

SAÚDE, TECNOLOGIA E SOLIDARIEDADE: OS GUARDIÕES DA FLORESTA¹⁷

Ricardo Affonso Ferreira¹⁸

Eliel Martins¹⁹

Resumo

Este artigo aborda a trajetória e as ações da organização Expedicionários da Saúde (EDS), que há mais de vinte anos realiza expedições médicas em territórios indígenas remotos da Amazônia, promovendo saúde, tecnologia e solidariedade. Partindo da compreensão de que os povos indígenas são os verdadeiros guardiões da floresta, responsáveis pelas áreas mais preservadas do país, o projeto busca oferecer atendimento de média e alta complexidade diretamente nas aldeias, respeitando a cultura, a autonomia e os modos de vida dessas comunidades. Desde a primeira expedição, no Pico da Neblina, em 2002, a EDS estruturou um modelo inovador de centro cirúrgico móvel, capaz de realizar milhares de atendimentos, exames e cirurgias, especialmente de catarata, hérnia e outras condições de alta prevalência. Além disso, desenvolveu iniciativas como o programa Mulheres da Floresta, voltado à prevenção e tratamento do câncer de colo do útero, cuja incidência é maior entre mulheres indígenas, e o Tele Floresta, que utiliza tecnologia via satélite para ampliar o acesso à telemedicina em regiões isoladas. O texto também destaca ações emergenciais em crises humanitárias, como a situação dos Yanomami, a pandemia de covid-19 e desastres naturais, evidenciando a articulação entre voluntariado, inovação tecnológica e parcerias institucionais. Ao longo da narrativa, ressaltam-se os aprendizados proporcionados pelo convívio com os povos indígenas, especialmente valores como generosidade, coletividade e respeito à diversidade cultural.

Palavras-chave: saúde indígena; responsabilidade social; tecnologia em saúde.

Há 20 anos, nem conversávamos sobre responsabilidade social. Cada vez mais, vemos o engajamento das pessoas e grandes mudanças em relação à participação feminina. Para a preservação da floresta, é fundamental os guardiões da floresta, que são os indígenas. É nas reservas indígenas onde menos há desmatamento. Entretanto,

¹⁷ Texto adaptado da palestra homônima, integrante da Semana de Responsabilidade Social de 2025, do Centro Universitário Padre Anchieta (UniAnchieta), cuja gravação em vídeo está disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JS-Ze7IAAvk>. A palestra foi mediada pela profa. Rúbia Aparecida dos Santos e pela aluna Gabriela Monteoliva.

¹⁸ Médico ortopedista no Instituto Afonso Ferreira. Membro do corpo clínico do Centro Médico de Campinas. Coordenador da ONG Expedicionários da Saúde. Especialista pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Graduado pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da PUC-SP.

¹⁹ Enfermeiro especialista em emergências. Membro da ONG Expedicionários da Saúde. Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Especialista em Enfermagem de Urgência e Emergência pelo Unasp. Especialista em Docência de Nível Médio pela Instituição de Ensino São Francisco. Graduado em Enfermagem pela Universidade Paulista (Unip) Campinas.

esses indivíduos não são muito cuidados, apesar da sua diversidade cultural e de todas as coisas que eles nos proporcionam.

O povo Baniwa é extremamente solidário, pois dividem tudo. Eles realizam café da manhã, almoço e jantar coletivos. Tudo é coletivo, tudo é pensando na comunidade. O indivíduo não é tão importante quanto a comunidade. Uma das coisas que indígenas, na sua grande maioria, detesta é o indivíduo mesquinho, que é aquele que tem mais do que precisa e não divide com ninguém. Para eles, isso é a pior coisa que pode acontecer.

Outra característica muito interessante nos indígenas, em muitas etnias, é que o cacique não é eleito por ter mais ou menos dinheiro, ou ser mais ou menos velho, e sim por sua generosidade. Quanto mais generoso ele for, melhor líder será. E ele divide quase tudo. Não é possível distinguir o líder dos outros sem conhecer aquelas comunidades com alguma profundidade.

A iniciativa para a Expedicionários da Saúde (EDS)²⁰ começou no Pico da Neblina, o ponto mais alto do Brasil, em 2002. Eram sete pessoas, dos quais quatro médicos. Na descida do Pico da Neblina, paramos numa aldeia chamada Maturaká, dos Yanomami, onde vimos a realidade da saúde indígena, que era razoável. Então, começamos a pensar no que poderíamos fazer para ajudar esse povo, tão solidário e tão bacana. Foi a partir daí que começamos a “quebrar a cabeça” em como ajudar aquelas pessoas. Começamos a pensar muito se ir para a cidade seria uma alternativa ou necessidade, ou se o melhor seria deixá-los na floresta e fornecermos um pouco de saúde para eles lá mesmo. Agora, em novembro de 2025, estamos na quinquagésima sétima expedição do projeto.

No Brasil, há cerca de 400 mil indígenas, mais de 150 línguas e 600 terras indígenas demarcadas, com muitas a demarcar ainda. Nós já percorremos a grande maioria dessas terras indígenas. Uma extensão um pouquinho maior do que a França corresponde a áreas em que ainda voltaremos, porque a maioria das cirurgias que realizamos são de problemas que vão e voltam, como catarata, hérnias e pterígios. A catarata, inclusive, é a maior causa de cegueira reversível do planeta. A pessoa fica cega por catarata, mas após operada, volta a enxergar no dia seguinte, o que é fantástico. Isso é fazer a diferença!

²⁰ A EDS é uma organização de saúde sem fins lucrativos fundada em 2003 por um grupo de médicos voluntários, que oferece acesso gratuito a cuidados de saúde cirúrgicos para as populações indígenas que residem em áreas geograficamente isoladas da Floresta Amazônica. Fonte: EXPEDIÇÃO DA SAÚDE. História. EDS, 2025. Disponível em: <https://eds.org.br/>. Acesso em: 13 dez. 2025.

Vemos que a destruição do meio ambiente é bem grande, sendo que a maior parte do território brasileiro é dos brancos. Cuidamos dos verdadeiros guardiões da floresta. Existem vários povos indígenas, como Suruwaha, Munduruku, Xavante, Xinguano, Pano, Caiapó, Campa e Kamayurado. Eles são pessoas bem saudáveis e bem interessantes de se conversar. Os Suruwaha só tiveram contato com os brancos há menos de 50 anos e, mesmo assim, são fortes. Os Campas vieram do Altiplano por causa de uma briga que ocorreu e, então, desceram para o Acre. Atualmente, moram no Acre, na fronteira com a Bolívia.

Os Zo'é são um povo de recente contato também. Eles usam um ornamento longo de madeira introduzido no lábio inferior. É um povo que possui um jeito de vida muito diferente, sendo que as crianças são cuidadas por todos, não apenas pela mãe e pelo pai, mas todos são uma grande família. A dieta básica deles é peixe e biju.

Como os Yanomami não têm geladeira e ficam cerca de três dias em festa, precisam moquear os macacos²¹ para que sejam comidos aos poucos. Eles ficam dias cantando e dançando, é incrível. Em Maturacá (também pertencente aos Yanomami), prometemos voltar para ajudá-los com saúde, mas eles vivem em um lugar que tem uma logística muito complicada para acesso. Então, fomos para vários outros lugares antes, demorando cerca de 10 anos para retornar com a EDS. Como eles sabiam que estávamos fazendo essas expedições em outros lugares, fizeram a “fofoca da floresta” e passaram a nos chamar de *Nashenashe*, que quer dizer “mentiroso”. Quando retornamos, eles pararam de nos chamar assim.

Já estamos indo para a 56ª expedição, sendo 57,5 mil quilômetros quadrados de área para cobertura, com mais de 76 mil atendimentos, quase 11 mil cirurgias e mais de 140 mil exames e procedimentos. Além disso, também entregamos óculos, o que é fantástico, porque a maioria deles não tem acesso a um oftalmologista e a óculos. Entregamos mais de oito mil óculos de +8 a -8 (até 8 graus de hipermetropia e 8 graus de miopia). É lindo ver a reação deles, principalmente de adolescentes e crianças, quando colocam os óculos e enxergam pela primeira vez. É realmente emocionante.

Foram mais de 300 voluntários. O centro cirúrgico é o nosso diferencial, que foi desenvolvido por um dos nossos voluntários, que chamamos de Professor Pardal,

²¹ O moqueio consiste em defumar a carne sobre um braseiro (moquém), tornando-a escura e preservando-a para consumo em assembleias ou refeições diárias.

porque ele é, de fato, um inventor. Precisamos de um campo de futebol para fazer uma expedição. Escolas viram pré e pós-operatório. No complexo cirúrgico montado, há cinco salas cirúrgicas; chegamos a fazer cerca de sessenta cirurgias por dia.

Tudo o que fazemos é muito agradável. As pessoas que vão sempre querem voltar. Às vezes precisamos improvisar, como fizemos no Tiquié, à 20 quilômetros da Colômbia, onde a temperatura era muito alta e, então, usamos uma palha para fazer com que o ar-condicionado funcionasse melhor. Tudo é transparente no centro cirúrgico, para que um possa ser solidário com o outro, podendo sempre ver como é que você pode ajudar de alguma maneira.

Utilizamos apenas os melhores materiais, os mesmos que são utilizados em São Paulo ou em Campinas. Um exemplo é a cirurgia de catarata, que utiliza um vácuo, realizando uma incisão de 2,8 milímetros para poder emulsificar, ou seja, liquefazer a catarata, que é quando o cristalino fica duro e opaco. O mais legal é a catarata congênita, que é quando pegamos uma criancinha que nunca enxergou e a fazemos enxergar no dia seguinte. É realmente demais!

Sempre fazemos tudo com muito cuidado e atenção. Essas pessoas não estão acostumadas com isso tudo; elas nunca viram aquela temperatura do centro cirúrgico (18–20°C), com todos mascarados. Eles estão acostumados com 35–40°C. Sempre há um intérprete, para que a pessoa sofra menos do que se não houvesse esse carinho e essa atenção.

Na central de esterilização, tem bastante máquina; sempre temos mais do que precisamos. Para serem operadas, as pessoas precisam tomar um banho de clorexidina, que faz com que diminua enormemente o número de infecções. Por isso, temos pouquíssimas infecções. Esse simples banho de quatro reais altera bastante o prognóstico das cirurgias.

Há o programa *Operando na Amazônia*, que é um centro cirúrgico móvel, que conseguimos montar seja onde for. Um exemplo é o de Assunção do Içana, que fica a cerca de 1450 quilômetros de Manaus, com acesso pelo rio por uns 15 dias, mais ou menos. Reconstruímos uma santa-casa e a transformamos em um centro cirúrgico estável. Reformamos tudo, colocamos internet, distribuímos água, arrumamos tudo para virar um hospital bem legal. Então, agora, os meninos do Einstein vão até lá para realizar cirurgias.

Uma das histórias que temos para contar é da dona Elza, uma Hupda, que não mora na beira do rio, mas no interior da floresta. Ela já não enxergava há muitos anos. Então, a netinha dela a levava para todo lugar, utilizando um pau como guia, com Elza atrás e a menina à frente. Ao voltar do centro cirúrgico, ela já foi à frente de sua neta, sem precisar de guia. Dias depois ela já corria e enxergava tudo.

A fábrica de óculos fornece armações de tamanho médio, pequeno e grande. Os povos possuem bastante presbiopia, que é quando, acima dos quarenta anos, não se consegue enxergar direito. Então, os óculos são um milagre para eles. Também, há muitos casos de hérnia, pois eles carregam peso. Levamos sempre ultrassom, laboratório e anatomopatológico. Temos um hospital completo. Fizemos ações também com os Yanomami, quando passaram pela crise de fome e malária, em 2022 e 2023.

Além disso, fornecemos serviço odontológico, consulta de pediatria e de clínica geral. A endoscopia é realizada por profissionais da USP; pegamos muitas pessoas com qualidade. Outra cirurgia que fazemos também é de colecistectomia, que é tirar a vesícula, realizada por laparoscopia, ou seja, sem abrir, que se faz “via televisão”. Nós temos um sistema informatizado; tudo é informatizado para não dar problema. Em 2004, realizamos uma expedição pequenininha, com apenas 100 quilos de equipamento. Hoje, levamos de 18 a 20 toneladas de equipamento, então o exército nos ajuda. Esse transporte é realizado através do rio Tapajós, que é o único rio visível da Lua, com 22 quilômetros de largura.

Para transportar os pacientes, às vezes utilizamos um barco grande ou um helicóptero. Como os pacientes estão acostumados a dormir em redes, fornecemos essas acomodações para eles e seus parentes, pois os indígenas não vão sozinhos para o hospital, sempre vão acompanhados de um parente. São cerca de 500 pessoas por dia que precisamos alimentar, então forma uma fila enorme, mas estão sempre rindo.

Existe um programa que gostamos muito, que nos dá muito orgulho, que é o *Mulheres da Floresta*, um grupo só de mulheres, ginecologistas e enfermeiras, para cuidar das mulheres. Então, para evitar o câncer de colo de útero, levamos o patologista, que já faz a coleta e identifica se é maligno ou benigno e, se necessário, realiza-se a cirurgia na hora, sem precisar de transferência. Estamos fazendo isso há uns dez anos, mais ou menos. Como a incidência de câncer de colo de útero nas indígenas é muito maior do que nas mulheres brancas, é muito importante esse tipo de expedição. A

doutora Iria fez sua dissertação de mestrado comparando a incidência desse câncer, e foi assim que soubemos dessa incidência bem maior. O procedimento do CAF oferece baixo risco para as pacientes.

A *Tele Floresta*²² é um projeto que revela a profunda transformação da comunicação na Amazônia nos últimos anos. No início de 2023, a realidade era muito diferente: a saúde indígena na região dependia quase inteiramente de rádio. Para se ter uma ideia, um paciente em Pari Cachoeira, a mais de mil quilômetros de Manaus, precisava de um sistema de “telefone sem fio” via rádio para tentar contato com a central de saúde, pois o sinal muitas vezes não alcançava o destino diretamente. Naquela época, havia apenas duas antenas de internet móvel operando na região (a nossa e a de uma médica que trabalhava na área). Essas antenas Starlink, que funcionam com um *power bank* gigante ou conectadas a geradores e energia solar, trouxeram internet para qualquer lugar aonde chegássemos.

O cenário mudou rapidamente. Entre o início e o final de 2023, a tecnologia se disseminou tanto nas comunidades quanto nos polos de saúde, com antenas custando menos de 2 mil reais e manutenção mensal abaixo de 300 reais. Essa evolução tecnológica modificou completamente o nosso desenho de atendimento. Antes, tínhamos um único ponto fixo de teleatendimento em Pari Cachoeira; com a antena móvel, passamos a levar a consulta para dentro das comunidades. Nossa equipe subia o rio vivendo uma rotina nômade, parando na beira da água para comer e realizando consultas pré-agendadas.

Nas comunidades, reuníamos os pacientes selecionados no polo onde a antena era montada. Como muitos não falam português fluentemente, a presença de um tradutor (o agente indígena de saúde) era essencial para que entendessem o diagnóstico. Foi assim que realizamos consultas históricas, como a de uma neuropediatra em Campinas atendendo no Rio Isana, a 400 quilômetros de São Gabriel da Cachoeira, ou a primeira consulta da Dra. Patrícia, que estava nos Estados Unidos atendendo pacientes na Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai). Além do atendimento direto, estabelecemos a teleconsultoria com parceiros como a Unimed Campinas, onde

²² O enfermeiro Eliel Martins é o responsável pela operacionalização do projeto *Tele Floresta*.

especialistas discutiam prontuários com os médicos e enfermeiros locais para ajustar condutas e medicações de quem não podia se deslocar.

Atualmente, o projeto evoluiu para um modelo de maior autonomia e especialização, com foco na telecolposcopia para exames de colo de útero. Treinamos uma médica e enfermeiras em São Gabriel da Cachoeira para utilizar equipamentos que fotografam o colo do útero e inserem os dados em um sistema. Assim, as médicas da nossa equipe e da ONG parceira SAS Brasil conseguem laudar os exames à distância. Isso otimizou a nossa logística: agora, só transportamos para as expedições as mulheres que apresentam lesões sugestivas, evitando o deslocamento desnecessário de grandes grupos. Hoje, o programa funciona totalmente à distância, os polos já possuem suas próprias antenas e os profissionais locais falam diretamente com os especialistas via WhatsApp, sem a necessidade da nossa presença física constante. Em apenas dois anos, o projeto acompanhou o salto tecnológico da região e mudou completamente sua configuração.

A partir do *Operando na Amazônia*, diversos outros programas surgiram, como o *Floresta em Movimento*. Um dos grandes problemas que enfrentamos na região é a enorme quantidade de acidentes ofídicos. O soro produzido no Brasil exige refrigeração, e como em muitos locais não há energia nem geladeira, o soro simplesmente não chega. Crianças e adultos picados precisam navegar por horas ou dias até o socorro, o que gera um alto índice de amputações. Entre os assistidos pelo programa, temos dois meninos Marubo, do Vale do Javari (região na fronteira com o Peru que concentra o maior número de povos isolados do planeta) e duas meninas do Acre. Enquanto elas usam próteses abaixo do joelho, os meninos enfrentam o desafio de próteses acima do joelho, que são tecnicamente mais complexas.

Além dos projetos contínuos, atuamos em missões emergenciais, como a assistência aos Yanomami, que cuidamos desde sempre. Entre 2022 e 2023, vivemos uma crise aguda em que o garimpo trouxe fome e malária, arrasando as comunidades. Quando chegamos, o estado do polo de saúde era precário, mas realizamos uma grande reforma na estrutura. Em nossa missão no Haiti, em 2010, passamos cerca de oito meses realizando sete missões e, aproximadamente, 800 cirurgias. Foi um período muito difícil para todos os voluntários; o sofrimento era imenso. Transformamos um antigo hospital de otorrino em uma unidade de ortopedia, onde executamos inúmeras expedições.

Em 2021, durante o auge da pandemia de Covid-19, construímos, em apenas dois meses, um hospital de campanha em Campinas. Montamos 122 leitos com pressão negativa e quartos individuais dentro de um ginásio. Além disso, com o apoio de muitas pessoas, desenvolvemos concentradores de oxigênio. Com o colapso do abastecimento em Manaus (AM), compramos 1,3 mil desses aparelhos e os distribuímos por 14 estados, acompanhados de geradores, cilindros, rádios com painéis solares e suporte via WhatsApp. Recentemente, em um evento de empreendedorismo social, muitos indígenas vieram nos agradecer, relatando que esse programa salvou a vida de seus parentes.

Embora o mundo só tenha voltado os olhos para os Yanomami em 2023, já estávamos atuando lá fortemente em 2022, sem foco em propaganda, mas no trabalho direto. Em Surucucu, montamos, em menos de três meses, um centro de referência completo, com alojamentos, cozinha, centro cirúrgico, energia solar e saneamento básico. Mais recentemente, em 2024 e 2025, levamos essa experiência para o Rio Grande do Sul após as enchentes. Realizamos cinco expedições com pediatras, infectologistas e clínicos.

Um ponto marcante foi a distribuição de óculos, pois muitas pessoas perderam os seus na inundação e estavam desorientadas sem conseguir enxergar. Um exemplo é a história da Daniele Macuxi, uma senhora que sofria de catarata devido ao diabetes e não enxergava há muitos anos. Ela tinha dois filhinhos pequenos que nunca tinha visto.

Ganhamos alguns aprendizados ao longo desses anos. Um deles foi a caçada coletiva. Junto dos Yanomami, em uma expedição no Surucucu, uns 12 anos atrás, mais ou menos, nos disseram que não poderíamos juntar os Yanomami, porque eles brigam muito. Então, colocamos cada grupo dentro de uma barraca com um antropólogo junto para cuidar deles, para eles não se sentirem tão mal. E tudo estava correndo maravilhosamente bem, com muitas cirurgias sendo feitas. De repente, começa uma gritaria, e vimos os indígenas saindo de suas barracas com tacape, arco, flecha e porrete, indo para o mato. Isso porque estava passando uma tropa de porco do mato, catetos. Juntos, eles eram organizados; mataram esse grupo de cateto e dividiram entre todos. Sempre dividem.

Outro exemplo é quando dávamos bolachas de água e sal para as crianças lá no Surucucu e todos iam comer a bolacha, não apenas os mais velhos. Essa maneira de viver é muito interessante. Eles têm muito a nos ensinar como seres humanos.

Outro aprendizado vem do Alto Envira, lá no Chinani, o “quem caça não come”. Nessa etnia, acredita-se que quem caça não pode comer a caça, e quem pesca não pode comer o que pescou. No começo, para nós, brancos, isso não faz muito sentido. Como assim eu caço e não posso comer? Mas existe uma razão para que seja assim. Se eu caço bem, mas não posso comer o que obtive, e o outro é um caçador ruim, o que pode ser feito? Então, o bom caçador ensina o ruim a como caçar. Isso cria uma divisão e um compartilhamento de conhecimento, além do próprio compartilhamento da comida, que é algo que eles fazem constantemente.

Nossa subsistência vem do setor privado, de pessoas físicas e de fundações internacionais. Temos apoio do Ministério da Saúde, do Ministério da Defesa, dos povos indígenas, além das organizações indígenas. Nossa grande força são os voluntários, médicos, enfermeiros, logísticos, entre outros. Com essa ajuda, fazemos com que eles não precisem sair de suas próprias terras.

No início, fomos para a “cabeça do cachorro”, localizada no extremo noroeste do Brasil. Foi lá aonde nos organizamos nos primeiros anos a como fazer essas expedições com auxílio do Instituto Socioambiental (ISA). Depois, aos poucos, fomos saindo com convites, sem muita organização no começo. Com convite, por exemplo, fomos para os Ticuna, na fronteira do Peru com a Colômbia. Depois, a cada cinco anos, voltamos ao mesmo lugar. Então, já temos um trajeto mais ou menos feito, mas também sempre temos terras novas para ir. Hoje, depois de vinte anos, todos nós já sabemos bem o que está acontecendo. Por exemplo, hoje tem gente no Xavante preparando a expedição de novembro. Portanto, estão indo conhecer as lideranças indígenas, pedir permissão para elas e conversar com os responsáveis pela saúde de lá para ver o que podemos fazer para ajudá-los.

O que estamos tentando desde o começo é nos tornar um modelo referencial para os cuidados com as populações que vivem geograficamente isoladas. Então, é possível sim levar toda essa estrutura para a Ilha de Marajó, por exemplo, mas, como somos uma organização muito pequena, começamos com os indígenas. Se começarmos a atender indígenas, populações ribeirinhas e outros povos, vamos nos confundir.

Após 20 anos, estamos nos organizando em como aceitar voluntários. A grande maioria dos voluntários que trabalham conosco foram indicados e possuem um perfil especial. Então, não adianta levar qualquer um, porque é necessário se encaixar em um perfil. É necessário morar lá durante dez dias, com cerca de 80 pessoas, quatro privadas, quatro pias, quatro chuveiros, dormindo em barracas, com um calor enorme, trabalhando cerca de 14 horas por dia. Então, é preciso ter uma característica meio especial para isso.

Agora, estamos nos organizando para ter um interrogatório, com um perfil para sabermos exatamente como escolher essas pessoas. Estamos em um momento de transformação, por incrível que seja, 20 anos depois. Um momento também de profissionalização de tudo, para que consigamos fazer cada vez mais expedições. Além disso, há uma parceria cada vez maior com outras ONGs que estão fazendo coisas semelhantes. Isso é muito agradável, então dividimos mesmo. Nós não somos de ficar guardando conhecimento escondido no bolso, no fundo do baú, nada disso. Isso é uma bobagem.

Sobre a maior prevalência de câncer nas mulheres indígenas, há alguns fatores que influenciam, como o fato de elas terem uma vida sexual que começa muito cedo e que vai até muito tarde. Durante anos, a ginecologia apenas ia e fazia atendimento, ambulatório, mas esse não era o foco. Priorizávamos, por exemplo, a oftalmologia, com cirurgias de catarata e pterígio, que é aquela pele crescida no olho. A cirurgia geral tinha o foco, mas a ginecológica não. Então, foi com o tempo que fomos aprendendo, principalmente com as rodas de conversa. No meio das expedições, fazemos rodas de conversa com as lideranças e com os pacientes, para sabermos o que é que eles querem. Não adianta ir com ideias prontas do Sul. É necessário escutar o que essas pessoas querem e modificar de acordo com o que elas precisam. Brigamos muito em Brasília sobre isso, sobre escutarem a ponta. Não se autoescutem!

Uma outra situação que influencia nessa questão do câncer de colo útero é que, na cidade, existe uma rastreabilidade melhor. Então, a menina sai do pediatra e, no outro mês, como adolescente, já está no ginecologista. Lá é muito comum encontrar mulheres idosas que nunca viram um ginecologista na vida. Então, na cidade, o problema é pego no início, sendo facilmente tratado; lá, esse caso vai evoluir, porque

essa mulher indígena não vai ter um preventivo, nem todas as ações necessárias. A política de saúde das mulheres aqui é uma, e lá é mais precário.

No estado do Amazonas, são 65 municípios. Se a mulher precisa de uma cirurgia, são raríssimos os municípios no interior que têm condições de ofertar uma cirurgia desse porte. Então, ela vai para Manaus, onde vai entrar na fila e concorrer com todo mundo. Como teriam que sair da comunidade delas e ficar em Manaus tratando, elas nem vão mais. Demora tanto para serem atendidas que não podem ficar, pois estão deixando os filhos para trás. Como a maioria não tem eletricidade, elas sabem que vão chegar lá e ficar em Manaus meses sem o tratamento necessário.

O Brasil tem uma política maravilhosa, indigenista, possibilitando que indígenas não tenham contato com a cidade, só se eles quiserem. A região onde eles moram é cercada, o que é fantástico. Ao contrário dos americanos, dos australianos, dos neozelandeses, que exterminaram com todos, nós temos essa política, que é algo para ficar orgulhoso. Para povos com contato recente, sempre temos intérpretes. Mas não vamos como se estivéssemos indo salvar o mundo. Existe o convite.

A maioria dos povos indígenas aceita tomar vacinas. Entretanto, em alguns locais há uma maior resistência, como, por exemplo, um pouco depois da covid-19, nos Munduruku, existiam muitos pastores falando mal da vacinação. Então, como o índice de vacinação estava muito baixo, por volta de 50%, não fomos para lá, para não espalharmos a doença. Nesses locais que não aceitam vacinação, nós não entramos, porque vai ser mais maléfico do que benéfico pra essas pessoas.

Quando chegamos, os indígenas ficam com muito receio, por isso precisamos nos aproximar com muita atenção, com muito carinho, e já fazemos isso há bastante tempo. Então, temos que ir conquistando essas pessoas. Em momentos em que eles não querem ser conquistados, nós nos retiramos na hora. Nós somos visitantes. A casa é deles. Se eles não querem, não querem.

O SUS é fantástico, uma mudança de paradigma dentro da saúde brasileira. Há uns anos, o pobre não tinha aonde ir; o humilde não tinha onde ser atendido. Ele era atendido, às vezes, na Santa Casa, mas quase não era atendido. Então, está havendo uma transformação grande, e as políticas públicas estão ficando cada vez melhores. Desejamos que, por exemplo, o que fazemos vire política pública. Então, tentamos exercer pressões em alguns lugares, mostrando que isso pode ser uma coisa legal.

Hoje, há a Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS), que é um grupo novo para agilizar o SUS, principalmente no aspecto cirúrgico. Uma das coisas mais deixadas de lado na saúde mundial são as cirurgias, porque começou a medicina preventiva, que é extremamente importante, mas é preciso ter cirurgia também. Como é que se admite uma Daniele cega com trinta anos de idade? Como podemos ter pessoas assim? A Daniele é uma de várias que cuidamos.

Estamos tentando promover isso como política pública. Agora, vamos começar a melhorar a qualidade dos polos base, que são os postos de saúde, para que esses profissionais de saúde tenham mais qualidade de vida. Eles moram em lugares horrorosos, “caindo aos pedaços”. Então, estamos querendo transformar isso, dando uma Starlink, colocando um poço artesiano, dando as mínimas condições para que os profissionais da saúde, que são nossos heróis, possam cuidar das pessoas e ter um mínimo de dignidade na vida deles.

Os cidadãos, membros da sociedade, para ajudar a fortalecer o nosso trabalho, podem se organizar e fazer doações para a ONG, ou doar uma parte do seu tempo. Tem época que precisamos de muitas pessoas, mas tem época que nem tanto. Às vezes, a pessoa não tem condições de ir até o local, mas tem condições de divulgar o trabalho. Precisamos do voluntário, mas precisamos também da questão financeira. Ganhamos algumas coisas, mas outras não, como a gasolina da balsa na qual levamos os pacientes. Precisamos de dinheiro para comprar, e lá é 10 reais o litro da gasolina. Essa divulgação também ajuda muito. Nós não fazemos autopropaganda, vamos lá e fazemos. Mas nossas expedições são muito caras. Uma expedição dessa custa cerca de 800 mil.

A população indígena aumentou nos últimos anos. Isso porque, com a vacinação das pessoas, elas estão vivendo mais. Antes, a mortalidade infantil era muito mais alta. Continua sendo muito mais alta do que a mortalidade infantil em Campinas ou em Jundiaí, mas diminuiu bastante. Não atuamos em local próximo das grandes cidades. Onde atuamos não tem fazenda, não tem gado, não tem soja, é floresta mesmo. Queremos, então, preparar essas pessoas caso algum dia o branco chegue lá e eles tenham essa experiência toda para breicar isso.

A terra indígena é onde há o mais preservado de tudo, mais que parque nacional ou qualquer outro lugar. É terra indígena. Mesmo porque eles fazem rotatividade das coisas. Os Yanomami, por exemplo, plantam num lugar a mandioca, onde não ficam

muito tempo, saem e vão para uma outra oca, onde já terão uma mandioca mais crescida para ser colhida. Isso porque se eles ficarem em um mesmo local, vão exaurir a caça e a pesca. Então, vão sempre rodando, e depois voltam pra esse lugar onde plantaram, pra que possam não extinguir com a caça e a pesca.

Quando rejeitam atendimento, mesmo em estado grave, não temos nada a ver com isso. É o mesmo em situações em que alguém rejeita atendimento no hospital. Nós não insistimos em nada. Ocorre da maneira que eles quiserem. Existem etnias que matam as crianças que nascem “defeituosas”, mas é a vida, não tem jeito. É como eles vivem, e nós temos o privilégio de poder conviver com essas diferentes civilizações e culturas que são paralelas; não são nem mais nem menos. Então, nós não temos que interferir, jamais.

Ainda não tivemos nenhum óbito. Mas provavelmente lidaríamos com isso da mesma maneira com que lidamos com as outras coisas. O óbito é o óbito. Isso faz parte e vai acontecer com todos mais cedo ou mais tarde. É óbvio, é estatística. É necessário ter a maturidade para saber que você não é Deus.

Existem alguns ensinamentos que podemos colocar em nosso dia a dia, principalmente solidariedade de dividir tudo. Outro ensinamento maravilhoso é o líder ser escolhido pela sua generosidade. Isso não é fácil de se ver hoje em dia. Somos a favor do homem ser homem, ser humano e ser solidário. Você dividir os seus conhecimentos e ajudar as pessoas é uma obrigação como ser humano. Portanto, não damos parabéns para os voluntários; é uma oportunidade para essas pessoas verem uma outra civilização e aprenderem com isso.

Quando chegamos numa aldeia que não tem nada, temos que construir os banheiros, os alojamentos, as cozinhas, montar o sistema de esgoto. Então, é muito detalhe. Cada expedição que vamos é uma experiência antropológica de se aprender a ver essas pessoas vivendo durante uma semana, durante dez dias, que dinheiro não vale nada. Vamos lá com o foco em cuidar da saúde dessas pessoas e acabou. Não tem mais, nem menos, nem vírgula. Acordamos de madrugada se for preciso. Se está chovendo muito, precisa tirar a água que está inundando as coisas. Então, é preciso ter sempre a disposição de ajudar.

Para o profissional, seja da saúde ou de outras áreas, se inscrever como voluntário, basta acessar o site www.eds.org.br, que tem um local específico para isso. Nesse site, há o telefone também. É possível ligar e passar para nos conhecer.

Referência

EXPEDICIONÁRIOS DA SAÚDE (EDS). **Política de voluntariado**. Campinas: EDS, 2024. Disponível em: https://eds.org.br/wp-content/uploads/2024/06/Politica-de-Voluntariado-EDS_2024.pdf. Acesso em: 21 dez. 2025.

Ferreira, A. Cuidando da vida, preservando a floresta e os saberes originários: as ações dos Expedicionários da Saúde em Terra Yanomami (entrevista a Fabiano Ormaneze e Graça Caldas). In: CALDAS, G.; ORMANEZE, F.; STEINBERGER-ELIAS, M. (Orgs.). **Povos originários do Brasil: sentidos da crise humanitária dos Yanomami**. Campinas: Pontes Editores; Labjor/Unicamp, 2024. p. 215-224. Disponível em: <https://www.labjor.unicamp.br/wp-content/uploads/2024/07/POVOS-ORIGINARIOS-DO-BRASIL-25-03-1.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2025.