Impossibilidade cultural crônica, categorias da diferença e experiências de cuidado em saúde entre indígenas Warao e profissionais da saúde em João Pessoa - PB

Chronic cultural impossibility, categories of difference and healthcare experiences among Warao indigenous people and health professionals in João Pessoa - PB

*Andrés Felipe Bernal Restrepo**

1 INTRODUÇÃO

Eram quase cinco horas da madrugada. No dia anterior, havíamos passado parte da tarde conversando, em um canto do vilarejo situado em um bairro periférico da cidade, sobre como a bruxaria vinha motivando a saída de famílias indígenas Warao venezuelanas para outras cidades do Nordeste, na tentativa de se proteger e buscar curandeiros tradicionais. Naquela madrugada, o celular tocou repetidas vezes até que eu atendesse. "A cacica precisa de atendimento em saúde, está com uma forte dor de barriga", disse uma liderança. Era *daño*[1], indicou. Decidimos, junto a um colega da

* Antropólogo colombiano (Universidade do Rosário, Bogotá – Colômbia) mestre em geografia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com experiência em pesquisa social e gestão de políticas públicas relacionadas à justiça, reparação territorial e proteção dos direitos humanos de pessoas afetadas pelo conflito armado no Caribe colombiano e pela crise migratória no Brasil. As principais áreas de pesquisa são a antropologia política e jurídica, os estudos territoriais, as análises sobre a prática e os diversos efeitos do multiculturalismo e o relacionamento intercultural e interétnico. Atuação particular no acompanhamento ao fortalecimento organizacional e a proteção dos direitos indígenas Warao, etnia oriunda da Venezuela.
E-mail: andres.felipe.br@gmail.com

equipe estadual de acolhimento da qual eu fazia parte, ir o quanto antes diretamente à casa da cacica. A liderança e mediador cultural Warao insistia na gravidade do quadro, embora ela se recusasse a receber atendimento no hospital. Já eram quase sete horas da manhã, e tememos que se tratasse de algo grave: a descrição das dores lembrava o caso de uma mulher Warao que havia morrido no ano anterior em decorrência de um câncer de estômago não diagnosticado a tempo, após reiteradas passagens pelos serviços de saúde em outros estados e nesta cidade.

Ao chegarmos ao vilarejo, vários Warao aguardavam na entrada, junto a duas profissionais brasileiras de saúde de uma equipe municipal que, apesar de atuarem há cerca de um ano com o grupo, ainda não haviam estabelecido vínculos de confiança. Uma delas, ao me ver, comentou em tom de desprezo que a cacica "não entendia nada", responsabilizando-a por recusar o hospital com base em explicações de bruxaria. Ao entrarmos na casa, encontramos a cacica deitada em uma rede, cercada por familiares. "*Están flechando mucho, por eso yo estoy muriendo*", disse, com voz fraca. Questionada sobre a recusa ao atendimento biomédico, afirmou que precisava de um curandeiro Warao, pois o hospital poderia agravar seu estado — percepção recorrente, associada às mortes de indígenas após ingressarem nos serviços em estado crítico.

Diante da gravidade, o mediador cultural traduziu sua condição: ela aceitaria ir ao hospital apenas após receber atendimento de um curandeiro Warao. Construímos, então, um arranjo: levá-la primeiro ao curandeiro denominado como *Wisidato* e, em seguida, a um serviço de saúde, com acompanhamento do mediador e de um técnico da equipe, para facilitar seu acesso. Apesar das incertezas e dos paradoxos que marcam o acesso dos Warao aos serviços biomédicos no Brasil, a cacica foi atendida naquela tarde em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), após a construção coletiva de seu ingresso no sistema de saúde.

A cena descrita não constitui um caso isolado, mas condensa tensões recorrentes nas interações entre profissionais de saúde brasileiros — formados na tradição biomédica — e as estratégias de cuidado que compõem o sistema sociomédico Warao. Inseridas em um contexto mais amplo de crise e de contradições entre capital e cuidado, tais interações revelam tanto dinâmicas de desassistência quanto a emergência de arranjos práticos que articulam diferentes regimes de saber e cura, tensionando os modelos terapêuticos fechados da biomedicina.

Este artigo analisa essas tensões a partir da minha experiência junto ao povo Warao, oriundo da Venezuela, ao longo de quatro anos de atuação no acolhimento dessa população (2020–2024), em uma organização não governamental e em uma equipe estadual. Para tanto, mobilizo a noção de "impossibilidade cultural crônica" (MANTINI-BRIGGS, 2018, p. 95),

entendida como expressão de uma alienação colonial persistente nas práticas institucionais, particularmente evidenciada nas interações entre profissionais da saúde e populações racializadas. Tal noção permite compreender como determinadas categorias de diferença operam na produção de (des)atenção à saúde no âmbito das redes municipal e estadual do SUS em João Pessoa/PB.

Articulo essa perspectiva com aportes do pensamento feminista sobre interseccionalidade (PISCITELLI, 2008; VIVEROS, 2016), compreendida não como soma de opressões, mas como uma abordagem situada das relações de dominação. Nesse sentido, interessa compreender como diferentes marcadores — como etnicidade, raça, nacionalidade e classe — se entrecruzam nas experiências Warao, configurando posições específicas nas interações com profissionais da saúde ao longo de seu processo de mobilidade e estabelecimento em uma cidade do Nordeste brasileiro.

A partir desse enquadramento, apresento reflexões sobre estratégias de cuidado construídas junto aos Warao, mobilizando noções como "arranjos em cuidado" (FAZZIONI, 2023), "malhas de vida" (BONET, 2014) e "modos de cuidar" (WITZMAN; GODOI; LOBO, 2024). Tais estratégias são compreendidas como uma ética relacional que envolve seres tangíveis e intangíveis, constituindo movimentos de cuidado que operam em diferentes intensidades e ritmos, mesmo em contextos marcados pela desassistência e por múltiplas formas de adoecimento.

O artigo baseia-se em um percurso de pesquisa que articula diferentes fontes e experiências, atravessadas por inquietações oriundas da minha atuação junto aos Warao. A partir da análise de arquivos pessoais, registros de campo e interlocuções com diferentes atores, examino as interações entre Warao e profissionais de saúde em João Pessoa/PB, evidenciando as tensões entre concepções biomédicas e formas outras de produzir cuidado em meio a estruturas de desigualdade.

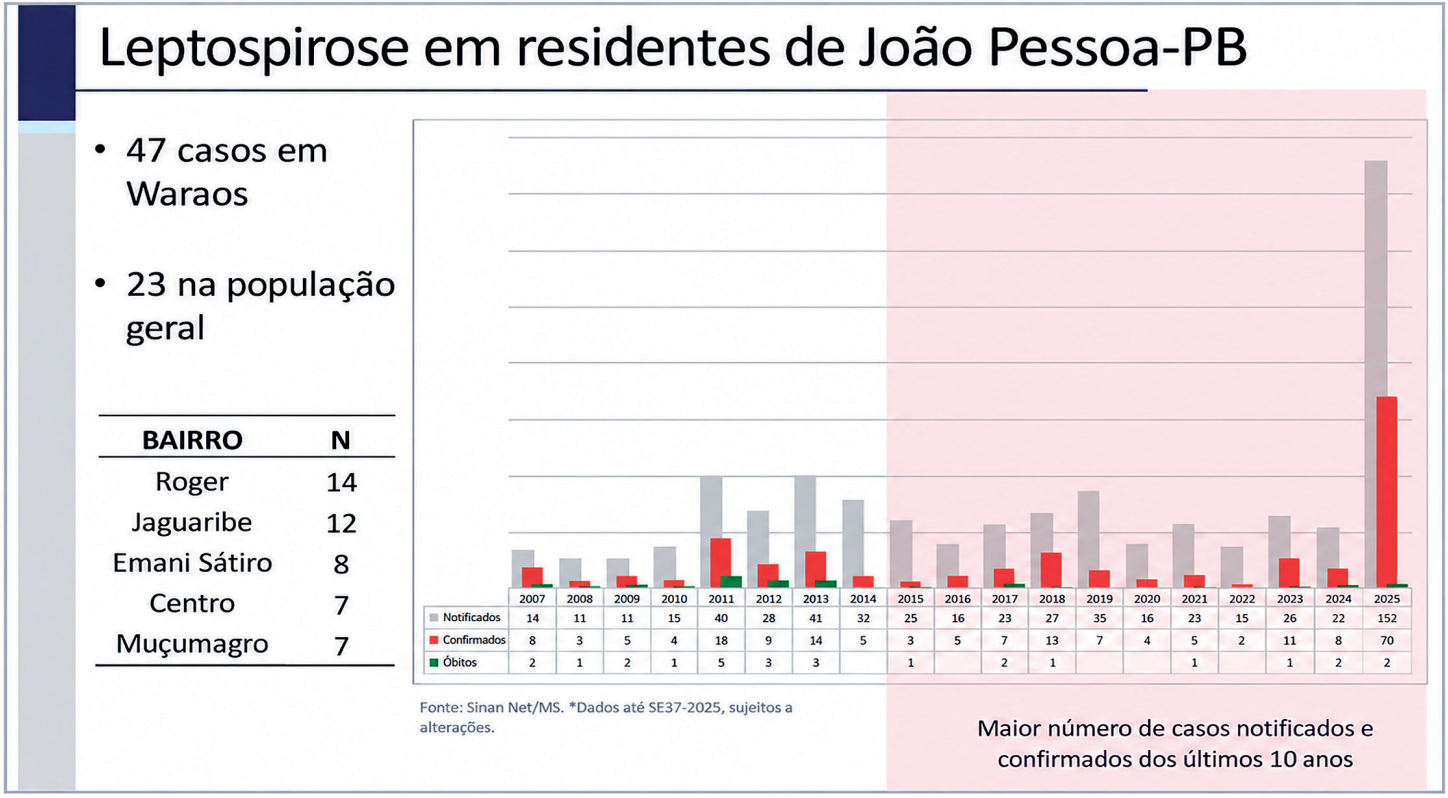
2 A CONTRADIÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DOS WARAO NA ARTICULAÇÃO DA CRISE DO CAPITALISMO FINANCEIRIZADO, O EMBARGO A PAÍSES DO SUL GLOBAL E A MIGRAÇÃO INTERNACIONAL SUL-SUL

A atual vulnerabilidade em saúde vivida pelos Warao no Brasil, da qual existem poucos dados institucionais sistematizados, está vinculada a um histórico de espoliação territorial, deslocamentos forçados e produção social da doença que marca a trajetória desse povo desde o delta do rio Orinoco até João Pessoa, em um contexto mais amplo de crise do cuidado no capitalismo

contemporâneo. Desde a chegada das primeiras famílias à capital da Paraíba, no final de 2019, até novembro de 2025, contabilizam-se mais de trinta falecimentos, em sua maioria decorrentes de doenças preveníveis, incluindo um número significativo de crianças (BRASIL, 2022). Somente em 2025, foram registradas 11 mortes — cinco crianças, três adultos e três idosos — em uma população estimada em cerca de 641 pessoas. As causas notificadas incluem catapora, sepse, dengue hemorrágica, pneumonia, desnutrição e insuficiência respiratória, compondo um quadro de fragilidades sistêmicas, barreiras de acesso e respostas institucionais insuficientes.

Em maio de 2025, um dos abrigos Warao no centro de João Pessoa encontrava-se em condições sanitárias críticas, agravadas pela interrupção do repasse de recursos destinados à sua manutenção. A ausência de saneamento adequado resultou em esgoto a céu aberto, acúmulo de água estagnada, infiltrações, mofo e superlotação, configurando um ambiente de risco permanente. Crianças brincavam em áreas alagadas por dejetos, enquanto famílias permaneciam expostas, por semanas, a essas condições, apesar de reiteradas solicitações às instâncias responsáveis. Nesse contexto, emergiram casos graves de adoecimento, inicialmente atendidos de forma fragmentada. Dificuldades de comunicação com o SAMU, ausência de mediação linguística e práticas institucionais de caráter tutelar evidenciaram padrões recorrentes de (des)atenção. O diagnóstico de leptospirose, confirmado apenas após hospitalizações prolongadas e a identificação de novos casos, revelou um surto concentrado nessa população. Dados obtidos junto a profissionais de saúde indicam que, dos 70 casos confirmados em João Pessoa em 2025, cerca de 67% correspondiam a indígenas Warao, com aumento de 775% em relação ao ano anterior.

Figura 1: Casos de leptospirose em residentes de João Pessoa (PB), 2025



Fonte: entrevista com profissional de saúde com atuação na vigilância e atenção básica, João Pessoa, 2025. A pedido da interlocutora, o órgão de atuação não é identificado.

A alta taxa de mortes entre os Warao e o fato de ser o grupo que mais acumula casos de leptospirose evidencia que o adoecimento não se distribuiu de forma aleatória, mas incidiu de maneira desproporcional sobre uma população submetida a condições estruturais de vulnerabilização produzidas pela gestão da migração indígena e pela precarização das políticas de acolhimento no Brasil, que, apesar de maior cobrimento em comparação com a Venezuela, não tem conseguido consolidar caminhos de atenção e promoção em saúde de uma maneira diferenciada para os Warao.

Situações como as da leptospirose, portanto, não podem ser compreendidas apenas como um evento epidemiológico, mas como expressão concreta de um processo histórico mais amplo, marcado por deslocamentos forçados, espoliação territorial, o abandono sistemático das famílias Warao no contexto da crise da reprodução social e do cuidado no capitalismo contemporâneo — especialmente em sua fase financeirizada, no qual o cuidado em saúde se organiza por negligência, urgência e tutela — e não por prevenção, diálogo ou corresponsabilização.

Como documenta Mantini-Briggs (2018), os Warao têm sido historicamente expostos a epidemias associadas à exploração econômica; à degradação ambiental; e à ausência de políticas públicas adequadas. Desde o século XX, surtos de sarampo, cólera e outras doenças produziram elevados índices de mortalidade, especialmente entre crianças, desencadeando deslocamentos forçados e aprofundando a vulnerabilidade desse povo. Relatórios e os próprios Warao em rodas de conversa indicam a persistência desse padrão, com epidemias evidentes nos anos da crise de sarampo e mortes evitáveis em contextos de desassistência (PROVEA, 2020).

Longe de constituir uma ruptura, esse padrão histórico de vulnerabilização se reproduz, com novas mediações, no contexto brasileiro. Desde a chegada pela fronteira de Pacaraima, entre 2017 e 2018, os Warao relatam experiências marcadas pela incompreensão, ausência de diálogo intercultural e práticas percebidas como violentas, especialmente na vacinação sem explicação prévia, o que reforça a desconfiança em relação aos serviços de saúde. Também mencionam episódios de racismo institucional, como a proibição de práticas de cura Warao, restrições ao acompanhamento familiar e falta de informações sobre diagnósticos e tratamentos. Em João Pessoa/PB, destacou ainda ações de rastreamento de tuberculose sem devolutiva e ausência de educação em saúde, evidenciando a centralidade da comunicação no cuidado.

Esse quadro pode ser compreendido à luz da noção da crise de reprodução social do capitalismo contemporâneo, especialmente em sua fase financeirizada (FRASER, 2020), que tende a parasitar as próprias bases que sustentam a vida, apropriando-se de recursos materiais, sociais e

institucionais sem assegurar sua reposição, produzindo crises recorrentes de cuidado, saúde e reprodução social que se manifestam em adoecimentos e mortes.

No caso venezuelano, essa dinâmica assumiu contornos particularmente agudos a partir do endurecimento das sanções econômicas impostas pelos Estados Unidos, sobretudo desde 2015, quando o primeiro foi declarado uma "ameaça à segurança nacional" (UNITED STATES, 2015). Inseridas no jogo da geopolítica imperial e da ampliação da financeirização global do neoliberalismo, tais medidas impuseram severas restrições financeiras e comerciais que desencadearam uma contração econômica profunda, com efeitos diretos na produção de uma crise humanitária e social vivida ao longo da última década, com respostas governamentais parciais, num contexto de crise política, ameaça militar e uma alta dependência de uma economia fóssil.

As sanções reduziram drasticamente a capacidade do Estado venezuelano de importar insumos essenciais, enquanto o bloqueio de ativos estratégicos e as restrições ao comércio internacional — intensificadas em 2017 e 2019 — produziram impactos devastadores sobre a economia (WEISBROT; SACHS, 2019; BAHAR et al., 2019). Essa conjuntura foi determinante para o colapso de serviços públicos fundamentais, como energia, água, saneamento e abastecimento de insumos médicos, além de aprofundar a insegurança alimentar e a fome e corroer a capacidade do sistema de saúde. Nesse contexto emerge um fenômeno migratório, desta vez generalizado, envolvendo populações não indígenas e indígenas. Elas passam a se deslocar para diferentes países da América Latina como estratégia de sobrevivência diante da intensificação da escassez e do conflito político interno influenciado pelos Estados Unidos. Este processo se torna particularmente severo no estado do Delta Amacuro, com consequências específicas e agravadas para a saúde do povo Warao.

À luz da formulação de Fraser (2020), a migração forçada pode ser compreendida como um dos principais efeitos das contradições produzidas pelo capitalismo financeirizado. No contexto contemporâneo, marcado por uma crise migratória global e por processos geopolíticos que incidem desde há vários anos sobre a Venezuela, incluindo sanções econômicas e disputas ainda vigentes, em 2026, em torno de recursos estratégicos como o petróleo, os deslocamentos populacionais para diferentes países da América do Sul são um efeito desses processos. Nesse cenário, inserem-se as migrações Sul–Sul dos Warao e outros grupos indígenas[2]. Diferentemente das cadeias globais formais de trabalho de cuidado, frequentemente associadas aos fluxos migratórios Sul–Norte e à mobilização de mulheres migrantes (PISCITELLI, 2008), a mobilidade Warao é marcada sobretudo pela busca de condições de

sobrevivência diante da ausência ou da precarização das oportunidades de trabalho. Assim, sua inserção nas cidades e periferias do Sul Global ocorre em contextos de elevada vulnerabilidade social e econômica.

Nesse contexto, a resposta à migração venezuelana no Brasil, conduzida inicialmente por governos de orientação liberal-conservadora e de extrema-direita, frequentemente apresentada como ação humanitária coordenada, pode ser compreendida também como parte da constituição de uma economia humanitária, articulada entre o Estado, organismos internacionais, como a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e o Alto Comissariado Das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), e uma rede de organizações da sociedade civil financiadas por recursos internacionais. Longe de operar apenas como mecanismo de proteção, essa estrutura mobiliza fluxos financeiros, projetos e parcerias institucionais que também respondem a interesses de governança e de política internacional (DAUER; MACEDO, 2021) que integram as próprias dinâmicas de gestão da crise contemporânea.

Para populações como os Warao, isso se traduz em uma forma de gestão da crise que não supera as condições de precariedade, mas as administra, reproduzindo desigualdades no acesso ao cuidado e à saúde em um cenário mais amplo de crise da reprodução social. Nesses contextos, tanto o mercado (incluída a economia humanitária) quanto os sistemas públicos de proteção social revelam-se profundamente insuficientes, sobretudo quando se trata da promoção e atenção em saúde para migrantes e refugiados. As capacidades sócio reprodutivas, assim, não são apenas deslocadas, mas também comprimidas simultaneamente nos territórios de origem, de migração e de destino, produzindo uma condição de reprodução social cronicamente inviabilizada e precarizada. Trata-se de um quadro de descartabilidade que atinge grupos como os indígenas migrantes, para os quais, nos termos de Leite (2020, p. 133–134), epidemiologia e biopolítica têm caminhado juntas desde o início da modernização, racializando e estigmatizando corpos desmunidos ou desprovidos de um horizonte de integração societária, deixando-os fora de toda comunidade, embora sob retóricas de integração e atenção. Como consequência, reorganiza-se uma crise do cuidado que se estende, de forma paulatina, durante o processo de mobilidade com efeitos ainda visíveis.

A diáspora Warao, portanto, não pode ser compreendida apenas como resultado de decisões individuais ou como efeito de uma “crise nacional” isolada, mas como expressão localizada de uma crise estrutural mais ampla, na qual os custos sociais da financeirização e da geopolítica global são sistematicamente transferidos para corpos racializados, indígenas e historicamente marginalizados. Ao atravessarem fronteiras e subregiões em busca de sobrevivência, os Warao carregam consigo não apenas os efeitos do deslocamento forçado, mas também as marcas de uma crise de cuidado

que reaparece nos contextos de acolhimento no Brasil sob a forma de precarização habitacional, ausência generalizada de trabalho[3], adoecimentos evitáveis e arranjos improvisados de cuidado em que também participam ONGs brasileiras financiadas por países do norte global, diante dos quais as instituições de saúde pública assumem uma responsabilidade central — ainda que frequentemente não reconhecida ou mal endereçada.

Se a migração Warao pode ser compreendida como expressão de uma crise ampliada da reprodução social, num cenário de uma relação que já era contraditória entre a formação do Brasil e os povos indígenas, é no encontro cotidiano com profissionais das instituições estatais que me interesso — particularmente nos serviços de saúde no Brasil — para analisar como essa crise se materializa de forma mais densa e desigual para os indígenas em diáspora. Os espaços institucionais de cuidado constituem arenas privilegiadas onde se tornam visíveis as contradições entre a promessa universalista do direito à saúde e as diferenças raciais, étnicas, de classe e de gênero e nacionalidade, que estruturam seu funcionamento concreto.

Nesse sentido, as experiências etnográficas dos *eventos-em-prática* (CRONEMBERGER, 2025) correntes com profissionais da saúde, no contexto da interação com famílias Warao, atualizam o que Mantini-Briggs (2018) denomina de "impossibilidade cultural crônica": regime de produção institucional da negligência, no qual a incapacidade de diálogo intercultural, a hierarquização racial e a lógica biomédica hegemônica convergem para transformar diferenças culturais em obstáculos ao cuidado, ao mesmo tempo em que ocultam as responsabilidades estruturais do Estado na produção do adoecimento.

3 "IMPOSSIBILIDADE CULTURAL CRÓNICA", CATEGORIAS DA DIFERENÇA E DESIGUALDADE NAS INTERAÇÕES ENTRE INDÍGENAS WARAO E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Abordar o atual problema do cuidado, desde outras formas terapêuticas na crise da sociedade capitalista, não ocupa um papel preponderante e central na estrutura do pensamento das escolas da saúde, os espaços da gestão (secretarias de saúde municipal e estadual) e nos espaços públicos no território onde ela se pratica. A declaração do Secretário Municipal de Saúde de João Pessoa, publicada em uma rede social a respeito do surto de leptospirose ocorrido no começo de 2025, é particularmente ilustrativa para compreender essa ausência pois demonstra como vem se estruturando e fundamentando a gestão política das instituições de saúde na atenção aos Warao na capital da Paraíba, desde uma impossibilidade cultural crónica ensinada nos departamentos de saúde das universidades.

No pronunciamento do Secretário[4], a ênfase recai sobre a suposta resistência dessa população aos tratamentos biomédicos convencionais — aos quais, segundo essa perspectiva, deveriam ser introduzidos —, deslocando para os próprios Warao a responsabilidade pelas mortes ocorridas e obscurecendo, ao mesmo tempo, as limitações técnicas, institucionais e operacionais do sistema de saúde para responder à situação. As fragilidades do processo em curso são, assim, interpretadas pelo Secretário municipal de saúde como um conjunto de questões "principalmente culturais". A diferença cultural aparece, em suas palavras, como "fragilidade" da relação, funcionando logo como marcador de uma *impossibilidade cultural crônica*: uma barreira produzida nos próprios espaços da gestão pública e nos espaços de interação com os Warao, que impede o diálogo com outros sistemas sociomédicos de concepção da doença, do cuidado e da cura.

Eram recorrentes os embates nas falas durante as "visitas" da equipe de saúde municipal aos abrigos ou vilas onde moram os Warao (como no caso da cacica no vilarejo). As falas dentro dos serviços de saúde municipais e estaduais, ou as falas de profissionais encarregados da gestão, quando as concepções científicas e terapêuticas da biomedicina ocidental — comumente mobilizadas pelas autoridades em saúde para tratar o chamado "problema dos indígenas venezuelanos", como eram frequentemente designados — entravam em tensão com aportes críticos de outras formas e caminhos terapêuticos de cuidado em processo de construção junto aos Warao. Isso ocorria durante as interações entre os profissionais de saúde e os Warao, bem como quando apresentávamos experiências inspiradas pela antropologia em saúde indígena, as ciências sociais, a pedagogia e a psicologia.

Desta forma, o argumento sustentado historicamente por autoridades e profissionais na Venezuela — segundo a qual "os Warao são acusados de que sua própria cultura teria se convertido em um instrumento de sua própria aniquilação", como demonstraram Briggs e Mantini-Briggs (2005), era também utilizado nestes embates pela maioria de profissionais das equipes de saúde com as quais interagimos junto aos Warao. Essa estrutura argumentativa que compõe uma técnica de gestão daqueles que são considerados "estrangeiros", "os outros" (PRECIADO, 2020), aparecia de forma sistemática nas situações cotidianas de interação entre indígenas e profissionais pertencentes aos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) em João Pessoa, nas reuniões com o poder público e a gestão municipal e estadual e, inclusive, nas redes sociais do secretário municipal de saúde. Essa dinâmica é expressão do que Mantini-Briggs (2018, p. 96) descreve como o fundamento das "estratégias de um persistente poder da colonialidade exercido na formação e nas práticas profissionais de atores que regem os destinos da sociedade".

Nos termos de Agier (2011), o "governo dos indesejáveis", no qual populações deslocadas são mantidas em regimes de administração permanente e de negação, sem que se produzam condições efetivas de integração social ou transformação das estruturas que sustentam sua precarização, o fantasma discursivo da impossibilidade cultural crônica não se apresentava como um dado abstrato, mas como parte constitutiva da estrutura de interações e relações, em diferentes escalas, das quais participei junto às famílias Warao e aos profissionais e gestores da saúde. Era comum que nas visitas aos abrigos, ou em consonância com a fala do secretário, nos serviços de saúde, a evocação de uma suposta incompatibilidade essencial entre culturas, frequentemente formulada como "um problema de diferença cultural". Contudo, o que se observava não era um conflito cultural em si, mas a sobreposição de desigualdades históricas, diferenciações raciais, barreiras linguísticas, regimes biomédicos normativos e práticas institucionais fechadas ao diálogo com outras cosmologias, sistemas sociomédicos e com as próprias trajetórias de deslocamento forçado que marcam a vida desse grupo indígena em mobilidade.

Esse aparato, intimamente ligado ao poder colonial, inscreve-se nas práticas profissionais e articula-se de maneira profunda à problemática socioambiental, econômica, política e sanitária histórica que impulsionou os deslocamentos forçados dos Warao como estratégias de resistência e sobrevivência. Ao fazê-lo, reproduz "formas discursivas e regimes de saber que conceitualizam, codificam e definem o 'outro' colonizado por meio de um imprescindível aparelho discursivo que perpetua a dominação colonial" (MANTINI-BRIGGS, 2018, p. 97). Essas operações discursivas não atuam de forma isolada, mas se entrelaçam a marcadores de raça, etnicidade, classe, nacionalidade e gênero, produzindo hierarquizações específicas no acesso ao cuidado. Nesse sentido, conforme observa Preciado (2020), retomando as formulações de Emily Martin, a imunidade corporal não constitui um mero fato biológico independente de variáveis culturais e políticas. Pelo contrário, o que entendemos por imunidade é construído coletivamente por meio de critérios sociais e políticos que, alternadamente, produzem soberania ou exclusão, proteção ou estigma, vida ou morte.

Como argumenta Viveros Vigoya (2016), trata-se de uma concepção cruzada ou imbricada das relações de dominação, as quais, podemos afirmar, materializam-se, por exemplo, nos espaços de interação entre indígenas Warao e profissionais da saúde. O referido autor debate criticamente os alcances e as limitações da interseccionalidade como ferramenta teórica e política para compreender a diversidade e a dispersão das trajetórias em que se entrecruzam diferentes modalidades de dominação, que produzem posições específicas de desigualdade e poder, vividas concretamente por

distintos grupos sociais. Os rastros da imbricação das relações de opressão, organizadas não por eixos independentes, mas por configurações históricas e situadas, nas quais raça, classe, gênero, etnicidade e nacionalidade, no caso dos Warao, coproduzem-se mutuamente, constituem posições sociais específicas e assimétricas que operam nas interações entre as profissionais de saúde locais e os Warao.

É interessante pensar esses entrecruzamentos entre indígenas Warao e profissionais — majoritariamente mulheres — das equipes municipais de saúde, atuantes na denominada "equipe indígena", nas UBS e em hospitais, como enfermeiras, técnicas de enfermagem e responsáveis pelas tarefas do cuidado em saúde, muitas vezes, também no âmbito doméstico, pois isso permite identificar como, no contexto brasileiro, a crise do cuidado se articula historicamente a uma profunda divisão racial, de classe e de gênero do trabalho doméstico e de cuidados (IPEA, 2021).

Muitas das trabalhadoras da linha de frente com as quais construímos diversas interações junto aos Warao, em geral mal remuneradas, ocupam posições distintas daquelas de médicas, assistentes sociais, psicólogas e profissionais da gestão da saúde. As relações entre esses profissionais são marcadas por diferenças salariais, de capital escolar, de classe e de raça. Embora existam estas diferenciações internas entre profissionais da saúde, a constelação interseccional em que operam essas relações entre a saúde institucional e a população Warao, em contexto de acolhida, acentuam ainda mais a condição indígena vinculada à racialização, à pobreza, à associação com o "sujo", à condição de estrangeiro e, de maneira decisiva, às assimetrias de gênero. Isso constitui assimetrias que atravessam tanto as experiências de adoecimento quanto às interações com os profissionais de saúde através de dispositivos de moralização do cuidado.

À luz dessa abordagem, o modelo racial que estrutura as interações nas relações dos profissionais da saúde, que reproduzem entre si sua própria constelação de intersecções de opressão e dominação, operam sobre os Warao de maneira específica, com ênfase na racialização por serem indígenas, na moralização do cuidado e a responsabilização — que, em determinados momentos das interações nos serviços de saúde, recai de forma particular sobre as mulheres Warao — e na segregação por nacionalidade. Apesar das diferenciações que operam entre profissionais brasileiras da saúde, não eram poucas as falas que, nos momentos de interação em situações de atendimento ou reuniões entre gestoras e gestores de políticas públicas, responsabilizavam e acusavam, de forma explícita ou implícita, os Warao por sua própria situação de precariedade e adoecimento, ou que apagavam os sistemas sociomédicos Warao de concepção da doença e da cura, ao mesmo tempo em que se negava o atendimento ou a atuação diante de muitas das urgências em saúde sofridas por aqueles que vivem na cidade.

É nesse nível microssocial da interação entre profissionais da saúde, dispositivos do Estado e famílias Warao que a crise do cuidado se corporifica, revelando como uma reprodução social inviabilizada se traduz em adoecimentos evitáveis, descontinuidades no tratamento de doenças crônicas e relações atravessadas pela desconfiança, pela incompreensão e pela violência racial, de classe e nacionalidade. As concepções e categorizações dos "outros" racializados, como os Warao, ancoradas em uma percepção eurocêntrica e ocidentalizada que desapropria a agência indígena (MANTINI-BRIGGS, 2018), constituem uma realidade observável entre uma parcela significativa dos profissionais responsáveis pela prestação de serviços de saúde à população Warao em João Pessoa. São então as ideias internalizadas nos espaços de formação em saúde que correspondem, precisamente, ao que Mantini-Briggs (2018) denomina *impossibilidade cultural crônica*: um regime que opera em contextos de desigualdade social, colonialidade, racismo e relações de poder, moldando de forma assimétrica o acesso à saúde — especialmente no caso de populações indígenas e racializadas.

A estigmatização e a discriminação dos sujeitos afetados, responsabilizados por sua própria precariedade, produzem não apenas negligência, mas também — como fala Mantini-Briggs (2018), uma incapacidade estrutural de imaginar caminhos alternativos como dentro do horizonte institucional. Essa fundamentação instalada nos cursos da saúde impedia reiteradamente materializar reuniões de diálogo e planejamento conjunto entre os Warao, a equipe transdisciplinar em ciências sociais na qual eu trabalhava e profissionais dos equipamentos em saúde em território ou, ainda mais acentuado, com a coordenação municipal da Atenção Básica municipal. No caso de que as reuniões acontecessem, dava-se num cenário de tensão e disputas discursivas em que chegaram a nos acusar de negligentes por propor outras abordagens e caminhos para construir processos terapêuticos junto aos Warao.

Isto se estrutura num contexto de consolidação de esquemas de regulação — como o chamado "fura-fila", amplamente denunciado na imprensa local — de uma gestão atravessada por interesses políticos, clientelistas e de relações com facções criminosas[5], além de negação do problema ou de um tratamento *soft* em redes. Isso porque segundo uma profissional de saúde entrevistada, nos últimos quatro anos existe uma ausência de notificações de óbitos, natimortos ou situações de saúde pública, sobre os Warao, à gerência de vigilância epidemiológica, o que revela para ela a dimensão dessa crise. Trata-se de uma corrosão dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS, que são mais excludentes ainda com os grupos racializados e em situação de mobilidade forçada, como os Warao.

4 EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO JUNTO AOS INDÍGENAS WARAO EM JOÃO PESSOA – PB

Pode parecer quase ingênuo propor uma reflexão sobre interações e momentos de cuidado construídas junto ao povo Warao em um cenário marcado por uma impossibilidade cultural crónica que resulta em desassistência, mortes, adoecimentos decorrentes, precarização das condições de vida e múltiplos desafios no acesso à saúde ao longo do percurso diaspórico dos indígenas Warao. No entanto, existe uma urgência de pensar o cuidado — tal como se produz, se disputa e se improvisa — nos interstícios entre políticas públicas fragmentadas, práticas profissionais condicionadas por "itinerários de negligência"[6] e as próprias estratégias para sobrevivência, mobilidade e recomposição da vida junto aos Warao.

Este artigo é escrito numa conjuntura onde não existe garantia da continuidade do centro estadual de referência a migrantes e da execução do plano emergencial para o acolhimento Warao, além da ausência da consolidação de planos de ação construídos entre instituições de saúde e esse povo, e a ausência de uma política estadual real que garanta recursos para a criação de políticas para migrantes e refugiados. Por isso, a escolha por escrever sobre práticas e relações de cuidado construídas nesse cenário de adoecimentos e mortes trata de deslocar o olhar para um outro lugar, o das experiências com potencial transformador, gestadas na cotidianidade de um serviço público atravessado por crises. Nessa perspectiva, tornam-se fundamentais, como espaço de memória e reflexão valiosos a serem estudados a partir de vários aportes do feminismo crítico latino-americano, a filosofia social, e a antropologia da saúde. Não se trata de romantizar as brechas, mas de reconhecê-las como formas de agência, de invenção e de negociações nesses contextos migratórios que produzem vulnerabilidades e mortes evitáveis.

Voltemos ao caso da cacica, apresentado na vinheta etnográfica inicial, para compreender a resolução das várias emergências em saúde Warao que experimentamos onde foi possível. Apesar das barreiras e desigualdades impostas, num marco de muita desconfiança, é importante destacar a busca de cuidado nos postos de saúde *jotarao*[7] da cidade, como parte de umas construções de um "arranjo de cuidado" (FAZZIONI, 2023), series de itinerações (idas e vindas) e malhas de cuidado (BONET, 2014), ou ainda como expressão de "modos de cuidar" produzidos em contextos de mobilidade (GODOI, LOVO, WEITZMAN, 2024).

Determinada a condição de saúde da cacica, marcada pelos extensos percursos da migração forçada desde a comunidade de *Lagunita de Mariusa* até a cidade de João Pessoa, a mobilidade é aqui compreendida como

um ato de resistência frente à impossibilidade cultural crônica, à pobreza extrema, à desapropriação e às condições precárias de saúde e morte. Como aponta Mantini-Briggs (2018, p. 95), a confrontação dessas desigualdades e diferenciações se dá por meio de "estratégias de resistência expressas, entre outras formas, pelas migrações e deslocamentos Warao". Nesse sentido, coloca-se a questão de como pensar a construção de estratégias de cuidado em saúde nas próprias experiências de mobilidade e diáspora, particularmente nas interações e trocas entre saberes, campos de conhecimento e instituições.

Algumas respostas locais à crise do cuidado como as vivenciadas no vilarejo no contexto do capitalismo neoliberal financeirizado e de governança humanitária ganham centralidade analítica na discussão. Apesar de não se apresentarem como iniciativas capazes de alterar, por si sós, a estrutura desse regime social nos espaços da saúde, tais experiências constituem respostas situadas aos impasses que atravessam a atual crise do cuidado em saúde vivida pelos Warao, poucas vezes valorizadas e levadas em consideração pelas autoridades locais. Ao enfrentar, no cotidiano, os efeitos da desvalorização, da externalização e da precarização do cuidado, a construção de arranjos, interações e malhas, e modos de cuidado abrem fissuras na ordem biomédica dominante, linear e fechada, e indicam caminhos possíveis de reconfiguração das práticas de atenção à saúde, ancorados em outras racionalidades, vínculos e formas de responsabilidade coletiva.

Nesse sentido, os "arranjos de cuidado", segundo a antropóloga Natalia Fazzioni (2023, p. 19), como categoria analítica inspirada nas discussões sobre a ética do cuidado, permitem "descentralizar a noção de cuidado de relações duais e domésticas, complexificando o emaranhado de relações que compõem o cuidado, incluindo as relações com diferentes atores sociais". A autora procura "apontar para a forte dimensão situacional do cuidado, marcada por improvisos e precariedades", sendo um fenômeno complexo e socialmente articulado, que ultrapassa a esfera privada e as relações estritamente familiares. Ao propor uma abordagem que inclui múltiplos atores e situações, ela amplia o entendimento do cuidado como uma prática coletiva e situada, caracterizada por ajustes, improvisos e pela constante adaptação em contextos de precariedade.

Assim, é possível identificar como, nesse emaranhado de relações complexas, mediadores(as) culturais Warao e lideranças se tornaram agentes centrais na construção de "arranjos de cuidado" com as famílias Warao em João Pessoa. Eles atuam junto com educadores sociais e técnicos do serviço do qual eu fazia parte, bem como com profissionais da rede pública de saúde (especialmente das UBS dos territórios), promovendo uma articulação dialética entre saberes Warao, o conhecimento biomédico e as ciências sociais. Apesar das limitações e da precarização laboral, essas interações

em torno dos mediadores e mediadoras culturais contratados constituem a expressão de uma importante agência social ancorada no saber Warao. Produziu-se um intercâmbio que buscou abrir brechas para estabelecer uma liminaridade entre os atores do sistema sócio médico indígena e a saúde biomédica hegemônica, como um espaço contextualizado de "medicinas híbridas" (FOLLER, 2004, p. 109). Trata-se de um campo que tensiona a imposição de processos pelos quais os Warao escolhem — ou não — tratar questões de saúde e doença, configurando o que Maj-Lis Foller (2004) denominou de intermedicalidade: uma zona de contato criada entre povos indígenas e profissionais de saúde.

Nesse sentido, os "arranjos de cuidado", pensados como parte das lutas transfronteiriças propostas por Fraser (2020), não se limitam à articulação entre grupos subalternizados que vivenciam o entrecruzamento de opressões e desigualdades, mas incluem também o diálogo entre diferentes áreas do conhecimento e saberes indígenas. No campo, esses arranjos se materializaram em situações como o acompanhamento de uma cacica em urgência de saúde, envolvendo familiares, mediador cultural e profissionais da equipe municipal, bem como durante o surto de leptospirose no ano passado. Nesses contextos, foram construídos arranjos de cuidado a partir de uma abordagem que articula múltiplos atores e situações, ampliando a compreensão do cuidado como prática coletiva e situada, na qual saberes indígenas e ciências sociais se somam dialeticamente à prática biomédica.

Caracterizados por ajustes, improvisos e constante adaptação em contextos de precariedade, esses processos de construção de arranjos de cuidado tensionam a rigidez dos itinerários terapêuticos próprios da biomedicina convencional, diante dos quais os Warao se deparam cotidianamente. O tecido desses arranjos opera na transversalidade dos campos, buscando transcender a oposição entre os saberes do sistema sociomédico Warao, as ciências médicas e as ciências sociais — divisão que frequentemente encobre a clássica dicotomia entre natureza e cultura, particularmente forte nas áreas da saúde. Com base nisso, foram elaboradas propostas de intervenção em situações de promoção e de urgência em saúde, tanto em abrigos e moradias quanto em serviços de saúde, além de ações de formação voltadas a profissionais da saúde e conselhos tutelares, e da criação de espaços de escuta, diálogo e ensino sobre o SUS junto às famílias. Tais iniciativas foram orientadas por um enfoque que articula saberes Warao, ferramentas metodológicas e epistemológicas das ciências sociais e a medicina ocidental, no sentido apontado por Langdon e Garnelo (2017), como caminho e forma de agência para explorar, junto aos Warao, diferentes possibilidades terapêuticas de cuidado.

As respostas a essa complexa realidade epidemiológica e de adoecimento aproximam-se também do conceito de Bonet (2014) de itinerações e malhas para pensar o cuidado, destacando que o processo de busca por cuidado não é linear nem restrito aos serviços biomédicos, mas sim ações em fluxo, abertas e sujeitas a improvisações criativas que revê-la a agência dos sujeitos. A proposta do autor aponta à necessidade de repensar os itinerários terapêuticos da biomedicina ocidental tal como estruturados nos sistemas oficiais de saúde.

Ao analisar as relações entre médicos e usuários na atenção primária, Bonet (2014, p. 335) evidenciou como os usuários vão, na prática, estruturando o próprio sistema, frequentemente em desacordo com o desenho previsto pelos gestores. Isso demonstra como as pessoas constroem trajetórias de cuidado articulando diferentes saberes, instituições e relações sociais. Ao longo do tempo, o que pode se evidenciar é que profissionais da gestão em saúde municipal e estadual instituíram, na relação com os Warao, um percurso racional e fechado, ancorado na ideia de uma suposta impossibilidade cultural crônica. Entretanto, foram se produzindo deslocamentos nos serviços de saúde, por meio de exercícios de escuta, construção de vínculo e repetição das interações, a partir dos quais se teceu uma trajetória relacional que pode ser compreendida como um emaranhado de malhas (*meshwork*) — isto é, linhas de vida entrelaçadas, em crescimento e movimento (INGOLD apud BONET, 2014, p. 335).

Ainda que limitado e desgastante, o movimento constante de "ir e voltar" entre as famílias Warao, a equipe do CERMIR e os profissionais de saúde — em suas diferentes escalas — tornou-se vital para a circulação de informações. Esse fluxo, cujo eixo organizador centrou-se no mediador cultural e nas lideranças locais para tratar de questões de saúde nos territórios, impulsionou o processo de "habitar" o sistema de saúde. Articuladas, tais ações consolidaram-se como estratégias centrais para pensar e construir, com os Warao, outras formas de cuidado através de malhas entrelaçadas de vida, que não são inacabadas nem fechadas como seria uma rede.

Seguindo a Bonet (2014), esses caminhos que não estavam previamente dados, emergiram das relações, das situações de urgências, dos desencontros com profissionais da saúde, e da confiança construída ao longo do tempo. Assim, constituíram-se itinerários terapêuticos porosos, instáveis e continuamente renegociados a partir do reconhecimento do sistema sociomédico Warao, como a aconteceu com a cacica Warao do vilarejo ou com a crise da leptospirose.

Explorar, por fim, essas experiências é identificar "modos de cuidar", no sentido proposto por Weitzman, Godoi e Lovo (2024), com base em etnografias realizadas em diferentes contextos, que articulam práticas situadas de mobilidade e relação. Como já mencionado, a própria migração

é compreendida como uma forma de resistência à imposição e ao entrecruzamento de diferenças de raça, etnicidade, nacionalidade e classe que se produzem nas interações entre os Warao e os profissionais da saúde.

São recorrentes os casos em que, como relatam os Warao no dia antes da emergência com a cacica, a mobilidade para outras cidades se estrutura tanto a partir de acusações de feitiçaria entre os próprios Warao quanto pela condição de já estarem enfeitiçados, levando à busca por cura junto a especialistas dentro de seu sistema sociomédico. Ao mesmo tempo, a mobilidade também se orienta pela procura por serviços de saúde, assistência social e melhores condições de vida, seja para melhorar a coleta ou para encontrar trabalho. Ou seja, a ampla migração — transfronteiriça ou interna no Brasil, inclusive no espaço urbano — opera não apenas como resistência, mas como um princípio organizador das dinâmicas sociais, inscrito em uma ética de relacionamentos que envolve seres tangíveis e dimensões intangíveis (como o sistema xamânico Warao). De modo semelhante ao contexto etnográfico analisado por Weitzman, Godoi e Lovo, os "modos de cuidar" Warao estão atrelados à mobilidade como eixo organizador das relações sociais, envolvendo "uma gramática de interdependência social, espiritual e material a partir de uma teia de relacionalidades que abraça pessoas [...] e entidades supranaturais, que estão em constante movimento" (WEITZMAN; GODOI; LOVO, 2024, p. 2).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo partiu de uma cena etnográfica — a urgência em saúde vivida por uma liderança Warao em João Pessoa — para analisar tensões nas interações entre indígenas em mobilidade e profissionais da saúde. Argumentei que tais tensões não se reduzem a problemas de "diferença cultural" ou comunicação, mas expressam um regime de produção de desigualdade que Mantini-Briggs (2018) denomina de "impossibilidade cultural crônica".

Nesse quadro, categorias de diferença, articuladas a marcadores de gênero, raça, etnicidade, nacionalidade e classe, operam como dispositivos ativos na produção de (des)atenção à saúde, reconfigurando os limites do acesso, do reconhecimento e do direito à vida. As experiências analisadas indicam que a denominada "resistência cultural" deve ser compreendida à luz de trajetórias históricas de violência, deslocamento forçado e desassistência, que atravessam tanto o contexto venezuelano quanto os espaços de acolhimento no Brasil.

A situação vivida pelos Warao insere-se em uma crise mais ampla da reprodução social no capitalismo contemporâneo, em que a migração aparece simultaneamente como efeito dessas condições e como estratégia

de sobrevivência, ainda que marcada por novas formas de vulnerabilização. Contudo, essas dinâmicas não se esgotam na produção de desigualdade. Como procurei demonstrar, emergem "arranjos de cuidado" construídos nas interações entre famílias Warao, mediadores culturais, profissionais da saúde, e profissionais das ciências sociais, caracterizados por negociação, improviso e articulação entre diferentes regimes de saber e prática. Conceitos como "arranjos de cuidado", "itinerações e malhas de cuidado" e "modos de cuidar" permitem compreender essas experiências como práticas situadas, inscritas em uma ética relacional que envolve dimensões sociais, materiais e espirituais e que se organiza em torno da mobilidade.

Enfrentar a crise do cuidado nesses contextos exige deslocar o foco de intervenções centradas na "adequação cultural" para uma análise das condições estruturais que produzem a negligência. Isso implica reconhecer a centralidade dos saberes indígenas e das mediações interculturais na produção do cuidado. Ao evidenciar essas práticas, o artigo sugere que, mesmo em contextos de desassistência, emergem formas de cuidado que tensionam a lógica da impossibilidade cultural crônica e reconfiguram, ainda que de modo precário, as condições de produção da vida.

NOTAS

[1] Entre os Warao, o "*daño*" refere-se a um tipo específico de processo de adoecimento associado à ação intencional de agentes humanos dotados de poder xamânico, sendo frequentemente traduzido como feitiçaria. Ele integra um sistema mais amplo de compreensão da doença e da cura no qual dimensões sociais, morais e cosmológicas são indissociáveis do corpo e do sofrimento (ACNUR, 2024).

[2] A imigração indígena ao Brasil não se restringe ao povo Warao, ainda que este constitua o grupo mais numeroso no país. Segundo a Matriz de Monitoramento de Deslocamento (DTM) Nacional sobre a População Indígena do Fluxo Venezuelano no Brasil, da Organização Internacional para as Migrações (OIM) (2023), também estão presentes, principalmente na Região Norte do país, outros povos indígenas provenientes de Venezuela, como E'ñepá (Panare), Kari'ña, Pemon, Ye'kwana, Wayúu e Añú (Paraujano), ainda que em menor número em comparação aos Warao.

[3] Ainda que os dados não estejam desagregados por região ou município, segundo a OIM (2023), a principal fonte de renda das famílias Warao, em nível nacional, é a arrecadação de dinheiro nas ruas ("coleta") (35%), seguida pelo trabalho assalariado informal e por doações em dinheiro (ambos com 17%), além do trabalho empreendedor informal (8%). No que se refere ao acesso a alimentos, as principais fontes indicadas pelas famílias são a política de assistência social (33%), seguida pela coleta de dinheiro nas ruas (18%) e por outras rendas familiares (16%). No período em que acompanhei o acolhimento de famílias Warao na cidade de João Pessoa (PB), havia apenas quatro mediadores culturais contratados por meio de prestação de serviços — vinculados ao serviço em que eu atuava —, além de dois homens Warao empregados em uma empresa de grande porte, exercendo a função de carregadores.

[4] A fala completa do secretário de saúde de João Pessoa está disponível em: FERREIRA FILHO, Luís. *A Prefeitura de João Pessoa intensifica ações de saúde voltadas à população indígena Warao após surto de leptospirose*. Instagram, 30 abr. 2025. Disponível em: <https://www.instagram.com/reel/DJFkNX_Je3v/>. Acesso em: 14 abr. 2026.

[5] Esse quadro se sustenta em uma conjuntura política mais ampla, marcada pelo clientelismo, pela politização da gestão da saúde e por dinâmicas de faccionalização no âmbito municipal, nas vésperas das eleições políticas. Investigações recentes sobre o envolvimento de agentes públicos e de membros da administração municipal com facções durante as eleições de 2024, amplamente divulgadas pela imprensa local, reforçam a percepção de que a saúde tem sido capturada por lógicas de poder que fragilizam programas, desestruturam equipes e substituem critérios técnicos por indicações políticas.

[6] Utilizo a expressão de "itinerários de negligência" que surgiu num debate adiantado, na sala de aula, durante a apresentação da colega Uliana Gomes da Silva sobre as experiências de cuidado das mulheres mães de crianças acometidas pela Doença Falciforme. A expressão "itinerários de negligência" funciona como uma inversão crítica do conceito de itinerários terapêuticos, mobilizada para evidenciar não estratégias de cuidado, mas percursos marcados pela negligência institucional. Ao deslocar o foco dos itinerários de saúde para a "negligência", o conceito passa a revelar a produção institucional da vulnerabilidade e do abandono no interior dos sistemas de cuidado.

[7] *Jotarao*, na língua Warao, designa pessoas não indígenas, marcando uma distinção relacional entre os Warao e a sociedade envolvente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHAR, Dany; BUSTOS, Sebastian; MORALES, José; SANTOS, Miguel. **Impact of the 2017 sanctions on Venezuela**: revisiting the evidence. Washington, DC: Brookings Institution, 2019.

BARROS, Cíntia; ALVAREZ, Jennifer; VAZQUEZ, Luciana Elena. **Matriz de monitoramento de deslocamento (DTM) nacional sobre a população indígena do fluxo migratório venezuelano no Brasil**: rodada 2023. 2. ed. Brasília: OIM, 2023.

BONET, Octávio. Itinerações e malhas para pensar os itinerários de cuidado: a propósito de Tim Ingold. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 327-350, 2014.

BRASIL. Ministério Público Federal. **MPF pede na Justiça início imediato de atendimento no SasiSUS para indígenas Warao refugiados na Paraíba**. João Pessoa, 2022.

DAUER, Gabriel Roberto; MACEDO, Marília Fernandes Rodrigues de. A política externa brasileira e a migração venezuelana: a atuação da OIM no Brasil pelo Projeto Oportunidades (2016-2020). **Estudios Internacionales**, Santiago, v. 53, n. 200, p. 45-77, 2021.

FAZZIONI, Natália Helou. Manter-nos juntos: casa, corpo e cuidado em diferentes arranjos. **Anuário Antropológico**, Brasília, v. 48, n. 1, p. 171-188, 2023.

FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004. p. 129-147.

FRASER, Nancy; SOUSA FILHO, José Ivan Rodrigues de. Contradições entre capital e cuidado. **Princípios: Revista de Filosofia**, Natal, v. 27, n. 53, p. 261-288, 2020.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. Articulación entre servicios de salud y "medicina indígena": reflexiones antropológicas sobre política y reality en Brasil. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 13, n. 3, p. 457-470, 2017.

NASCIMENTO, Lucas Vinícius de Oliveira; SANTANA, Dandara. Pandemia e crisis da reprodução social capitalista: entrevista com Ana Carolina Gonçalves Leite. **Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais**, Recife, v. 9, p. 125-140, 2020.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Resumo executivo**: matriz de monitoramento de deslocamento (DTM) nacional sobre a população indígena do fluxo venezuelano no Brasil: 2ª rodada. Brasília: OIM; MDS, 2023.

PINHEIRO, Luana Simões; TOKARSKI, Carolina Pereira; POSTHUMA, Anne Caroline (Org.). **Entre relações de cuidado e vivências de vulnerabilidade**. Brasília: IPEA; OIT, 2021.

PRECIADO, Paul. Aprendendo com o vírus. **El País**, Madrid, 2020. Disponível em: elpais.com. Acesso em: 20 jan. 2026.

ROSA, Marlise Mirta. **A mobilidade Warao no Brasil e os modos de gestão de uma população em trânsito**. 2020. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

ROSA, Marlise; TARDELLI, Gabriel; ROA, Sebastian (Org.). **Os Warao no Brasil**: contribuições da antropologia. Brasília: ACNUR, 2024.

TARDELLI, Gabriel Calil Maia. **Entre o poder colonial e a razão humanitária**. 2023. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

UNITED STATES. **Executive Order n. 13692**. Washington, DC, 2015.

VIVEROS VIGOYA, Mara. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. **Debates Feministas**, México, v. 52, p. 1-17, 2016.

WEISBROT, Mark; SACHS, Jeffrey. **Economic sanctions as collective punishment**: the case of Venezuela. Washington, DC: Center for Economic and Policy Research (CEPR), 2019.

RESUMO

Este artigo analisa tensões nas interações entre profissionais de saúde brasileiros — formados na tradição biomédica — e as estratégias de cuidado do sistema sociomédico Warao. Em um amplo contexto de crise e contradições entre capital e cuidado, tais interações revelam dinâmicas de desassistência, mas também a emergência de arranjos práticos que articulam diferentes regimes de saber e cura, tensionando os modelos terapêuticos fechados da biomedicina. A análise se ancora na minha experiência junto ao povo Warao, oriundo da Venezuela, entre 2020 e 2024, na atuação no seu acolhimento em uma ONG e em uma equipe estadual. Mobilizo a noção de "impossibilidade cultural crônica" que compreende como determinadas categorias de diferença operam na produção de (des)atenção à saúde no âmbito das redes municipal e estadual do SUS em João Pessoa/PB. Articulo essa perspectiva com aportes do pensamento feminista sobre interseccionalidade. Como diferentes marcadores — etnicidade, raça, nacionalidade e classe — se entrecruzam nas experiências Warao, configurando posições específicas nas interações com profissionais da saúde? Apresento estratégias de cuidado construídas junto aos Warao, mobilizando noções como "arranjos em cuidado" "malhas de vida" "modos de cuidar". Tais estratégias são compreendidas como uma ética relacional que envolve seres tangíveis e intangíveis, constituindo movimentos de cuidado que operam em diferentes intensidades e ritmos, mesmo em contextos de desassistência e de múltiplas formas de adoecimento.

Palavras-chave: Warao; Saúde; Mediação cultural; Biomedicina tradicional; Arranjos de cuidados

ABSTRACT

This article analyzes tensions in the interactions between Brazilian healthcare professionals—trained in the biomedical tradition—and the care strategies of the Warao sociomedical system. Within a broader context of crisis and contradictions between capital and care, these interactions reveal dynamics of a lack of care, but also the emergence of practical arrangements that bridge different regimes of knowledge and healing, challenging the closed therapeutic models of biomedicine. The analysis is grounded in my experience with the Warao people—who originate from Venezuela—between 2020 and 2024, during my work supporting their reception through an NGO and a state-level team. I employ the concept of "chronic cultural impossibility" to understand how specific categories of difference shape the production of (in)attention to health within the municipal and state-level networks of the Brazilian Unified Health System (SUS) in João Pessoa, Paraíba. I connect this perspective with insights from feminist thought on intersectionality. How do various markers—ethnicity, race, nationality, and class—intersect within the experiences of the Warao, shaping their specific positions during interactions with healthcare professionals? I present care strategies developed alongside the Warao, drawing on concepts such as "care arrangements," "webs of life," and "modes of caring." These strategies are understood as a relational ethic involving both tangible and intangible beings, constituting movements of care that operate at varying intensities and rhythms—even amidst contexts of neglect and multiple forms of illness.

Keywords: Warao; Health; Cultural mediation; Traditional biomedicine; Care arrangements