



W.K. KELLOGG FOUNDATION
FROM VISION TO INNOVATIVE IMPACT

EXPERIÊNCIAS EM INOVAÇÃO SOCIAL CICLO 2004-2005

Ações de Saúde Comunitária na Floresta Nacional do Tapajós (Brasil)

RESUMO

O Projeto "Ações de Saúde Comunitária na Floresta Nacional do Tapajós" é um modelo de atenção à saúde dirigido a populações afastadas, localizadas na ribeira do Rio Tapajós, região norte do Brasil. Centra sua atenção, especialmente, nos problemas de saúde de crianças e mulheres utilizando os recursos da própria comunidade e também da floresta, tornando possível uma atenção de qualidade com sistemas simples e factíveis. É um modelo que poderia ser utilizado para aumentar a cobertura de saúde em zonas afastadas dos países da região. Este projeto obteve o quinto lugar, entre 1.600 inscrições recebidas no ciclo 2004-2005 do Concurso "Experiências em Inovação Social", iniciativa da Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL) com apoio da Fundação W.K. Kellogg.

CONTEXTO NO QUE SE EXECUTA O PROJETO

O projeto atende a 25 comunidades localizadas nos Municípios de Belterra e Aveiro, todos na zona de influência do Município de Santarém, Estado do Pará, na região norte do Brasil. Esta zona corresponde à Floresta Nacional do Tapajós, com uma área de 600.000 hectares na margem do Rio Tapajós onde vivem cerca de 1.100 famílias, distribuídas, ao longo do rio, em comunidades rurais tradicionais, com distâncias entre 5 e 15 horas da cidade utilizando algum tipo de transporte fluvial. Esta enorme dispersão territorial dificulta a articulação e coordenação entre comunidades, situação que impede, ou pelo menos torna mais complicada, a interlocução com as instâncias públicas e certamente não contribui para melhorar as condições de saúde da zona.

Geralmente, nestas comunidades, as famílias ocupam terras cuja situação da posse da propriedade não é clara. São povos majoritariamente tradicionais, principalmente caboclos (descendentes de indígenas com brancos) que praticam a extração e a agricultura itinerante, basicamente para o autoconsumo, além da caça, a pesca artesanal, o recolhimento de produtos da selva e a plantação de mandioca, com um quase nulo intercâmbio comercial.

O Rio Tapajós, do qual extraem a água para o consumo, é um dos dois maiores tributários do Amazonas. Este apresenta significativos níveis de contaminação vegetal devido à carga biológica que recebe da própria selva. As atividades

produtivas às quais se dedica esta população têm como resultado dietas muito limitadas. Além disso, a zona não conta com estruturas de saneamento básico. Esta situação, unida à falta de intervenção adequada e oportuna, torna mais grave as doenças simples, que são doenças comuns para certos períodos da vida e geralmente são causadas por um único agente. São doenças que ao se apresentarem em pessoas com uma boa saúde e um estado nutricional adequado, se resolvem simplesmente e sem implicações futuras, mas, se ao contrário, o corpo não disfruta de boa energia, pode complicar e evoluir para algo mais sério. Como é lógico frente a estas condições de vida, a mortalidade infantil é elevada devido às diarreias, infecções respiratórias, doenças imunopreveníveis, desnutrição, anemias carenciais e parasitoses. A dificuldade no acesso ao serviço público de saúde, cuja ausência é histórica nas localidades envolvidas, se deve primordialmente à sua localização geográfica, às restrições de comunicação e mecanismos de traslado até os lugarejos maiores. Por outra parte, está a pouca disponibilidade de pessoal capacitado e de recursos materiais. Todos estes aspectos agravam a situação de saúde na zona.

Neste sentido, cabe mencionar alguns dados que descrevem o contexto geral onde se executa o projeto. A Amazônia Legal brasileira é uma definição geopolítica estabelecida em 1966 para planejar e promover o desenvolvimento da região. Atualmente está constituída por 808 municípios distribuídos em nove estados, sete dos quais na região norte, um na região centro-oeste e outro na região nordeste.^{1/}

A Amazônia Legal corresponde à região com maior extensão territorial (61% do território), é a segunda região com menor número de habitantes (7,46% da população) e tem a menor densidade demográfica do país (4 hab/km²). Suas grandes distâncias, a irregularidade de concentração populacional e a insuficiência de vias e meios de transporte dificultam o acesso aos bens públicos.^{2/} Mais que qualquer outra região do Brasil, a Amazônia Legal se destaca pela diversidade étnica, social e cultural.

Como mencionado anteriormente, o projeto apresentado ao Concurso é executado em dois municípios da região norte. Segundo dados do censo de 2000^{3/}, esta região atingiu uma população de 14,2 milhões, enquanto os nove estados da Amazônia Legal somaram 21 milhões de habitantes. Ainda assim, se destacou por apresentar situações adversas à saúde, tanto na parte de saneamento quanto na prestação de serviços de atendimento, especialmente no acesso das pessoas que requerem atenção. Além disto, mostra cifras superiores à média nacional na taxa de mortalidade infantil e materna.

^{1/} Ministério da Integração Nacional do Brasil. www.integracao.gov.br

^{2/} Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal: Plano Saúde Amazônia/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização-Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

^{3/} Ministério da Saúde, Brasil. www.datasus.gov.br

Quadro 1. Alguns dados comparativos municipais, regionais e da América Latina.

Dados	Município de Aveiro	Município de Belterra	Brasil	Região Norte, Brasil	América Latina
População a/	18.427	17.192	187.600.886	14.698.878	551.629.558
Razão de sexo b/	110,3	114,2	97,55	-	97,88
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	0,635 c/	0,647 c/	0,766 c/	0,725 c/	0,766 d/
Índice de Gini c/	0,64	0,65	0,606	0,602	-
Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)*	18,94 e/	29,85 e/	25,06 f/	27,07 f/	26,2 g/
Três ou menos anos de educação (%)	57,1 c/	47,1 c/	30-39,9 h/	-	-
PIB per cápita i/	630	1383	4.004	-	4.117
Estabelecimentos de saúde e/	3	6	-	-	-

Fonte: Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em informação proveniente de:

- Ministério da Saúde do Brasil, www.datasus.gov.br
- Panorama Social da América Latina 2005. www.cepal.org
- Anuário Estatístico da América Latina e o Caribe 2004. www.cepal.org
- Governo do Estado do Pará, Estatísticas Municipais, www.sepof.pa.gov.br
- Instituto de Investigação Econômica Aplicada do Brasil, www.ipeadata.gov.br
- PNUD. Informe sobre Desenvolvimento Humano, 2005. www.undp.org

a/ População correspondente ao ano 2005

b/ Quantidade de homens para cada 100 mulheres. Dado correspondente ao ano 2000 (Municípios do Aveiro e Belterra) e ano 2005 (Brasil e América Latina)

c/ Dado correspondente ao ano 2000

d/ Dado correspondente ao ano 2001

e/ Dado correspondente ao ano 2003

f/ Dado correspondente ao ano 2002

g/ Dado correspondente ao quinquênio 2000-2005

h/ Cinco ou menos anos de educação, ao redor de 2002

i/ PIB per cápita de 2002 a preço de 1997, (US\$)

* As taxas de mortalidade infantil evidenciam o subregistro real na maioria das zonas distantes da região.

Comparando os municípios de Aveiro e Belterra, e de acordo com as estatísticas municipais do governo do Pará, Aveiro tem um maior número de pessoas com menos de três anos de estudo e uma taxa de mortalidade infantil significativamente menor (29,17 por mil nascidos vivos versus 43,48). Infelizmente, a falta de registro dos certificados de nascimento e óbito nas zonas rurais afastadas da região faz com que os números não sejam tão claros para nenhuma das comunidades. Não obstante, e como se explicará posteriormente, o projeto elaborou análises e avaliações que mostram claramente o impacto que tem causado na mortalidade infantil nas comunidades que atendem.

Quanto à prestação de serviços de saúde, o município de Aveiro conta com três estabelecimentos de saúde: dois postos e um centro; e Belterra tem quatro postos de saúde, uma unidade de saúde para a família e uma unidade de vigilância sanitária. Como se observa no quadro 2, a média do ano de 2000, um em cada cinco nascimentos nos dois municípios ocorre em mulheres com idade entre 10 e 17 anos; cifra que, para o Brasil, não chega a 10% no mesmo período.

Quadro 2.
Meninas e Adolescentes do sexo feminino com filhos e filhas.
Municípios de Belterra e Aveiro, Brasil. 2000.

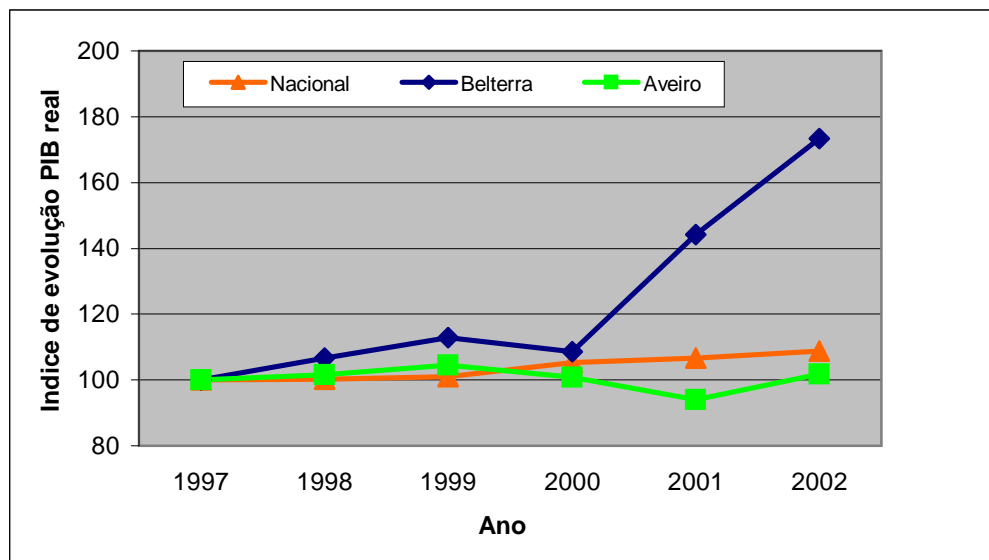
Local	Meninas entre 10 e 14 anos de idade com filho(as)	Adolescentes do sexo feminino entre 15 e 17 anos de idade com filhos(as)
Município de Aveiro	0,87	14,28
Município de Belterra	0,05	21,31
Estado do Pará	0,72	12,94
Brasil	0,426	8,44

Fonte: Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em informação do PNUD, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil <http://www.pnud.org.br/atlas/>

O gráfico seguinte mostra a evolução do PIB municipal e nacional^{4/}, onde se evidencia como Belterra atingiu um maior e mais destacado crescimento econômico. Neste sentido, Belterra supera o índice nacional, especialmente a partir de 2000, com a introdução da plantação de soja e forte expansão do arroz.

^{4/} Índice base 1997 =100

Gráfico 1. Índice da evolução do PIB municipal e nacional. a/ Municípios de Belterra e Aveiro, Brasil. 1997-2002.



Fonte: Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), com base em informação proveniente de:

- Panorama Social de América Latina. 2005. www.cepal.org
- Estatísticas Municipais Brasil, www.sepof.pa.gov.br
- Instituto de Investigação Econômica Aplicada do Brasil, www.ipeadata.gov.br

a/ Índice base 1997=100

As privações que a população destes dois municípios enfrenta são reflexo da situação da pobreza e indigência do país, que incontestavelmente, tem conseqüências graves na saúde das pessoas e, geralmente, em sua qualidade de vida. Esta situação merece especial atenção, desde instâncias que sobrepassam a esfera de ação do projeto, já que o Brasil apresentou um incremento, tanto da pobreza (1,2 pontos percentuais) como da indigência (0,7 pontos), entre 2001 e 2003^{5/}. Entretanto, deve-se ressaltar também o fato de que o Brasil, junto com o Equador, o México, o Panamá e o Uruguai, é um dos países que tem obtido avanços na redução da pobreza iguais ou superiores ao esperado para o 2004^{6/}. Cabe mencionar que na América Latina, o Brasil é o país com a pior distribuição de renda na região, como também o que tem a maior proporção da pobreza infantil relativa à renda média.^{7/}

O Brasil destina atualmente mais de 18% de seu produto interno ao gasto social^{8/}, o qual o assemelha a países como Argentina e Uruguai. Por outro lado, tem aumentado de maneira relevante o gasto social como porcentagem do PIB, passando de 17,3% no biênio 1996-1997 a 19,1% no biênio 2002-2003. Não

^{5/} CEPAL. Panorama Social da América Latina, 2005

^{6/} CEPAL, OIT, FAO, UNESCO, OPS, PNUD, PNUMA, UNICEF, UNFPA, PMA, UN-Habitat, UNIFEM. Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Agosto 2005

^{7/} CEPAL, UNICEF. Desafios Boletim da infância e adolescência sobre o avanço dos objetivos do desenvolvimento do Milênio. No. 1, setembro 2005

^{8/} CEPAL. Panorama Social da América Latina 2005

obstante, as médias nacionais ocultam diferenças significativas entre diferentes grupos sociais e áreas geográficas. Por exemplo, de acordo com os dados disponíveis, o acesso aos serviços e a situação relativa à saúde e à educação variam consideravelmente de acordo com o nível de renda familiar. Desigualdades no campo da saúde e da educação também são observadas, em função do domínio de grupos étnicos, raciais ou da área de residência das pessoas.^{9/}

Tal como menciona o Panorama Social 2005, no que se refere às disparidades sócio-econômicas da mortalidade infantil, estas seguem sendo significativas, como revela o caso do Brasil, país que mostra as maiores disparidades entre extratos sócio-econômicos (a razão entre a mortalidade infantil do extrato urbano mais pobre e o mais rico é superior a 4). Nas zonas rurais, o avanço em matéria de sobrevivência das crianças segue encabeçado pelos terçiles de maior nível sócio-econômico.^{10/}

A persistência da morbi-mortalidade materno-infantil e das doenças infecciosas se vinculam estreitamente com o acesso inadequado à água potável, a insatisfação de necessidades básicas como a falta de sistemas apropriados de eliminação de excretas e a aglomeração. Segundo o Ministério da Saúde^{11/}, a condição extremamente insalubre em que se mantém a região norte, está associada à insuficiência e baixa efetividade das políticas públicas neste setor. Todas estas situações fazem parte do contexto onde se encontra a população alvo do projeto.

ANTECEDENTES DO PROJETO

A idéia nasce em 1985 quando foi criado o projeto “Saúde e Alegria” (PSA) e que também se fundou o Centro de Estudos Avançados de Promoção Social e Ambiental (CEAPS), produto do trabalho comunitário desenvolvido na zona pelo médico Eugenio Scannavino e a professora de arte Marcia Silveira.

O projeto se desenvolve, desde 1987, na Floresta do Tapajós, na região norte do Brasil, especificamente nos Municípios de Belterra e Aveiro no Estado do Pará. Esta interessante iniciativa de saúde comunitária nasce como solução para alguns dos principais problemas da zona, os quais foram identificados de maneira participativa pela própria comunidade. Entre estes se destacaram: a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, as elevadas taxas de mortalidade infantil e mortalidade por doenças infecciosas, parasitoses, desnutrição, falta de água potável e saneamento básico.

O conceito do projeto como tal, é um esforço conjunto entre a equipe do CEAPS, as comunidades onde se desenvolvem as atividades e suas instâncias representativas, agricultores e colaboradores. A partir do momento em que a Floresta do Tapajós

^{9/} CEPAL. Panorama Social da América Latina 2005.

^{10/} CEPAL. Panorama Social da América Latina 2005.

^{11/} Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal: Plano Saúde Amazônia/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização-Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

foi setorizada para conformar-se num território estratégico para a ação do projeto, procurou-se capacitar e fortalecer gradualmente a população local para assumir a gestão do processo. A estratégia de participação social e valorização de soluções simples e adaptadas à realidade local foram os aspectos mais relevantes que se discutiram para o desenho e execução do projeto. Desta maneira, o desenvolvimento progressivo na zona tem tido um papel importante em instâncias como: Conselho Intercomunitário (CI), Foro de Planejamento e Integração da Floresta do Tapajós, as associações comunitárias e intercomunitárias e, mais recentemente, a Federação de Organizações e Comunidades da Floresta do Tapajós (FCFT).

Por outro lado, para enfrentar os desafios relacionados às condições de saúde da população, como por exemplo, os índices de mortalidade infantil por causas simples, deviam-se otimizar os recursos locais que surgem do conhecimento empírico e da experiência acumulada. Aproveitou-se especialmente a sabedoria das mulheres da comunidade, dando-lhes um papel estratégico e diferenciado, porque são elas que assumem um papel importante nos cuidados da saúde, especialmente no que se refere à saúde materno-infantil, assim como o uso de recursos fitoterapêuticos da floresta.

A presença deste projeto tem sido a chave para buscar a solução para os principais problemas de saúde dessa região. Desde que o projeto surgiu, se conseguiu expandir o número de comunidades atendidas consolidando-se em 2001, quando aumentou de 16 para 31 comunidades, assegurando a incorporação das 25 que se caracterizam por ser comunidades ancestrais, contempladas neste projeto. Além disso, conseguiu a diminuição dos principais problemas de saúde, entre os que se destacam a taxa de mortalidade infantil e os problemas de saúde oral. Além disto, e como um lucro de enorme transcendência, tornaram acessível a água potável para a totalidade das casas atendidas. Mas, sobretudo conseguiram, mediante um processo ativo e permanente com a própria comunidade, uma clara priorização dos problemas de saúde com a conseqüente procura de soluções acessíveis, adequadas e de qualidade.

OBJETIVOS DO PROJETO

OBJETIVO GERAL

O objetivo geral do projeto é apoiar e promover ações de saúde comunitária para o desenvolvimento local integrado na Floresta Nacional do Tapajós, a partir de estratégias que estejam de acordo com a realidade das comunidades tradicionais e que sejam capazes de contribuir para a construção de um modelo demonstrativo e replicável para o melhoramento das políticas públicas de saúde na região onde é desenvolvido o projeto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover ações orientadas ao melhoramento das condições de saúde comunitária mediante a combinação de atividades educativas/preventivas, com ênfase na saúde infantil, oral e da mulher.
- Gerar as condições físicas básicas para melhorar os níveis de saneamento básico e acesso à água potável.
- Capacitar e articular agentes locais, comunitários de saúde e parteiras tradicionais para a formação e fortalecimento dos Conselhos Locais Integrados de Saúde (CLIS).
- Implementar atividades para apoiar as comunidades no fortalecimento de suas organizações e promover articulações interinstitucionais, com o fim de integrar as ações deste projeto às políticas públicas.

METAS DO PROJETO

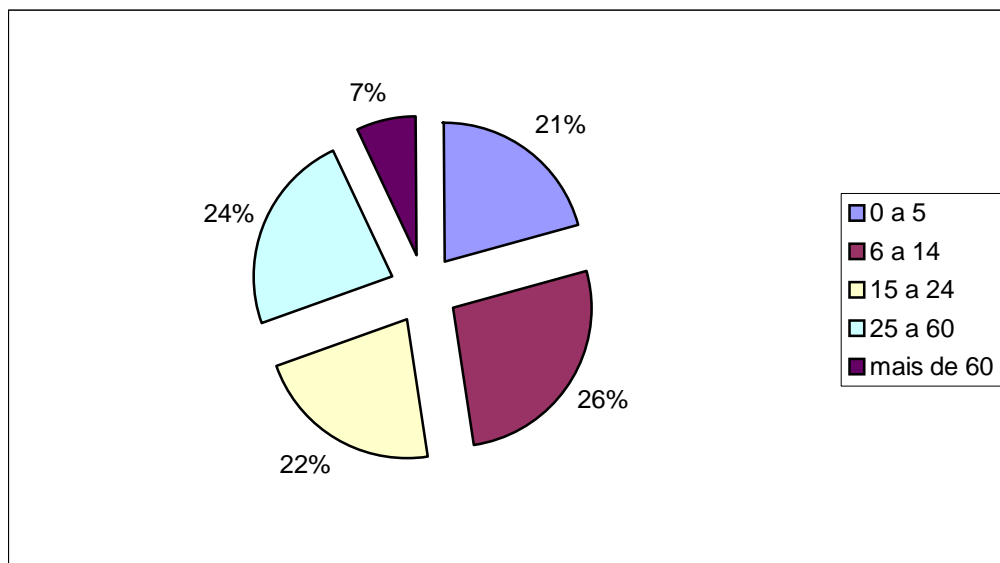
- Diminuir a incidência de doenças diarréicas, a prevalência de doenças dermatológicas, a prevalência e incidência de desnutrição e baixo peso em crianças menores de cinco anos.
- Aumentar a cobertura de imunizações em menores de cinco anos, o número de famílias com acesso à água potável (clorada), água de poço, água encanada (microsistema de água) e saneamento básico (eliminação de excretas).
- Incrementar o número de famílias com comunicação contínua via rádio.
- Aumentar o número de agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem capacitados em saúde materno-infantil, nutrição, higiene e saneamento, primeiros-socorros e acidentes com animais venenosos, bem como o número de parteiras treinadas e capacitadas em saúde materno-infantil, nutrição e gravidez, parto e puerpério.
- Consolidar o modelo de saúde e o incremento na qualidade dos indicadores.
- Criar e fortalecer as organizações comunitárias e instâncias representativas da zona.

COBERTURA DO PROJETO

O projeto atende a 5.880 pessoas (5.570 em Belterra e 310 em Aveiro) que vivem em 25 comunidades às margens do Rio Tapajós (22 em Belterra e 3 em Aveiro), dos quais 100% se encontra em condições de pobreza. Esta população, que corresponde a 31,8% da população de Belterra e 2,1% da população de Aveiro, reside na zona rural. Em Aveiro, o projeto trabalha com três comunidades onde vivem umas 400 pessoas (cerca de 80 famílias), as restantes estão em Belterra.

O gráfico 2 apresenta a distribuição por idade e sexo, da população que atende o projeto.

Gráfico 2.
Distribuição de população beneficiária de acordo com a idade.
Comunidades beneficiárias do Projeto Saúde e Alegria. Novembro 2004.
(n=5880)



Nota: Idade em anos feitos.

Como se pode observar no gráfico 2, mais de 60% da população beneficiada tem menos de 25 anos de idade. Vale mencionar que a partir dos 15 anos, a proporção de mulheres por grupo de idade se eleva quase a 60%. Portanto, não é de estranhar o peso que as ações do projeto dão às atividades de saúde infantil e materna.

DESCRIÇÃO DO PROJETO

O projeto "Ações de saúde comunitária na Floresta Nacional do Tapajós" está estruturado sobre uma rede de setores (áreas geográficas) organizados pelo Projeto Saúde e Alegria (PSA), onde a responsabilidade de cada setor se adapta às dinâmicas estabelecidas por acordo e segundo às necessidades resultantes da intervenção permanente na realidade local.

O PSA conduz este processo a partir das avaliações e planejamentos realizados com as próprias comunidades beneficiárias. Mantém a gestão do projeto basicamente na consecução e administração dos recursos necessários para a execução das ações e estratégias previstas no plano de atividades. Este plano é construído em conjunto com os líderes comunitários, as entidades representativas do grupo destas comunidades e os responsáveis pela condução de políticas públicas para a Floresta Nacional do Tapajós.

É também competência do PSA a apresentação de propostas para a solução e o desenvolvimento integrado destas comunidades tradicionais, atendendo aos

princípios de inovação, sustentabilidade, adequação à realidade local, as políticas públicas, com forte potencial de replicabilidade para situações similares.

Para atender estas frentes de trabalho, o projeto mantém uma equipe de profissionais, alguns contratados e outros voluntários, das áreas de saúde, educação, comunicação social, organização comunitária, desenvolvimento de trabalho e geração de renda. Esta equipe multiprofissional, trabalha de maneira programada para satisfazer as exigências durante as diferentes fases do processo, atender as necessidades que surgem por motivo da experimentação de modelos de assistência, debate com o setor público e as comunidades em busca do aperfeiçoamento e a apropriação deles mesmos, especialmente do setor público.

As iniciativas de saúde implementadas através dos anos por “Saúde e Alegria” em 16 comunidades piloto permitiu a construção de metodologias e tecnologias sociais participativas, apropriadas e demonstrativas de alto impacto, relacionadas com as políticas públicas e possíveis de replicar em diversas áreas e contextos. Esta experiência piloto serviu de base para expandir com êxito a iniciativa a 31 comunidades e, posteriormente, a 143 comunidades onde hoje funciona.

Desde que o projeto iniciou seus trabalhos, buscou um modelo de atenção primária em saúde adaptado para a realidade local que pudesse oferecer resposta aos principais desafios, unindo conhecimentos técnicos com a sabedoria popular e aproveitando os recursos humanos, materiais e naturais existentes, elemento que é precisamente um dos aspectos mais inovadores desta iniciativa. Cabe mencionar que em 2001, quando o projeto se consolidou, as comunidades tradicionais da Floresta do Tapajós apresentavam problemas de saúde bastante sérios, enquanto que as que vinham sendo atendidas pelo projeto conseguiram uma franca melhoria em suas condições: a taxa de mortalidade infantil era notavelmente mais baixa (27,03 comparado com 51,83 por mil nascidos vivos nas outras comunidades)^{12/}. Esta diferença é explicada pelas múltiplas atividades que se realizaram para beneficiar a zona.

Neste sentido, o projeto se converte numa proposta para melhorar as condições de vida das pessoas, trabalhando três estratégias de saúde pública: promoção da saúde, prevenção das doenças e atenção primária de saúde, as quais incluem claros elementos de saneamento básico e água potável. Desde este ponto de vista, as atividades que se realizam no campo podem ser catalogadas em três linhas de ação fundamentais:

a) Ações de educação, prevenção e mobilização

É aqui onde o projeto tem sua gênese. Entre estas atividades está a capacitação de voluntários como monitores de saúde para a atenção das doenças mais comuns,

^{12/} Sousa, José. Diagnóstico Ambiental, Social e Econômico nas Áreas de Ação do Projeto “Saúde e Alegria” nos Municípios de Santarém e Belterra, Pará. Agosto 2000

a orientação das famílias, a notificação e monitoramento de acontecimentos. Posteriormente, estes monitores são contratados pelas prefeituras municipais como Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que por sua vez garante a permanência das pessoas capacitadas durante a execução das ações. É inegável a utilidade destes Agentes, mas também é claro que as prefeituras não contam com os recursos nem financeiros nem técnicos para a preparação adequada das pessoas. Neste sentido, o PSA cumpre um papel fundamental ao entrar neste campo, já que satisfaz as necessidades dos municípios ao encarregar-se de capacitar pessoas como ACS que, segundo comentam os representantes do projeto, por lei devem pertencer nas comunidades onde trabalham. Realizam assim ações de utilidade para as comunidades, de maneira combinada com as autoridades locais, as quais vêm fortalecida sua capacidade de ação e atenção para a população de sua localidade.

Desta forma, e devido à possibilidade de se evitar a grande maioria das doenças (oferecendo água potável, saneamento básico e vacinação, entre outros), são organizadas amplas campanhas educativas com a população com o fim de melhorar as condições de higiene pessoal, familiar e coletiva. Incentiva-se o uso de cloro para o tratamento da água de consumo humano, o soro caseiro para o combate da desidratação por doenças diarreicas, a formação de cooperativas para o recolhimento e o tratamento do lixo e a melhoria dos sanitários, entre outras ações. Além disso, são organizadas campanhas trimestrais de vacinação, em coordenação com os estabelecimentos públicos de saúde, monitorando a saúde das crianças menores de cinco anos.

No processo se formou um grupo de mães e mulheres que trabalham na área de saúde materno-infantil e programas de luta contra a desnutrição, utilizando plantas nativas de alto valor nutritivo disponíveis em suas próprias comunidades. No caso das escolas, professores foram capacitados para orientar as crianças na reciclagem do lixo, focos de contaminação ambiental, higiene oral, entre outros. Neste sentido, o sistema público de educação apóia o processo, coordenando as atividades em conjunto com o PSA, para chegar à população infanto-juvenil da zona.

É assim um projeto promovido por uma ONG, que trabalha em conjunto com os próprios beneficiários para buscar soluções apropriadas, mas por sua vez fortalece a capacidade de execução das autoridades locais, o que tem sido precisamente um dos principais problemas e desafios que tem colaborado para a descentralização na região. Este é um verdadeiro e claro processo de capacitação da população e da administração pública da zona.

Para cobrir toda a população alvo, a equipe do projeto se organiza com duas grandes atividades que por sua vez servem de “apresentação” para entrar em contato com os moradores. Destaca-se assim o Grande Circo Mocarongo que constitui um instrumento de grande utilidade para a relação entre a equipe técnica e as comunidades. Nesta modalidade, se utiliza a alegria como força motora para tratar os temas relevantes. Durante as visitas, os principais problemas de saúde que enfrentam, assim como as alternativas de solução, são trabalhados pela equipe

em conjunto com os moradores através de encenações (teatro), jogos, música, dança e poesias educativas. Desta forma, o circo facilita o processo de diálogo para a definição dos problemas e as alternativas de solução, e por sua vez apóia o processo de aprendizagem e assimilação dos conteúdos que se desejam transmitir.

Por outro lado, se encontra a Rede Mocaronga que possui uma rádio local, notícias impressas e programas de televisão. Considerando-se que mais de 40% da população tem entre 6 e 24 anos de idade, grupos de jovens são capacitados como repórteres rurais (agentes multiplicadores) constituindo-se assim em filiais locais para a produção e difusão de materiais educativos, promovendo a comunicação intra e intercomunitária.

Vale mencionar que a seleção do nome do circo e da rede é emblemática do esforço para buscar uma identidade em conjunto com as comunidades da região. Em praticamente todo o Brasil, a palavra “mocarongo” é usada como um termo pejorativo, seja para referir-se a uma pessoa ou objeto. Na região onde se executa o projeto, o termo se relaciona com os nativos de Santarém. Segundo testemunho dos participantes do projeto, a escolha do nome do circo e da rede foi, precisamente, para se contrapor ao caráter pejorativo que o termo havia assumido e, com isto, reafirmar a identidade da população local.

Assim mesmo, se trabalhou algumas outras metodologias com o fim de causar um maior impacto mobilizador nas comunidades. Uma delas foi o Prêmio “Crianças com saúde e alegria” que reconhece as comunidades que melhor desenvolvem atividades de promoção da saúde. Além disso, se efetuam as Olimpíadas “Três Rios” de Saúde e Alegria que teve como tema central, em sua última edição, a prevenção do HIV/AIDS. Nesta atividade é abordado o tema principal através da geração de modalidades esportivas, como elemento motivador (futebol, arco e flecha, etc.) e também as educativas (música, poesia, teatro, etc.).

b) Acesso à água de qualidade

O Rio Tapajós, fonte principal de água para as comunidades desta zona, apresenta sérios problemas de contaminação devido, fundamentalmente, à carga biológica que provém da própria floresta. Há vários anos, o Projeto Saúde e Alegria fez um grande esforço para garantir às populações da área da floresta acesso à água de melhor qualidade. Neste tema, o principal objetivo é dar apoio técnico e financeiro para a implementação de sistemas simplificados de abastecimento de água potável nas comunidades, sempre contando com a participação e a mão-de-obra voluntária dos beneficiados.

O sistema para abastecer de água potável as comunidades é simples e de fácil execução. Consiste na produção e distribuição de hipocloreto de sódio a partir da eletrólise (água e sal de cozinha) com uso de energia solar. (Para maiores detalhes consultar a CEAPS: psa@saudeealegria.org.br)

O hipocloreto de sódio é produzido e distribuído à comunidade e para cada lar por agentes comunitários. Estes agentes comunitários são pagos pelos municípios. Por outro lado, os comitês da comunidade assumiram a gestão e manutenção da infra-estrutura, especialmente no que se refere ao abastecimento de água. Neste sentido, estes comitês se responsabilizam por implementar e manter infra-estruturas de saneamento como poços semiartesanais, pedras sanitárias, filtros de água e micro-sistemas de abastecimento de água potável.

Este trabalho comunitário busca reduzir a dependência do setor público mas, além disto, são capazes de solucionar oportunamente os problemas de infra-estrutura, o que diminui o tempo de reparação destes equipamentos e, portanto, os períodos sem água. Esta gestão comunitária, em conjunto com os agentes comunitários de saúde, faz com que o sistema seja auto-suficiente, o que tem um valor muito importante para a comunidade e para o município.

O acesso sustentável da água potável e saneamento básico é a meta número 10 dos objetivos do desenvolvimento do milênio. Não obstante, ainda quando se avançou de maneira significativa e é plausível pensar que praticamente todos os países da região o conseguiram, no nível rural em 2002, 31% das pessoas na média da América Latina e do Caribe não tem acesso a estes dois serviços. Para o caso do Brasil, esta porcentagem é levemente superior a 40%¹³/. De acordo com as estimativas do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), os países que deveriam fazer maiores esforços para cumprir esta meta são Nicaraguá, Haiti, Santa Lúcia, Bolívia e Guatemala.

O modelo desenvolvido por este projeto é simples, adequado e viável e permite assegurar o acesso à água potável a populações afastadas, bem como melhorar significativamente as condições sanitárias da zona. É um modelo inovador no conjunto de ações que realiza e é facilmente replicável em condições similares, sendo um sistema que seria de enorme relevância em vários países da América Latina e do Caribe.

c) Atenção à saúde

Neste âmbito, o pessoal do projeto realiza atividades específicas, principalmente quando há casos que são mencionados pelos centros de saúde e hospitais da rede pública, seja do município de Belterra ou da cidade de Santarém, dependendo do nível de complexidade.

Por outro lado, o projeto oferece atendimento odontológico, durante as viagens e os profissionais da saúde fazem pequenas intervenções sempre que os casos identificados não sejam graves e que possam ser solucionados no momento. Em caso contrário, existe desde abril de 2005 uma “ambulancha”, que corresponde a

¹³/ CEPAL, OIT, FAO, UNESCO, OPS, PNUD, PNUMA, UNICEF, UNFPA, PMA, UN-Habitat, UNIFEM. Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Agosto 2005

um pequeno barco com motor de popa, que retira as pessoas com risco de vida das comunidades do Rio Tapajós e Arapiuns e os transporta para centros assistenciais onde podem receber um atendimento de acordo com suas necessidades. Os casos mais comuns que são atendidos por este transporte fluvial são as picadas de cobra, trabalhos de parto e acidentes de trabalho.^{14/}

Atualmente, há um sistema de comunicação desenvolvido pelo PSA, via rádio-amador^{15/}, entre as comunidades, a sede do PSA e o hospital municipal, que torna efetiva a notificação de situações julgadas de emergência pelos agentes de saúde formados pelo projeto. Antes, muitas pessoas morriam por falta de atendimento alternativo e oportuno. Outro ponto interessante são as ações que realizam com os produtores rurais com os quais se trabalhou para aumentar a oferta de alimentos mediante a racionalização dos trabalhos.

A participação dos beneficiários, neste tema, se inicia com a análise para a priorização dos problemas de saúde. Nas etapas posteriores, participam ativamente durante as campanhas educativas realizadas na comunidade, quando se trabalham os aspectos interativos e complementários do conhecimento técnico com o local. As comunidades são visualizadas como protagonistas no processo de tomada de decisões o que em consequência cria instâncias que potenciam esta participação, aportando um legado importante na construção de uma cidadania com deveres e direitos.

Existe além disso, a Comissão Local Integrada de Saúde (CLIS) que é uma entidade organizada onde são concretizadas formas para assegurar a execução das atividades na comunidade e que, por sua vez, atendem a evolução de suas condições de saúde. Normalmente esta comissão está composta por pessoas da comunidade e também por uma “rezadeira” (pessoa que utiliza a reza para o processo de cura), um “mateiro” (pessoa que usa as plantas medicinais), um “puxador” (pessoa que sabe tratar o sistema músculo-esquelético) e uma parteira tradicional. Constitui uma forma particular de organização das comunidades tradicionais da Amazônia brasileira, onde se aproveita a posição social consagrada de pessoas tradicionalmente preparadas para o cuidado da saúde.

As associações comunitárias e intercomunitárias representam um espaço de participação efetiva para a população da zona, constituindo-se em uma oportunidade de intercâmbio entre as comunidades de outras áreas onde se desenvolvem atividades similares. Além disto, se multiplicam e redesenham conteúdos do projeto que envolvem a geografia na hora de executar as atividades.

Nestes espaços de interação comunitária, a saúde é tratada como tema prioritário, pela mesma natureza da sociedade local, de modo que as ações do projeto assumem caráter transversal e a cooperação surge espontaneamente. Desta

^{14/} Rede Macoronga de Comunicação Popular. Jornal Intercomunitário do Projeto Saúde e Alegria. Janeiro a Junho de 2005, No. 27 Ano XVIII.

^{15/} Recordemos que esta é uma das metas do projeto e que é precisamente esta solicitude de atenção a que se beneficia da melhoria nas comunicações.

forma, todas as atividades realizadas são culturalmente aceitas, analisadas e incorporadas em sua cotidianidade, o qual assegura sua permanência no tempo.

Em geral, as metodologias lúdicas de educação e mobilização para a participação das comunidades, associadas às inovações em equipamentos que melhoram as condições sanitárias e os princípios do atendimento primário de saúde, resultam na consolidação de um processo de gestão comunitária em saúde. Estas estratégias e tecnologias sociais participativas são apropriadas para a realidade local onde se executa o projeto, além disso tem a virtude de ter alto impacto na população beneficiária, assim como contar com o monitoramento contínuo, tanto do equipamento técnico como dos membros dos conselhos comunitários criados.

FINANCIAMENTO E CUSTOS DO PROJETO

O Projeto Saúde e Alegria é financiado por diferentes organizações, nacionais e internacionais (ver Quadro 2), sem depender do orçamento dos governos locais e estaduais, como já foi dito, mesmo quando trabalha em contato direto com as autoridades locais e em benefício do aumento da capacidade de execução que estas têm. Dentro das fontes de financiamento se destacam por uma parte uma ONG internacional e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, de enorme importância no país, o BNDES. Da mesma forma, aproveita o trabalho voluntário dos próprios beneficiários habitantes da zona, o qual representa um importante aporte em espécie e demonstra o profundo compromisso das pessoas com o projeto. Os trabalhos realizados por estes voluntários dependem do tipo de atividade que se executa em cada momento. Entre elas está a distribuição de material durante as campanhas educativas e preventivas e dos sistemas para a produção de hipocloreto de sódio, a participação nos comitês comunitários como o CLIS e as atividades dos jovens como repórteres rurais, entre outros. Vale destacar que estas são atividades que os beneficiários realizam além das produtivas, tais como a pesca, a caça, a agricultura ou a extração. Além disso, o projeto conta com o trabalho de estudantes universitários que doam seu tempo durante o período de férias.

Quadro 3
Fontes de financiamento para o ano de 2004.
Projeto "Saúde e Alegria"
(em R\$)

Fonte	Valor de financiamento		Total	Periodicidade do financiamento	Compromissos para 2005
	Gasto Corrente	Investimento			
Fundação Ford	187.712,70	-	187.712,70	Anual	181.837
Terre Des Hommes	344.405,50	225.000,00	569.405,50	Anual	1.146.663,00*
PROMANEJO	135.151,89	-	135.151,89	Anual	196.611,00
BNDES	-	432.323,67	432.323,67	Anual	748.328
Municípios Aveiro e Belterra	29.250		29.250	Anual ^{16/}	35.100
Total	696.520,09	657.323,67	1.353.843,76		2.308.539,00

* De acordo com os registros analisados, parte significativa dos recursos provenientes da cooperação com a organização holandesa Terre Des Hommes serão destinados para a construção de uma "ambulância", um barco de alta velocidade para o transporte de pessoas que requerem assistência médica e para os atendimentos de urgência e emergência nas comunidades ao longo do rio.

Para o ano 2004, o Projeto Saúde e Alegria teve custos totais de operação de R\$1.354.000 correspondendo a US\$467 mil pelo câmbio local da época, dos quais 7% são custos administrativos. Com estes recursos foram atendidas 25 comunidades, ou seja, aproximadamente R\$ 54 mil (US\$18,7 mil) ao ano por comunidade. Desagregando os custos por atividade, a fim de poder fazer as comparações que permitem avaliar seu nível relativo, temos que o custo por pessoa para atenção em saúde é de R\$118 (US\$40,8)^{17/}. Este montante é definitivamente superior ao que transfere o Ministério da Saúde por pessoa atendida a cada município para assistência básica, o qual de acordo com a regularização que ocorreu em 1997, foi de R\$ 27,50 por habitante/ano, compondo R\$ 442.000 em 2004. Este monto está destinado a cubrir gastos fixos (R\$ 13,00 hab/ano) e gastos variáveis (R\$ 16,50 hab/ano, incluindo os aportes dos municípios de Belterra e Aveiro para o pagamento dos agentes comunitários de saúde.

Já o investimento na estrutura dos mini-sistemas de abastecimento de água é de cerca de R\$ 33.000,00 (US\$ 13,8 mil) para cada uma das comunidades atendidas. Estas são comunidades que contam em média com 32 casas, com o valor por unidade domiciliar de R\$1.034,00 (US\$440). De acordo com os dados do Fundo Nacional da Saúde, organismo do governo federal responsável pelo estabelecimento dos sistemas de abastecimento e saneamento em municípios com população

^{16/} Pagamento dos agentes comunitários de saúde por parte das autoridades municipais de Aveiro e de Belterra.

^{17/} É o resultado do gasto corrente (R\$ 696.520,09) dividido pela população (5880 pessoas), considerando a cotação da época.

inferior a 30.000 habitantes, com população em conglomerados semi-urbanos é possível realizar a construção e manutenção das melhorias do tipo individual, a um custo médio de R\$600,00 (US\$255) por domicílio. Desta forma, não é de se estranhar a diferença de custos, visto que sempre é mais caro atender a populações dispersas.

As despesas de capacitação, seminários e outros treinamentos dos agentes de saúde são de R\$ 931,00 (aproximadamente US\$ 410) para cada beneficiário. Assim como os valores anteriores, são superiores ao da capacitação em povoados de maior tamanho e melhores condições de acesso. É necessário recordar que este projeto é desenvolvido na Floresta Nacional do Tapajós, com comunidades e casas muito dispersas, praticamente incomunicadas. A zona não conta com vias de acesso por terra, portanto, para chegar ao lugar é necessário utilizar transporte fluvial. Igualmente dentro da zona específica na qual se desenvolvem as atividades, todos os deslocamentos são em lancha pelo rio. Este meio de transporte encarece significativamente os custos do atendimento, em especial pelo valor do combustível. Os especialistas devem permanecer na zona por períodos relativamente longos, durante os quais recebem diárias. Estes custos não são necessários para lugares urbanos e rurais de acesso mais fácil. Entretanto, são custos indispensáveis se se quer cumprir com os compromissos de promoção de atendimento em saúde a toda a população, independente de seu nível de isolamento. (Ver custo desagregado por atividade no Quadro 3).

O Piso Assistencial Básico (PAB)^{18/}, fixado pelo Ministério da Saúde, já é inferior ao custo médio per capita da atenção básica na saúde, e é obviamente muito inferior ao que se incorre no atendimento da saúde na Floresta Nacional do Tapajós, o que supõe que a prefeitura disponha de infra-estrutura para a prestação do serviço. Assim, o financiamento do Sistema Único da Saúde (SUS) é tripartito, com o qual ao PAB se somam os subsídios dos governos estaduais e municipais.

No caso da atenção à saúde que presta o projeto Saúde e Alegria, não requer somente equipamentos e materiais, mas também se deve montar toda sua infra-estrutura para o atendimento, o que inclui a lancha ambulância, lanchas para deslocamento dos especialistas, os voluntários e o pessoal capacitado, tudo que implica um incremento significativo nos custos gerais da atenção na saúde. Mas, definitivamente, são estes custos extras que devem ser assumidos. De outra forma, as populações ribeirinhas da Floresta Nacional do Tapajós não teriam acesso à saúde e ao abastecimento de água potável. É então uma experiência custosa pelas características da zona onde se desenvolve o projeto, e não por ineficiência em sua execução.

^{18/} Recursos destinados a cada município e que são transferidos pelo Fundo Nacional da Saúde. O montante depende do número de habitantes do município.

Quadro 4
Custo e unidades produzidas pelo projeto de acordo com a atividade realizada, 2004

Atividade	Custo total	Unidades produzidas	Custo unitário/Ano
Pessoas com atenção em saúde	351.948,90	4680	195,28
Comunidades com sistemas de água	597.446,34	18*	33.191,46
Pessoas capacitadas	300.631,65	892**	931,67
Comunidades atendidas em 2004	1.324.593,76	25	52.983,92
Gastos administrativos	74.556,67	-	7,12%***

* Número estimado de comunidades atendidas no ano 2004, atualmente todas as 25 comunidades já têm sistemas de abastecimento que foram implantados ao longo dos últimos 3 anos.

** Esses valores compreendem: 70 agentes comunitários de saúde; 74 parteiras tradicionais; 144 membros do CLIS; 36 professores de ensino básico; 320 jovens da Rede Mocaronga; 8 assistentes dos postos de saúde; 20 membros de conselhos intercomunitários; além de 220 líderes comunitários e delegados para o Conselho Municipal da Saúde.

*** Representa 7,12% do custo total.

ASPECTOS INOVADORES E REPLICÁVEIS

Para o Projeto Saúde e Alegria, a saúde e a alegria são aspectos fundamentais. Desta forma, a saúde é sua principal diretriz e se entende como aquela procura de relações harmônicas do ser humano consigo mesmo, seus semelhantes e o meio ambiente. Por outro lado, o projeto nasceu e se consolidou a partir da noção de que a "alegria" pode funcionar como ferramenta para transmitir e gerar ambientes onde se promove a saúde e se prevê a doença. Portanto, a saúde e a alegria se convertem num desafio coletivo, relacionado a todos os setores da vida comunitária, mas também, numa responsabilidade de cada persona. Estes aspectos fortalecem a mobilização social graças ao fato de a comunidade se considerar um ator principal no processo de tomada de decisões, além de que melhora a auto-estima do conjunto de moradores.

Estes elementos estão contemplados no que se conhece como a estratégia de promoção da saúde que implica conceitualizar de maneira diferente a saúde (mais além da ausência de doença) e a construção de agendas político-sociais, atuando com redes sociais que promovem a qualidade de vida e consideram as diversidades territoriais, históricas e culturais.^{19/} Neste sentido, o conceito de saúde que utiliza o projeto estabelece uma construção social da saúde onde não somente intervêm o

^{19/} Muñoz F., Salinas J. Promoção da Saúde como Política de Estado. Em: Bases, Prioridades e Desafios da Promoção da Saúde. INTA, Chile, 2004.

sistema dando atenção, mas também estabelece uma co-responsabilidade entre o sistema de saúde e as pessoas. A pessoa cobra força como promotor de sua própria saúde e estabelece, entre outras, o auto-cuidado como algo central na consecução de uma vida saudável.

O projeto inova na medida que proporciona uma solução simples e viável que permite vencer os obstáculos enfrentados pelos programas descentralizados da saúde nas zonas e regiões muito afastadas de nossa região, e torna possível o acesso dos habitantes a um estabelecimento de saúde para que recebam atendimento oportuno e de qualidade. Para isto, usam meios criativos para chegar às pessoas, como o circo, os jornais rurais e os vídeos, gerados por jovens da mesma comunidade. É igualmente inovador o modelo da “ambulancha” que é um meio de transporte para aqueles casos que apresentam gravidade e que requerem atendimento que não pode ser prestado na zona. De fato, esta inovação permitiu salvar a vida de pessoas que antes simplesmente morreriam por não ter atendimento.

Igualmente, o sistema implementado pelo grupo técnico do projeto para abastecer as comunidades de água potável é muito inovador. Sua principal força é ser um sistema auto-suficiente onde a comunidade trabalha em conjunto com os agentes comunitários e evita a dependência absoluta do sistema público. Cumpre com muitos requisitos indispensáveis para assegurar o abastecimento de água potável em regiões onde não é possível, pelos custos, criar aquedutos rurais: é simples, adequado e viável nas condições específicas destas populações. Por utilizar elementos fáceis de manipular se converte em uma ferramenta fundamental para prover as pessoas de água potável a um baixo custo e com um alto impacto na população beneficiária pelos efeitos positivos na saúde. O equipamento que “potabiliza” a água, é de simples manipulação e utiliza energia solar, e o “químico” é o sal de uso doméstico, presente sempre em qualquer lar.

Outro elemento central neste projeto é o de desenvolver ações inovadoras concebidas a partir do referencial de política pública de saúde. Segundo afirmações do coordenador do projeto, um dos aspectos fundamentais na hora de decidir sobre as ações que se querem implementar é: “será que os custos de operação desta atividade desenvolvida pelo PSA são compatíveis com os limites de financiamento e com a capacidade administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS)?”. A formulação desta pergunta tem sido adotada como premissa para a construção de estratégias de intervenção do projeto, onde a equipe de PSA possibilita uma maior integração com as políticas públicas de saúde, complementando e reforçando o sistema municipal e o próprio SUS.

Desta maneira, o projeto conseguiu articular-se com a política pública de saúde em uma região onde é difícil o acesso às redes assistenciais. Assim, e considerando as dificuldades geográficas, permitiu solucionar grandes problemas de saneamento básico, diminuir os índices de mortalidade entre os moradores e gerou um ambiente de participação e mobilização social que faz com que o projeto, em lugar de permanecer estático, cresça e se consolide com o apoio da comunidade.

O projeto trabalha de maneira conjunta com o setor público, capacitando os técnicos funcionários do sistema público de saúde e apoiando os trabalhos desenvolvidos por este. Ainda que não receba contribuições das prefeituras para suas atividades, estabelece claros laços de trabalho conjuntos em temas de capacitação e remissão de pacientes. Não faz concorrência com o setor público, trabalha de mãos dadas com este, apoiando-o em zonas no cumprimento de atenção de saúde e abastecimento de água potável onde o estado não tem capacidade de chegar com os modelos imperantes. Desenvolve assim, um modelo que bem poderia ser replicado pelas autoridades municipais de saúde em zonas de similares características geográficas.

A equipe responsável pelo projeto conquistou solidez em suas atuações para beneficiar a dois municípios que são relativamente diferentes, mas que em nível local, se parecem pelas necessidades que apresentam. Neste sentido, é coerente com a proposta do Ministério da Saúde do Brasil que deseja, entre outras coisas, construir uma política pública fundamentada nas necessidades reais da população^{20/}.

É por isto que o trabalho do projeto Saúde e Alegria, na área da saúde comunitária, é meritório, já que corresponde a uma construção de soluções adaptadas e coerentes com a realidade local que podem servir de referência para a implementação de políticas públicas e garantir às comunidades ribeirinhas o direito de saúde. Além disso, possibilita o acesso à infra-estrutura da saúde na região Norte do Brasil e a manutenção desta, uma vez implementada. É um modelo que poderia ser replicado em muitas áreas da região, por exemplo no conjunto de países amazônicos com características geográficas e de dispersão da população muito similares.

O projeto enfrenta, assim, alguns dos grandes desafios dos programas governamentais, claramente definidos nas Metas de Desenvolvimento do Milênio, que são a universalização da saúde e o abastecimento de água potável a toda a população. Igualmente, atende aos principais problemas de atenção sanitária que destacam as autoridades dos países da região, entre os quais estão os temas referentes à precariedade institucional da saúde pública, na falta de equidade e eficiência dos sistemas de saúde.^{21/} É um exemplo que demonstra ser possível melhorar a institucionalidade da saúde pública e incrementar sua equidade e eficiência mediante uma organização simples e direta, aproveitando os recursos da zona e sobretudo considera a opinião dos moradores que são os que melhor conhecem e podem identificar suas fortalezas e debilidades. Desta forma, o direito a saúde se converte para os moradores em direito inegável, indistintamente de raça, zona geográfica e nível sócio-econômico.

^{20/} Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal: Plano Saúde Amazônia/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização-Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

^{21/} CEPAL. Panorama Social da América Latina 2005

Para maior informação:

- Centro de Estudos Avançados de Promoção Social e Ambiental (CEAPS)/Projeto "Saúde e Alegria"
www.saudeealegria.org.br
- Caetano Scannavino Filho
Coordenador Geral da CEAPS/Projeto "Saúde e Alegria"
caetano@saudeealegria.org.br
- Dr. Fabio Tozzi, Coordenador de Salud
fabiotozzi@saudeealegria.org.br
- Sr. Luis Petersen, Vice coordenador de Salud
lisca@saudeealegria.org.br