. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/indigenas/#:~:text=Entre%20os%20grupos%20%C3%A9tnicos%20presentes,em%20v%C3%A1rias%20partes%20do%20pa%C3%ADs.>

BRASIL. Senado Federal. Lei N.º 9.474 de 22 de julho de 1997 (lei nacional sobre refugiados). Brasília, 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19474.htm

BRASIL. Senado Federal. Lei 13.445 de 24 de maio de 2017 (lei de migração). Brasília, 2017. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13445-24-maio-2017-784925-publicacaooriginal-152812-pl.html>

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

IBGE. **Censo Demográfico 2010: características gerais dos indígenas. Resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

LANGDON, Esther. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther, GARNELO, Luiza. **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Brasília: Contracapa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

MOUTINHO, Pedro. **Parecer técnico Nº 10/2017 – SP/MANAU/SEAP**. Ministério Público Federal (MPF), 2017.

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: E-papers, 2021.

Recebido em: 23/03/2023 * Aprovado em: 10/03/2023 * Publicado em: 30/04/2023
