Notícias

Esta seção procura seguir toda a atualidade Yanomami no Brasil e na Venezuela. Apresenta notícias produzidas pela Pró-Yanomami (CCPY) e outras ONGs, bem como notícias de imprensa. Propõe também comentários sobre eventos, publicações, exposições, filmes e websites de interesse no cenário Yanomami nacional e internacional.

Notícias CCPY Urgente

Data: 15 - Outubro - 2003
Titulo: Apoiando os Yanomami – Resumo das Atividades de Assistência à Saúde Yanomami
Fonte: Urihi-Saúde Yanomami

Urihi

Yanomae yama thëpë pairi prai-
Sanöma sama töpö pasili paö
Yanomami- tëpë pairi prai- tao
Ninam pèk noka pè lika wei

Apoiando os Yanomami

RESUMO DAS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE YANOMAMI

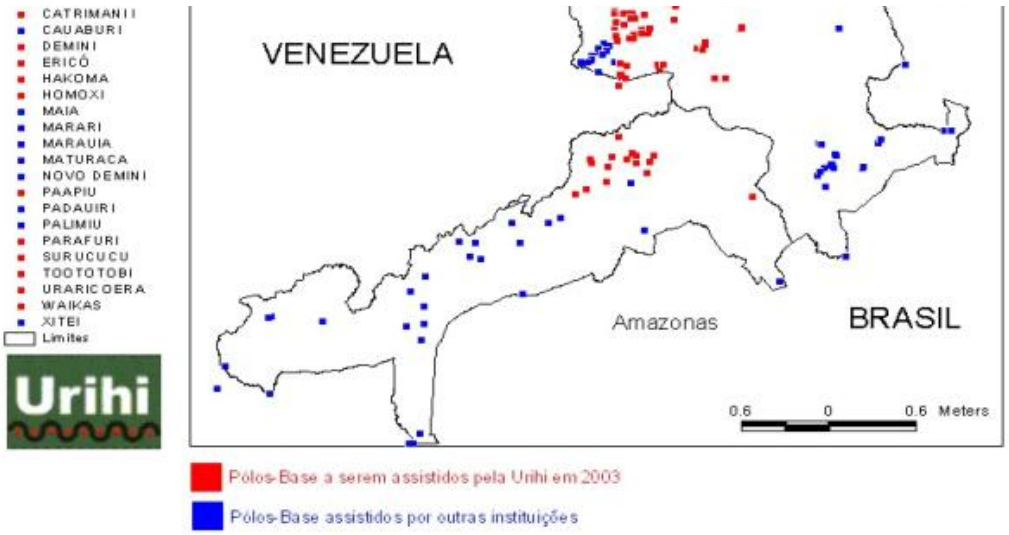
outubro de 2003

O presente relatório descreve as principais atividades desenvolvidas e os resultados alcançados após quase quatro de atuação da organização não-governamental brasileira URIHI na área indígena Yanomami. Em parceria com o governo brasileiro, através de convênio, a URIHI desenvolve projetos de saúde e de educação junto a esta etnia nos estados de Roraima e do Amazonas.

1. Os Yanomami

Os índios Yanomami ocupam uma região de floresta equatorial densa, o Maciço das Guianas, nas proximidades da fronteira entre o Brasil e a Venezuela, abrangendo uma área contínua de 9.419.108 hectares, demarcada em 1991 e homologada como Terra Indígena Yanomami em 1992.

Atualmente totalizam cerca de 22.000 pessoas, sendo que aproximadamente 13.500 [1] vivem no Brasil distribuídos em cerca de 350 comunidades no oeste do estado de Roraima e no norte do Amazonas.
Atualmente a URIHI desenvolve programas de assistência à saúde e de educação em saúde para 7.195 Yanomami (52% desta etnia residente no Brasil), distribuídos em 145 comunidades (352 aldeias/casas), localizadas em 16 pólos-base.



2. Breve histórico epidemiológico recente:

Os primeiros contatos diretos dos Yanomami com representantes da sociedade nacional se deram de maneira esparsa entre 1910 e 1940. A partir da década de 40 até meados dos anos 60 estes contatos se intensificaram com a instalação permanente de missões religiosas e de alguns postos do Serviço de Proteção ao Índio e, na década de 70, teve início a construção da rodovia Perimetral Norte. Data desta época a introdução de epidemias, especialmente de sarampo, gripe e coqueluche, que dizimaram comunidades inteiras.

Com a divulgação do levantamento do Projeto Radam que indicava a existência de grandes jazidas minerais de ouro e de cassiterita no sub-solo das terras yanomami, ocorreu a grande invasão garimpeira na década seguinte (a chamada "corrida do ouro de Roraima"), quando então os Yanomami sofreram o seu maior impacto demográfico: a malária foi introduzida em larga escala levando à morte quase 15 % da população.

No início dos anos 90, em meio à ampla divulgação em todo o mundo sobre a gravidade do caso Yanomami, ocorreu a demarcação da Terra Indígena Yanomami e o desenvolvimento da Operação Selva Livre (Funai) para a retirada dos garimpeiros. A partir daí, iniciou-se a implantação de um sistema de saúde diferenciado para os Yanomami, sob a coordenação da FUNASA/MS e com a colaboração de diversas outras instituições, especialmente de organizações não-governamentais. Este novo sistema de saúde foi a primeira iniciativa no Brasil de funcionamento de um Distrito Sanitário Especial Indígena. No entanto, a contínua reinvasão do território por garimpeiros, a ausência de assistência no lado venezuelano e, principalmente, as dificuldades governamentais de garantir uma assistência básica a todas as comunidades, acabaram por caracterizar a década de 90 com indicadores epidemiológicos extremamente preocupantes que colocavam em risco a sobrevivência desta etnia. A incidência média de malária era de um caso para cada dois habitantes ao ano e foi a maior causa mortis dos Yanomami durante toda a década.

Além da malária, outras doenças infecciosas como a tuberculose, as infecções respiratórias agudas e a coqueluche também se disseminaram intensamente provocando uma altíssima mortalidade. Os dados disponíveis desse período revelam que a média do coeficiente de mortalidade infantil era de 156, cerca de cinco vezes maior que o índice verificado na população brasileira em geral. Estas informações de saúde ganham uma expressão ainda mais negativa se for considerado o alto grau de sub-notificação determinado pela reduzida assistência à saúde prestada no período no qual aldeias permaneciam meses, às vezes mais de um ano, sem receber a visita de uma equipe de saúde.

3. O Distrito Sanitário Yanomami e a assistência da URIHI

Nos meados da década de 90, como resultado das reflexões das Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas, consolidou-se o conceito de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como um sub-sistema diferenciado de assistência à saúde capaz de garantir a atenção primária nas aldeias. Foi estabelecida a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) como órgão gestor da saúde indígena e teve início o processo de implantação dos DSEIs em todo o Brasil. No entanto, diversas dificuldades resultaram no fracasso da execução direta das ações de saúde através da FUNASA e o exemplo mais trágico acabou sendo a experiência do Distrito Sanitário Yanomami. O principal obstáculo foi a incompatibilidade da legislação vigente que rege a seleção, contratação e gerência dos servidores públicos federais e a natureza peculiar do trabalho em áreas indígenas. Esta realidade levou, a partir do ano 2000, à reestruturação do sistema de atenção à saúde indígena tendo como estratégia a terceirização da execução das atividades de assistência nas aldeias através de parcerias com organizações indígenas e organizações não-governamentais, preferencialmente, e, na indisponibilidade destas, com os municípios.

Assim, a partir do ano 2.000 tiveram início algumas parcerias entre a FUNASA e organizações não-governamentais cujo trabalho de assistência aos Yanomami em suas regiões de atuação havia alcançado sucesso nos anos 90. Esta nova política de aproveitamento da experiência profissional e da vocação indigenista das ONGs possibilitou, finalmente, o início da recuperação das condições de saúde e de vida dos Yanomami.

Coube à URIHI a responsabilidade de prestar atenção básica à saúde de praticamente a metade da população Yanomami residente no Brasil, num total de 352 aldeias dispersas em um território de aproximadamente seis milhões de hectares de floresta amazônica, a partir de janeiro de 2000.

Foram selecionados, contratados e treinados cerca de 100 profissionais de saúde entre médicos, enfermeiros, dentista, auxiliares de enfermagem, microscopistas, etc. Para o planejamento, a direção e o apoio aos diversos programas de atenção à saúde e as complexas operações no Distrito Sanitário Yanomami foi criada uma equipe de coordenação, administração e logística, cujas atividades estão concentradas na cidade de Boa Vista-RR.

Quadro Atual de Recursos Humanos - Campo

Médico	1
Enfermeiro	5
Dentista	1
Téc/Auxiliares de Enfermagem	78
Microscopistas/Guardas de Endemias	11
Técnicos de Serviços de Apoio	05
Serviços Gerais	02
TOTAL	103

Quadro Atual de Recursos Humanos - Apoio na sede

Coordenação Geral	1
Coordenação Técnica	1
Coordenação Administrativa	1
Programa de Saúde	5
Programa de Educação em Saúde	3
Administração	4
Logística	3
Almoxarifado	1
Dispensário de Medicamentos	1
Radiofonia	2
Motoristas	4
Serviços Gerais	2
TOTAL	28

Nas regiões assistidas pela URIHI, os postos de saúde só são alcançáveis por via aérea, transporte esse feito através do fretamento de aeronaves mono-motor com uma distância média de 2 horas de vôo a partir de Boa Vista-RR.

Ao chegar nos pólos-base, as equipes de saúde se deslocam a pé para as comunidades em longas e difíceis caminhadas pelas emaranhadas trilhas da floresta (com duração média de 6 horas). Em algumas poucas regiões as viagens podem ser feitas de canoa e em outras regiões (onde vivem cerca de 1.500 Yanomami) o único acesso possível dos postos de saúde até às comunidades é feito através de helicóptero.

A metodologia do atendimento se baseia no princípio da assistência permanente de equipes de saúde nos pólos-base (enfermeiros, médicos, profissionais de enfermagem de nível médio, etc) que se deslocam a pé para visitar, pelo menos uma vez a cada mês, e sempre que necessário, todas as aldeias. Estas visitas têm a duração mínima de 03 dias podendo se estender por períodos mais longos dependendo do tipo de tratamento que está sendo realizado, uma vez que os Yanomami não estão ainda preparados para dar continuidade às prescrições, mesmo nos casos de tratamento por via oral.

No atendimento às comunidades, a URIHI desenvolve programas de controle das principais doenças com metas e rotinas específicas para o desenvolvimento de cada atividade. Estes programas incluem a saúde materno-infantil (com ênfase no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças menores de cinco anos) e o controle das principais doenças infecto-parasitárias (malária/controle de vetores, tuberculose, infecções respiratórias, oncocercose, verminoses, DST, cárie dentária e imunizações).

Todas as informações demográficas, de morbidade e das atividades de atenção básica à saúde são enviadas todos os meses para o setor de processamento de dados, na sede da Urihi. As informações são consolidadas em relatórios epidemiológicos que irão subsidiar as decisões da gerência. Informações de óbitos, de casos de malária e de doenças de notificação compulsória são comunicadas também através do sistema de radiofonia, para que providências possam ser tomadas imediatamente.

4. Resultados alcançados pela URIHI - janeiro de 2000 a junho de 2003

Programa de Combate à Malária:

A estratégia de combate à malária tem se baseado na investigação mensal de casos novos, através do exame de pesquisa do plasmódio no sangue de toda a população, ou a qualquer momento quando surge um paciente com sintomas da doença. Nas localidades em que a incidência ultrapasse um limite especificado pelo programa, as investigações passam a ser feitas semanalmente. Desde o início dos trabalhos, a URIHI

realizou 200.238 exames de sangue para a detecção da malária. Os exames são colhidos e lidos imediatamente nas aldeias pelos profissionais de saúde ou pelos microscopistas Yanomami formados pela URIHI. Desta forma, os casos positivos são tratados precocemente pelas equipes de saúde, que devem permanecer nas comunidades, administrando as medicações, até o final dos tratamentos.

O combate às formas adultos do vetor (mosquito do gênero Anopheles) potencialmente infectado, através de nebulização do ambiente intra e peri-domiciliar e a borrifação das paredes e cobertura das malocas com inseticida, foi associado ao diagnóstico e ao tratamento precoce dos casos positivos nas localidades nas quais o número de casos de malária foi considerado alto, a partir de critérios pré-estabelecidos de estratificação da incidência da doença.

No primeiro mês de trabalho, em janeiro de 2000, foram diagnosticados e tratados 560 casos de malária na população assistida pela URIHI, determinando um coeficiente mensal de 8,2%. Durante todo ao ano de 2000 o coeficiente de incidência da doença alcançou 47 casos para 100 habitantes (47%). A incidência da doença foi sendo reduzida paulatinamente sendo que no ano de 2002 este coeficiente baixou para 1.2 %, o que significou uma redução de 98%. No primeiro semestre de 2003 foram notificados apenas 12 casos de malária (vide Gráfico 1 - Coeficiente Mensal de Incidência de Malária). Esta doença, que era a principal causa de morte entre os Yanomami na década passada, não foi responsável por nenhum óbito nos últimos 3 anos e meio. Não existe na história da saúde pública do Brasil nenhum precedente de redução da incidência de malária em populações dispersas da Amazônia em tão pouco tempo e em níveis tão expressivos como o ocorrido na população Yanomami assistida pela URIHI.

Tabela 1:

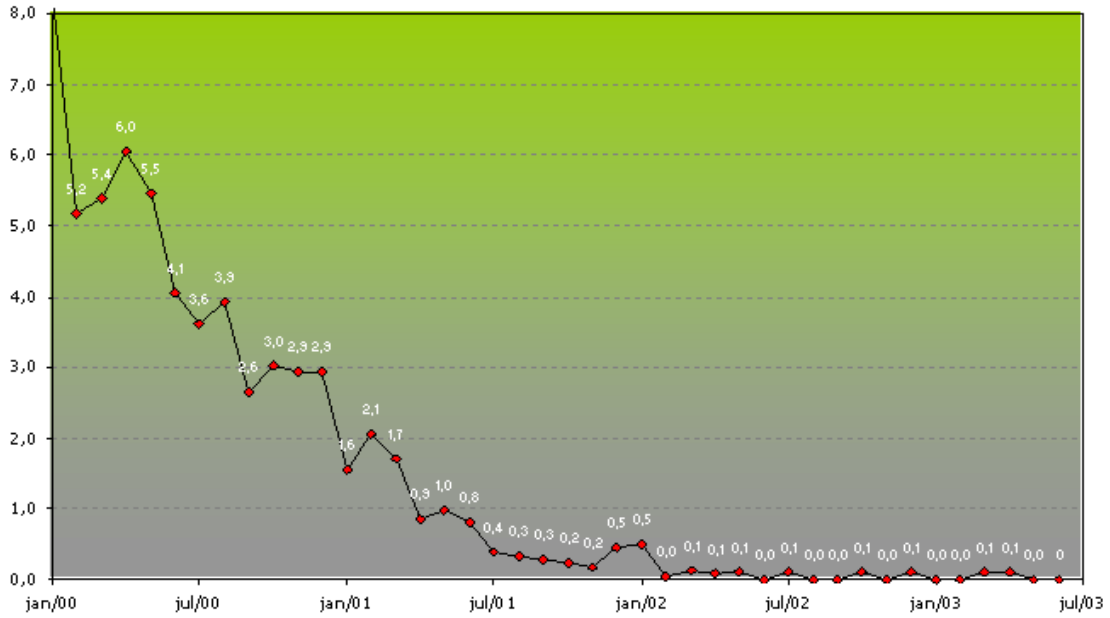
Dados de Malária - Área Yanomami - Regiões Assistidas pela URIHI (1998 a 2003)

Assistência	Ano	Lâminas Realizadas (pesquisa de plasmódio)	Nº de Casos	Índice de Lâminas Positivas (ILP)	Coeficiente Anual de Incidência (em mil hab)	Coeficiente Anual de Letalidade por Malária Falciparum (em mil casos)
Funasa	1998	27.451	3.968	14,45	616,77	16,2
Funasa	1999	27.090	3.142	11,60	468,77	6,3
URIHI	2000	73.650	3.639	4,94	473,71	7,3
URIHI	2001	65.889	539	0,81	99,14	zero
URIHI	2002	51.618	70	0,13	11,74	zero
URIHI	2003*	9.081	12	0,13	1,98	zero

* janeiro a junho de 2003

Gráfico 1:

Coeficiente de Incidência Mensal de Malária - Área Yanomami Assistida pela URIHI (2000 - 2001 - 2002 - 2003) - Programa de Combate à Tuberculose



Ao longo da história epidemiológica dos Yanomami a tuberculose tem sido um grave problema de saúde. De 1991 até 1999 o diagnóstico de casos novos ocorreu tardiamente através da demanda espontânea. No ano de 1999 foram notificados 35 casos novos da doença nas áreas atualmente assistidas pela URIHI. Para o combate à doença foi implantado o sistema de investigação de todos os casos suspeitos e dos comunicantes, através da realização do teste tuberculínico (PPD), do exame de escarro para a pesquisa de BK nos

sintomáticos respiratórios e da radiografia de tórax para todos os indivíduos com reação forte ao PPD. Todos estes exames estão sendo realizados dentro da própria área indígena. Desde 2001, os casos diagnosticados de tuberculose estão sendo tratados com sucesso em suas residências, diariamente, pelas equipes de saúde. Antes da implantação da assistência permanente, os Yanomami eram obrigados a permanecer em Boa Vista durante os seis meses de tratamento causando enorme sofrimento e transtornos sociais. Como conseqüência deste novo modelo também foi possível realizar na área indígena a quimioprofilaxia dos comunicantes de pacientes bacilíferos com reação forte ao PPD após a exclusão da tuberculose através do exame clínico e da radiografia de tórax. Estas medidas resultaram nos últimos três anos numa redução da incidência desta doença a uma média de 11 casos novos por ano, ou seja, uma diminuição de 69 % em relação ao ano de 1999.

Tabela 2 :

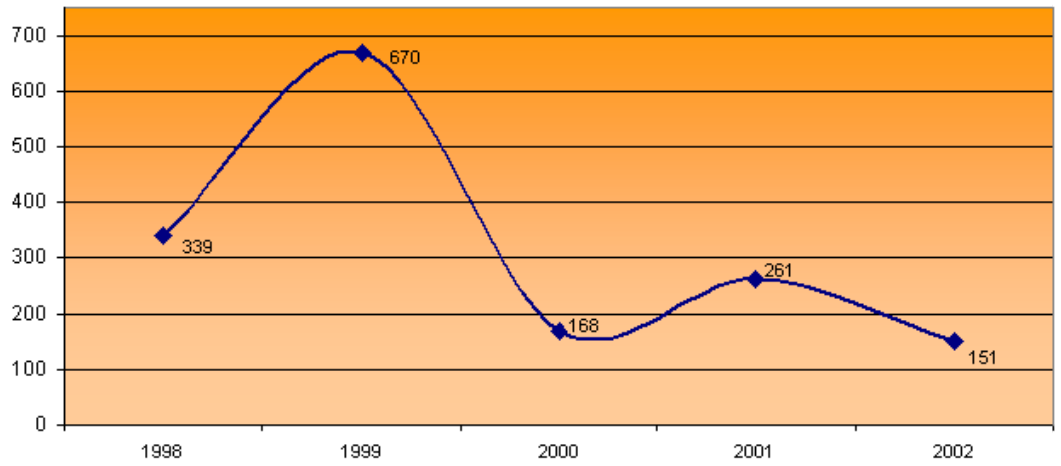
Dados de Tuberculose - Área Yanomami - Regiões Assistidas pela URIHI (1998 a 2003)

Assistência	Ano	Nº de Casos	Quimioprofilaxia	Coeficiente Anual de Incidência (por 100 mil hab)
Funasa	1998	16	0	338,8
Funasa	1999	35	0	689,7
URIHI	2000	09	0	167,7
URIHI	2001	14	26	257,5
URIHI	2002	09	05	149,7
URIHI	2003*	5	06	-

* janeiro a junho de 2003

Gráfico 2 :

Coeficiente Anual de Incidência de Tuberculose (1998 - 2002)
Área Yanomami Assistida pela URIHI



Programa de Saúde da Criança

Para enfrentar a alta mortalidade infantil, a Urihi tem dedicado especial atenção a esta parcela da população e ao combate às doenças de maior impacto na mesma.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças com menos de 5 (cinco) anos de idade tem revelado um estado de desnutrição bastante acentuado. Nesta faixa etária, 65,7 % das crianças apresentam algum grau de desnutrição e 6,3 % apresentam desnutrição grave (peso inferior a 60 % do normal para idade).

As causas da desnutrição ou a importância de cada uma delas, porem, variam de região para região, devido a diferenças históricas, sociais e ambientais. A alta mortalidade ocorrida a partir do final da década de 80 e toda a década de 90 atingiu mais intensamente não apenas a população infantil mas, também, os idosos que têm um papel importante de liderança e transferência de conhecimentos para os mais jovens sobre as atividades coletivas de subsistência. Outros fatores importantes foram a degradação ambiental e a conseqüente redução da quantidade de recursos naturais e a mudança na dinâmica social produtiva nas áreas atingidas pelo garimpo. Destacamos também a tendência à sedentarização de algumas comunidades em áreas próximas aos pólos base, surgida em função do aumento da morbi-mortalidade e a indisponibilidade de assistência nas aldeias no passado. A permanência prolongada de uma aldeia no mesmo local, abandonando o padrão de migração periódica tradicional, levou ao esgotamento das áreas de plantio e dos recursos alimentares da floresta.

Estes e outros fatores precisam ser estudos com maior profundidade para que uma abordagem apropriada possa ser empregada em cada situação. Por hora, foi introduzida a estratégia de suplementar alimentação das criancas menores de um ano com desnutrição grave, em virtude da significativamente maior mortalidade neste

grupo em comparação com as demais faixas etárias.

Programa de Imunizações

Apesar das excepcionais dificuldades operacionais que envolvem a vacinação no Distrito Sanitário Yanomami, e o conseqüente modelo de campanha para a sua execução em regiões de dificílimo acesso, a cobertura vacinal em crianças menores de um ano, que se mantinha em menos de 20% (vinte por cento) no passado, está atualmente em níveis satisfatórios como pode ser observado abaixo.

Tabela 3: Cobertura Vacinal - Área Yanomami Assistida pela URIHI - 2003

Vacina	Faixa Etária	Meta (Jan a Jun)	Realizado	%
BCG	< 1 ano	169	169	100,0
HEP B	< 1 ano	169	169	100,0
FA	< 1 ano	169	169	100,0
TRIVIRAL	< 1 ano	160	152	95,0
SABIN	< 1 ano	169	157	92,9
TETRA	1 ano	169	153	90,5
VARICELA	1 - 4 anos	378	280	74,1
PNEUMOCÓCICA *	2 - 4 anos	222	84	37,8

* Vacina em falta no estado de RR

Programa de Verminoses

Em um levantamento epidemiológico realizado na Casa do Índio de Boa Vista entre os pacientes yanomami internados e os acompanhantes, revelou uma incidência de cerca de 80 % para as verminoses. Devido a essa alta incidência, que tem um impacto esperado no estado nutricional dessa população, são realizados trimestralmente tratamentos em massa com o medicamento Mebendazol (200mg/dia/3dias), excluídos as contra-indicações.

Tabela 4: Cobertura dos Tratamentos de Verminoses, por região - 1 º Trimestre 2003

Pólo-Base	Elegíveis	Realizado	%
Aratha-ú	452	410	90,7
Auaris	1397	1260	90,2
Balawa-ú	259	254	98,1
Demini	97	97	100
Hakoma	278	278	100
Homoxi	290	283	97,6
Parafuri	246	244	99,2
Surucucu	1118	1071	95,8
Tootototobi	313	309	98,7
TOTAL	4450	4206	94,5

Programa de Oncocercose

A oncocercose, também conhecida como “cegueira dos rios” é uma filariose causada por um nematódeo da espécie Onchocerca vólvulos, transmitida através da picada de vetores do gênero Simulium. Caracteriza-se por nódulos sub-cutâneos, palpáveis ou não, onde ficam alojados os vermes adultos que eliminam microfilárias. Estas microfilárias causam lesões cutâneas e prurido intenso e podem migrar para os olhos, provocando lesões que, dependendo da intensidade, evoluem para a cegueira.

No Brasil, o foco da doença se restringe à terra indígena Yanomami e o tratamento se baseia na administração semestral do medicamento Ivermectina para toda a população residente nas áreas endêmicas do foco por um período de 12 (doze) anos.

O programa de combate a oncocercose foi efetivamente implantado em todo o foco brasileiro a partir da reestruturação da saúde indígena iniciada no ano 2000. Mesmo nas complexas condições operacionais do Distrito Sanitário Yanomami, o nível de cobertura nos ciclos de tratamento da doença tem sido um dos mais altos do mundo recebendo o reconhecimento internacional um grande sucesso da saúde pública brasileira.

Tabela 5: Resultados do Programa de Oncocercose - Janeiro a Junho de 2003

Pólos-Base	População	Elegíveis	Ciclos realizados	Tratamentos	% de Cobertura
ARATHAÚ	659	243	5	239	98,4
AUARIS	1858	1345	6	1288	95,8
BALAWA-Ú	333	247	14	244	98,8
DEMINI	132	98	6	98	100,0
HAKOMA	390	271	5	269	99,3
HOMOXI	376	271	10	271	100,0
PARAFURI	325	229	6	229	100,0
SURUCUCU	1603	1134	5	1110	97,9
TOOTOTOBI	388	292	14	289	99,0
TOTAL URIHI	6064	4130		4037	97,8

MORTALIDADE

As ações de saúde conduzidas pela URIHI nos últimos três anos e meio determinaram um coeficiente de mortalidade infantil médio no período de 57,3 o que representou uma redução de 63 % em relação à média na década passada (156,1). Considerando o primeiro semestre de 2003, esta redução foi ainda maior, atingindo o índice de 45. Vale ressaltar, mais uma vez, que as informações de mortalidade nos anos 90 refletem apenas os óbitos que puderam ser notificados nas condições de baixas cobertura e vigilância que caracterizavam os serviços da época. Atualmente as informações demográficas se baseiam em um censo nominal de todas as comunidades que é atualizado mensalmente pelas equipes de saúde.

O coeficiente de mortalidade geral que antes apresentava uma média de 21,8 em cada mil habitantes foi reduzido para 7,3/mil nos últimos 3,5 anos, ou seja, uma queda de 66 %.

A principal causa de morte atualmente são as infecções respiratórias agudas, atingindo principalmente a população infantil.

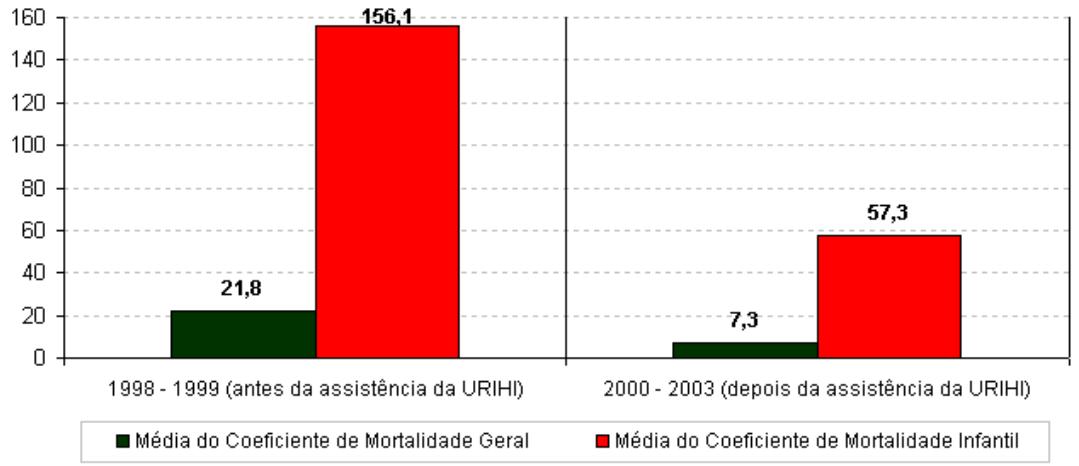
Tabela 6: Dados Demográficos - Área Yanomami Assistida pela URIHI (1998 a 2003)

Ano	Assistência	População	Nascimentos	Óbitos	Óbitos < 1 ano	Coeficiente Anual de Mortalidade Geral	Coeficiente Anual de Mortalidade Infantil
1998	Funasa	4.723	149	108	24	22,9	161,1
1999	Funasa	5.075	198	105	30	20,7	151,5
2000	URIHI	5.364	253	45	14	8,3	55,3
2001	URIHI	5.437	314	27	12	5,0	38,2
2002	URIHI	5.963	299	58	27	9,7	90,3
2003	URIHI	6.064	153	19	7	6,2 *	45,7

* o coeficiente de mortalidade geral de 2003 foi calculado a partir de uma projeção do primeiro semestre do ano (CMG de jan a jun X 2)

Gráfico 3:

Média dos Coeficientes de Mortalidade Geral e Infantil
Antes e Depois da Assistência da URIHI

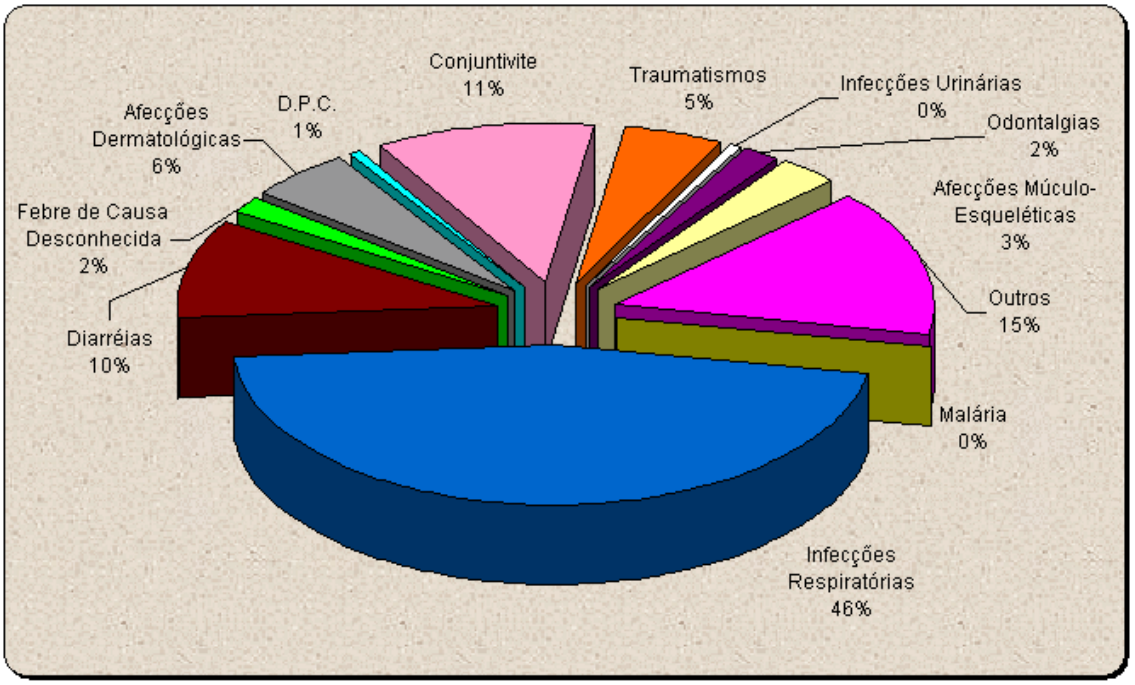


A média da taxa de crescimento natural verificada nos últimos 3,5 anos foi de 4,1 % ao ano (14,4 % no período)

A média da taxa de crescimento natural verificada nos últimos 3,5 anos foi de 4,1 % ao ano (14,4 % no período).

Gráfico 4:

Ocorrência das Principais Doenças
janeiro a junho - 2003
Área Yanomami assistida pela Urihi



Educação em Saúde

Por entender que, a médio e a longo prazos, a manutenção da saúde e do bem estar geral dos Yanomami depende de sua capacidade de entender o funcionamento da sociedade envolvente e do seu sistema de atendimento à saúde, do qual são atualmente ainda totalmente dependentes, a URIHI iniciou um trabalho de formação de 20 agentes indígenas de saúde, 55 vigilantes em saúde e 16 conselheiros do DSY. Para tanto, foram identificados em todas as regiões os Yanomami alfabetizados e que possuíam algum domínio da língua portuguesa. Vinte e nove Yanomami foram treinados no diagnóstico microscópico da malária e hoje atuam no controle da malária em suas comunidades. O grande sucesso da Urihi no controle desta endemia certamente se deve também a esta importante contribuição dos próprios Yanomami. Já foram realizados cursos sobre malária, controle de vetores, saúde bucal, doenças sexualmente transmissíveis, oncocercose e verminoses, tendo sido elaborado material didático específico nas línguas dos alunos. O acompanhamento pelos profissionais das equipes de saúde no campo completa a formação através do treinamento continuado em serviço, até que os Yanomami possam, no futuro, executar de maneira autônoma as condutas indicadas.

Investimentos na Infra-Estrutura para a Assistência na Área Yanomami

Para garantir a assistência permanente a todas as comunidades foram feitos importantes investimentos na infra-estrutura de campo. Foram construídos 6 postos de saúde, com alojamento para os profissionais, e 3 pistas de pouso para aeronaves, diminuindo a necessidade de helicóptero em algumas regiões. Foram criados também 13 sub-pólos, que são pequenas estruturas avançadas, aumentando o acesso à assistência para as comunidades mais isoladas. Todos os postos foram equipados com radiofonia, geladeiras de vacina e de alimentos, farmácia, microscópios e outros equipamentos e materiais médicos. Sistemas de energia solar foram instalados em 8 diferentes regiões, melhorando as condições de trabalho e de alojamento dos profissionais de saúde.

Consideração Geral

O modelo de parceria entre o governo e as organizações não-governamentais para o desenvolvimento das atividades de saúde através do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami tem se mostrado eficaz em

atividades de saúde através do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami tem se mostrado eficaz em garantir o direito dos índios à saúde. Ainda que haja muito que avançar, o DSY é um exemplo de que é possível alcançar conquistas sociais quando o governo e a sociedade se unem a favor da causa da cidadania.

Boa Vista, outubro de 2003

Coordenação Executiva
URIHI - Saúde Yanomami

---

[1] Fonte: DSY /FUNASA/CORE-RR- Jan/03

Coordenação Editorial: Bruce Albert (Assessor Antropológico CCPY) e Luis Fernando Pereira (Jornalista CCPY)

Voltar

Imprimir Página
Enviar para um amigo

Para informações adicionais favor enviar e-mail para o escritório central da Comissão Pró-Yanomami no seguinte endereço:

proyanomamibv@proyanomami.org.br

Boletins & Comunicados
Acesse os anteriores ou cadastre-se para receber periódicamente

Comissão Pró-Yanomami © 2007
A comissão incentiva a veiculação dos textos desde citadas as fontes.

Financiador: NORAD