

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR CIENCIAS DA TERRA
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

EDUARDO AUGUSTO WERNECK RIBEIRO

A REGIÃO DE SAÚDE A PARTIR DA USINA HIDRELÉTRICA

Tese de Doutorado

CURITIBA, 2011

EDUARDO AUGUSTO WERNECK RIBEIRO

A REGIÃO DE SAÚDE A PARTIR DA USINA HIDRELÉTRICA

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Geografia, curso de Doutorado, Setor de Ciências da Terra da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Geografia.

Orientadora: Prof. Dr^a. Olga Lúcia Castreghini de Freitas Firkowski

CURITIBA, 2011

TERMO DE APROVAÇÃO

MEC-UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
 SETOR DE CIÊNCIAS DA TERRA
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA



ATA DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO

Aos treze dias do mês de maio do ano de dois mil e onze, na sala PI13, foi avaliada pela Banca Examinadora, composta pelos professores abaixo relacionados, a Tese de Doutorado do (a) aluno (a) **EDUARDO AUGUSTO WERNECK RIBEIRO** intitulada "A REGIÃO DE SAÚDE A PARTIR DA USINA HIDRELÉTRICA", que obteve como resultado final:

APROVADA

Curitiba, 13 de maio de 2011.

Nome e assinatura da Banca Examinadora:

Olga Lúcia Castreghini de Freitas Firkowski

Profª. Dra. Olga Lúcia Castreghini de Freitas Firkowski - Orientadora

Raul Borges Guimarães

Prof. Dr. Raul Borges Guimarães (UNESP-PP)

Maria Eugênia Moreira Costa Ferreira

Profª. Dra. Maria Eugênia Moreira Costa Ferreira (UEM)

Eleusis Ronconi de Nazareno

Profª. Dra. Eleusis Ronconi de Nazareno (UFPR)

Adilar Antonio Cigolini

Prof. Dr. Adilar Antonio Cigolini (UFPR)

FICHA CATALOGRÁFICA

Ribeiro, Eduardo Augusto Werneck.
A Região de Saúde a partir da Usina Hidrelétrica / Eduardo Augusto
Werneck Ribeiro. – Curitiba, 2011.
164 f.: il.; graf. + mapas

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de
Ciências da Terra, Programa de Pós-Graduação em Geografia.
Orientador, Olga Lúcia Castreghini de Freitas Firkowski

1. Região de Saúde - SUS. I. Firkowski, Olga Lúcia Castreghini II.
Título.

CDD 363.7285

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos e tudo por estes quatro anos.

Gostaria muito de poder enumerar as coisas boas que me aconteceram ao longo deste período que passou.

Apreendi muito! Não tenho nada do que me arrependa. Vivi, estudei, aprendi, descobri muitas coisas, enfim, foi a minha melhor experiência de vida, o meu melhor momento acadêmico.

Sei que tudo isso é por ter escolhido ir para Curitiba! Pena que as oportunidades não permitiram ficar na cidade.

Neste período todo, pude escrever com prazer (para mim foi mesmo!) a tese no convívio com:

A professora Olga, meu agradecimento especial. Por ter me aceitado e encarado o desafio de pensar a região, saúde e as usinas. As suas orientações permitiram “enxergar” as usinas e a região com mais propriedade!

O meu amigo Raul. Sem palavras.

Os meus novos amigos que fiz em Curitiba (dizem que isso é difícil): à família Stefanon (Daniel, Cris e Miguel), Chico, Zem, Romário, Eduardo Clarindo, Aparecido (Cidão) e a Camila.

Não posso deixar de agradecer também a algumas instituições (mesmo que elas não tenham conhecimento) que foram importantes também: A todas as prefeituras visitadas e seus funcionários.

A CAPES - A bolsa que ajudou em muito! A Viação Garcia - O ônibus nunca quebrou e nunca atrasou! Ao hotel Fórmula 1 - Sempre havia uma vaga, principalmente no outono -inverno de Curitiba!

E todos os funcionários e diretores da CESP (amigos) de meu pai.

Aos colegas do Partido Sanitário - Acreditamos no SUS!

RESUMO

Este trabalho tem como proposta pensar geograficamente as políticas públicas de saúde desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a partir dos efeitos da construção das usinas hidrelétricas (UHE). Buscamos refletir a partir do debate que envolve as políticas de desenvolvimento regional para a construção da justiça social e do bem-estar.

Especificamente, buscamos contextualizar os efeitos diretos e indiretos provocados pelas hidrelétricas na organização dos serviços públicos de saúde. Para este objetivo, estudamos os municípios impactados pelas UHE de Rosana e Porto Primavera nas divisas dos estados de São Paulo Paraná e São Paulo e Mato Grosso do Sul, respectivamente.

O uso dos royalties como também das compensações financeiras destes empreendimentos na melhoria da gestão dos serviços de saúde nos municípios impactados pode ser entendido como uma concepção de desenvolvimento para a redução das desigualdades regionais, assim, servindo como um exemplo para países que usam esta fonte de energia.

A UHE não apenas articula um conjunto de municípios limítrofes (lindeiros) em torno de seu lago. Com a criação dos reservatórios das UHE, novos arranjos são criados, permitindo novos fluxos de consumo de serviços de saúde. A construção de pontes e a pavimentação de rodovias, por exemplo, fazem com a população dos municípios não lindeiros passem a usarem os serviços dos municípios lindeiros.

Mesmo com o aporte financeiro e com as obras de compensação, os gestores do SUS dos municípios estudados, não organizam os serviços de saúde, a partir desta realidade materializada. A região de saúde do planejamento oficial não é a mesma da região de saúde que existe de fato. A não materialização desta região de saúde desdobra-se em outro contexto: o da gestão das verbas e obras de compensação. Os interesses sobre os valores e de que maneira estes recursos são aplicados também fazem parte desta reflexão.

Muito mais do que constatar a existência de uma região de saúde, esta pesquisa se esforça em contribuir nos argumentos que o investimento em saúde também é uma forma de superação das diferenças regionais.

PALAVRAS - CHAVES: Região de saúde, Geografia, SUS, Usina Hidrelétrica.

ABSTRACT

This research has proposed thinking geographically public health policies developed by the Unified Health System (SUS) from the effects of the construction of hydroelectric power plants (HPP). We reflect from the debate surrounding the policies of regional development for the construction of social justice and welfare.

Specifically, we seek to contextualize the direct and indirect caused by dams in the organization of public health effects. For this goal we seek to municipalities impacted by HPP Rosana and Porto Primavera in the currencies of the states of São Paulo and Paraná and Mato Grosso do Sul, respectively.

The use of financial compensation of these developments in improving the management of health services in the affected municipal regions can be understood as a conception of development to reduce regional inequalities, thus serving as an example for countries that use this energy source.

The plant not only articulates a set of neighboring municipalities (bordering) around its lake. With the creation of the reservoirs of hydroelectric, new arrangements are created, allowing new flows of consumption of health services. Building bridges and paving roads, for example, they make the population of surrounding cities not start to use the services of the surrounding cities.

Even with the financial support and the work of clearing, SUS managers of both cities, do not organize health services, from this reality materialized. The health region's official planning is not the same as the health region that exists. The non-materialization of this health region unfolds in another context: the management of funds and articles of compensation. Concerns about values and how these resources are applied are also part of this reflection.

Much more than establish the existence of a health region, this research strives to contribute in the arguments that investment in health is also a way to overcome regional differences.

Key words: Geography, Health System, Hydroelectric power plants, regionalization

SUMÁRIO

	Página
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 - SAÚDE E DESENVOLVIMENTO	19
1.1 - Os Pressupostos de uma estratégia	25
1.2 - As contribuições a partir do Banco Mundial e da Comissão de Macroeconomia da O.M.S. para Saúde e Desenvolvimento	32
1.3 - Construindo um modelo de desenvolvimento: Investimento em Saúde e Meio Ambiente	38
1.4 - Para seguirmos...	43
CAPÍTULO 2 - A REGIÃO DE SAÚDE E A HIDRELÉTRICA	45
2.1 - A usina hidrelétrica e seu recorte	47
2.2 - A Região e seus recortes para a Geografia	55
2.3 - A Região como recorte de ação para o Ministério da Saúde	62
2.4 - Os recortes regionais de fato	72
CAPÍTULO 3 - A USINA HIDRELÉTRICA E SEU POTENCIAL FINANCEIRO PARA UMA REGIÃO DE SAÚDE	80
3.1 - A região a partir dos recursos financeiros	82
3.2 - Compensações Financeiras e <i>Royalties</i> : Aspectos Gerais	84
3.3 - O indutor regional: As obras da CESP	97
3.4 - A construção de equipamentos de uma região	101
3.4.1 - Os meios de comunicação - Fixos	
3.4.2 - Equipamento de saúde: Postos, hospitais e rede de esgoto.	110
3.5 - Investimentos e os Indicadores Sociais	115
CAPÍTULO 4 - A VISÃO DO PODER POLÍTICO SOBRE A REGIÃO DE SAÚDE DE FATO	123
4.1 - Avanços nas teorias, leis e suas dificuldades.	127

4.2 – A visão do gestor para a região de fato	138
4.1.1 – A região de saúde de fato	142
4.3 – Fiscalizações dos investimentos e compensações na região de fato	151
CONSIDERAÇÕES FINAIS	158
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163

INTRODUÇÃO

O desafio em pensar geograficamente as políticas públicas de saúde desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a partir dos efeitos da construção das usinas hidrelétricas (UHE) é instigante e faz parte de uma agenda internacional que busca minimizar os efeitos diretos e indiretos provocados pelas hidrelétricas como apontam os documentos da Organização Mundial da Saúde (WHO,1983;1994).

Para o caso brasileiro, onde a matriz energética é predominantemente hidrelétrica, este tema é relevante, mas ainda pouco discutido. Tal tema permite compreender a relação entre os quadros epidemiológicos e ambientais de uma sociedade e, ainda, verificar se o mesmo sistema leva em consideração as usinas hidrelétricas como ponto articulador de suas ações, visando superar as dificuldades regionais.

Apesar de a hidroeletricidade ser considerada como uma fonte de energia relativamente limpa, segura, barata e renovável, em muitos países (principalmente naqueles nos quais o potencial das bacias hidrográficas permite a sua exploração) a criação de usinas hidrelétricas tem causado efeitos que muitas vezes não são devidamente considerados, em nome do desenvolvimento das forças produtivas e sociais do país.

Entendemos que este problema é resultado de inúmeras estratégias de redução das desigualdades regionais que evoluíram nos últimos 50 anos em resposta a uma maior compreensão da complexidade que envolve a questão da hidroeletricidade e do desenvolvimento.

Para Abreu e Carneiro (1989), nos anos de 1950 e 1960, muitos intelectuais consideravam os grandes investimentos em capital físico e infraestrutura (o que inclui as usinas hidrelétricas) como a principal via para o desenvolvimento e superação das desigualdades sociais de um país. Segundo os argumentos dos autores, apesar de ajudar o avanço da capacidade produtiva de países como os da América Latina, este tipo de desenvolvimento não garantiu a melhoria das condições de vida para todos.

Diante deste processo histórico, o Brasil acumula uma interessante experiência de reformas e redefinição de suas políticas de desenvolvimento e de enfrentamento das desigualdades regionais.

Dessa forma, ao refletirmos sobre o entendimento de desenvolvimento em um país, como é o caso brasileiro, que migra do paradigma de investimentos em apenas infraestruturas de base (usinas hidrelétricas) para outro que, por sua vez, reconhece a dimensão do social e ambiental e a sua importância no investimento, entendemos que esta é uma variável nova e importante no contexto sobre o desenvolvimento e a superação das desigualdades regionais.

Tendo em vista a dimensão do atual estágio da economia brasileira e do setor elétrico em relação a oferta/demanda, pode-se pensar que este debate do desenvolvimento relacionado a investimentos em infraestrutura e políticas sociais ainda é novo. Todavia, já existe um conjunto de regulamentações que exige de qualquer atividade ligada a infraestrutura, um planejamento de ações integradas para compensar os possíveis efeitos sociais e ambientais onde a obra será realizada.

Ao analisar os documentos oficiais que apontam sobre as necessidades de expansão da capacidade instalada de geração do país – prevista pelo Plano Decenal de Expansão da Eletrobrás de 1999¹ – percebe-se a relevância deste tema, o que nos instiga a oferecer uma contribuição à política de desenvolvimento regional.

Segundo a Eletrobrás (1999) com o nível de investimentos realizado nos últimos anos, na expansão da geração de energia elétrica, implicará um aumento também área social e ambiental. Todavia, quando se analisa a discussão materializada, percebe-se que ainda não há unanimidade entre os planejadores, quando se referem ao volume de recursos a ser alocado.

Observamos este quadro com preocupação. Os apelos econômicos e políticos pelo aumento da oferta energética implicarão em mudanças que

¹ Para o período 1999/2008, estava previsto o crescimento da capacidade instalada de 61.300 MW para 104.600 MW, criando uma necessidade de novos projetos de oferta de geração de energia da ordem de 4.330 MW por ano, e exigindo, nos primeiros cinco anos, investimentos totais da ordem de R\$ 8,5 bilhões por ano (ELETROBRÁS,1999).

envolvem além das comunidades onde estarão localizados os futuros reservatório. Estas externalidades, mesmo com toda a regulamentação atual são dificilmente evidenciadas ou mesmo mensuradas pela instalação imediata de uma usina hidrelétrica.

Entretanto, vários progressos têm sido alcançados. Hoje, no âmbito do SUS, amplia-se a compreensão de que há um ambiente maior e relacional, em que as ações de promoção da saúde devem ser implementadas levando-se em consideração o ambiente onde as pessoas residem e trabalham. Este é enfoque fundamental para que a atual proposta de desenvolvimento possa resultar em balanços mais positivos entre os benefícios e os prejuízos dela decorrentes.

Neste sentido, o SUS vem sistematizando ações que buscam compreender os variados e complexos agentes da produção social da saúde (AUGUSTO, 2008). Todavia, ainda não contempla a usina hidrelétrica como elemento transformador e desarticulador na questão da superação das desigualdades regionais. Acreditamos que este deve ser o ponto de partida na elaboração de políticas públicas, principalmente, se objetivamos contribuir para o avanço de instrumentos de gestão que não são apenas os de serviços em saúde, mas também um indicativo de estratégia de planejamento para um Estado federativo complexo e desigual como é o brasileiro.

É neste campo de problematização que se situa este trabalho, cujo objetivo é compreender o papel real e potencial da usina hidrelétrica na regionalização dos serviços de saúde.

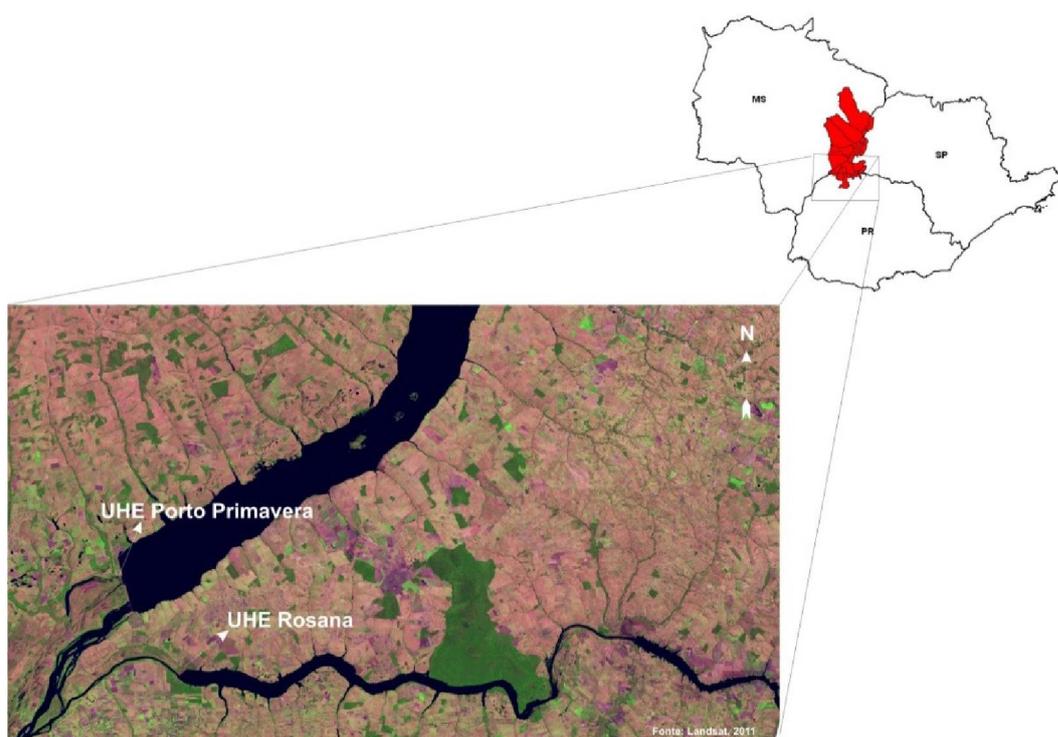
As desigualdades no acesso aos serviços de saúde refletem de certa forma, as desigualdades sociais. A própria Organização Mundial da Saúde vem reiterando que a igualdade no uso de serviços de saúde em ambientes equilibrados é condição importante, porém não suficiente para diminuir as desigualdades para aqueles que adoecem ou morrem. Faz-se necessário um conjunto de outros esforços que se somarão para a garantia desta igualdade.

Enfrentar a complexidade que envolve a construção de UHE em nome do desenvolvimento, exigirá da gestão do SUS, instrumentos sintonizados, compartilhados e engrenados pelos operadores do sistema.

É neste sentido que iremos argumentar. A regionalização dos serviços do SUS é um instrumento de gestão que constitui uma importante categoria de estudo entre a Geografia e as políticas públicas de saúde. De certa forma, é exatamente isso que nos incentiva a buscar refletir sobre diferentes instrumentos de organização de serviços de saúde na superação das desigualdades regionais.

De maneira geral, pode-se afirmar que persistem profundas incertezas em relação ao quadro epidemiológico provocado pelo impacto das obras das UHE tem sobre a população lindeira, no entanto, a UHE impactou no acesso aos serviços de saúde da região afetada.

Devemos frisar que as políticas públicas de saúde articulam seu planejamento a partir da regionalização oficial de seus serviços. Este recorte territorial leva o gestor a ver uma região que não expressa à dimensão dos efeitos causados pela UHE. Existe uma região conformada por municípios impactados que está além da que percebemos na figura 1.

Figura 1 - Localização das UHE de Porto Primavera e Rosana

Estamos defendendo uma região de saúde que, de fato, se materializa com as duas UHE, a de Porto Primavera (entre São Paulo e Mato Grosso do Sul) e a de Rosana (São Paulo e Paraná). A partir da leitura geográfica aplicada à regionalização das políticas públicas de saúde podemos vislumbrar a real dinâmica dos serviços de saúde que se instaura após a formação dos reservatórios.

A UHE pode até significar um avanço no campo econômico para um conjunto de municípios afetados, como é o caso das verbas compensatórias², que visam mitigar financeiramente os impactos ambientais e econômicos decorrentes da instalação da usina. Mas estes por sua vez, não partem da premissa de que o local ocupado pelo reservatório nem com este aporte financeiro consegue absorver quase todos os custos

²Os royalties também são verbas indenizatórias, porém, é uma compensação específica para os municípios atingidos pela usina de Itaipu no rio Paraná.

sociais, epidemiológicos, econômicos e ambientais, enquanto os benefícios energéticos são distribuídos por todo o país (PORTO, 2002).

Entendemos que a regionalização das políticas públicas de saúde a partir das usinas hidrelétricas permitirá combinar o geral (leis gerais como Norma de Organização Básica - NOB, Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS, Estudos de Impacto Ambiental - Relatórios de Impactos ao Meio Ambiente, portaria e resoluções do CONAMA) e o particular (as especificidades locais) na orientação da construção de um equipamento de infraestrutura como também para as obras mitigatórias para os municípios atingidos que realmente atenda a demanda local.

Desta forma, a regionalização das ações dos serviços de saúde a partir das UHE, além de se configurar em um dos princípios do SUS que é garantir que os serviços de saúde atuem de forma conjunta, viabilizando a construção de uma rede de assistência, regionalizada e integrada entre os diversos serviços de saúde (BRASIL, 2007), surge como um instrumento de gestão que permite avançar no desenvolvimento e diminuir as desigualdades.

Sendo assim, para garantir resolutividade regional às demandas de ações mais especializadas e de maior densidade tecnológica, a região de saúde ao ser articulada deve compreender os diversos elementos que atuam no seu interior, bem salienta Gomes (1995, p. 67), a região "*(...) deve ser vista como um produto real, construído dentro de um quadro de solidariedade territorial*". Compreender as relações inter ou intra - regionais que uma usina hidrelétrica pode criar, é uma estratégia de gestão que permitirá consolidar o enfoque social no debate do desenvolvimento.

À medida que esse processo dá ênfase ao heterogêneo, às particularidades, à diferença, permitirá ao SUS contemplar de forma privilegiada a formação de redes de assistência, a negociação e pactuação entre os gestores e prestadores de serviços. O que aproximaria o quanto possível, a realidade dos municípios atingidos.

Nestes termos, a identificação e análise dos efeitos advindos desta reflexão permitirão reconhecer se atuais estratégias conferem recursos para

estabelecer prioridades e direcionamento mais adequado das ações, uma vez que cada população a ser beneficiada possui características distintas e nem sempre as ações de mitigações impostas pela usina e o uso dos *royalties* podem ser orientadas da mesma forma.

A partir disto, defendemos a tese de que: As usinas hidrelétricas devem gerar uma região de saúde para os municípios articulados pela infraestrutura e compensações financeiras patrocinadas por elas. Para isto, desenvolvemos nossos argumentos em quatro capítulos.

O primeiro capítulo discute a importância das políticas sociais, principalmente o SUS no debate sobre desenvolvimento regional. A particularidade brasileira é que a construção da legislação em vigor está amparada no conceito de saúde e meio ambiente, ou seja, o desenvolvimento regional tem que contemplar condições ambientais e epidemiológicas favoráveis.

A Constituição brasileira contempla em inúmeros artigos, incisos e parágrafos aspectos relacionados ao meio ambiente como parte do desenvolvimento articulado em saúde e meio ambiente, fazendo com que todo arcabouço legislativo brasileiro seja um dos mais avançados no mundo nesta abordagem. O SUS representa uma proposta singular no campo das políticas públicas de saúde, uma referência inclusive para os países que pretendem caráter semelhante na atenção à saúde de suas populações.

O segundo capítulo traz uma reflexão sobre o desafio da definição regional que precede de um recorte territorial. A região é um instrumento de gestão que, a nosso ver, tem dimensões políticas territoriais e possibilita articular não apenas os serviços em saúde, mas também um indicativo de estratégia de planejamento para um Estado federativo complexo e desigual como é o brasileiro.

De maneira geral, pode-se afirmar que persistem profundas incertezas em relação ao impacto que as reformas sobre a equidade do acesso aos serviços de saúde podem causar. Uma vez que a regionalização é uma poderosa estratégia geográfica amplamente utilizada pelo SUS,

buscamos discutir sobre diferentes instrumentos de organização de serviços de saúde na superação das desigualdades regionais.

Já no terceiro capítulo, apontamos que em um planejamento coerente com o fenômeno estudado é necessário discutir a questão do financiamento do SUS sob o enfoque da articulação dos equipamentos de uso de uma regional de saúde. A região de saúde de fato, pode encontrar recursos que permitiriam ampliar as especialidades e a capacidade de atendimento ofertado.

Como é recorrente na literatura, a questão do financiamento do SUS está associada à capacidade instalada e com a série histórica de gastos informada nas bases de dados de produção e faturamento do sistema.

Desta forma, as transferências de recursos federais para o financiamento das ações e serviços do SUS em uma região onde não exista um contingente populacional expressivo, terá como consequência uma distribuição heterogênea dos recursos. Assim, as maiores cidades sempre receberão mais recursos do que as pequenas. E é este o caso em análise.

Os reservatórios das duas usinas analisadas afetam 26 municípios, dos quais apenas Rosana (SP), Bataguassu (MS), Presidente Venceslau (SP) e Paranaíba (PR) apresentam um significativo número de equipamentos e profissionais de saúde disponíveis nos ambulatórios, hospitais e serviços de apoio diagnóstico-terapêutico de média complexidade. Os demais municípios não comportam condições para investimentos e aumento de repasses, por conta de sua capacidade de produção e faturamento. A articulação em uma região de serviços que gerencie os recursos dos *royalties* das UHE pode ser uma alternativa em relação à demanda necessária e assim superando as desigualdades espaciais.

No quarto capítulo, mostramos os motivos que dificultam que a região de saúde de fato seja materializada. Entrevistamos os gestores dos municípios limítrofes para entender os arranjos políticos que dinamizam o recorte analisado. Mesmo com as diretrizes legais segundo as quais é possível ao poder público pactuar uma região de saúde, a mesma não se reflete na realidade dos municípios impactados pelos lagos.

Estas práticas políticas constituídas na escala municipal, quando observadas pelo ângulo de sua participação na dinâmica da gestão do SUS, devem ser compreendidas como um conjunto mais diversificado de indivíduos ou grupos que nelas atuam. Neste contexto, estes atores políticos devem assumir mais intensamente a condição de sujeitos na condução de ações e relações que favorecem ou desconsiderem a formação de uma região de saúde.

Diante disto, a região de saúde de fato não existe por negligência do poder público? Existiriam outros elementos que não permitiriam a articulação de uma região de saúde que atendesse a sua realidade? Entendemos que a visão do poder público local sobre a região de fato é uma importante escala de análise, pois desta forma poderemos averiguar se o que está acontecendo é uma espécie de “privação da região simbólica”³, lembrando Bourdieu (1989) ou se o SUS não prevê este tipo de gestão.

³Uma referência a “privação do capital simbólico” de Pierre Bourdieu (1989).

CAPÍTULO 1 - SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

É recorrente na literatura a respeito do Brasil, o país ser apontado como um caso clássico de desenvolvimento desigual. Entre outros motivos, o mais marcante relaciona-se ao fato de que um pequeno segmento da população tem acesso a uma parcela substancial da crescente produção de bens e serviços, enquanto uma proporção muito grande é forçada a sobreviver com o restante.

A minoria mais rica adota hábitos de consumo dos países desenvolvidos (acesso a bens e serviços de qualidade), enquanto os pobres, com baixo nível de escolaridade, privados desde o acesso a água tratada, condições indignas de habitação, convivem com uma dura realidade que muitas vezes os obrigam adotar estratégias de sobrevivência semelhantes aos países que estão em conflito armado ou calamidade.

Ao combater essa distorção, o Brasil vem acumulando experiências que buscam superar este quadro. No caso do setor de saúde, o debate sobre as suas relações com o desenvolvimento econômico e social que marcaram as décadas de 1970 e 1980, permitiram a construção de uma importante ação política sobre a extensão da cobertura dos serviços sociais como instrumento de superação da desigualdade: a criação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Esta motivação não era exclusividade do Brasil. Vários países mostravam preocupação a respeito de como tratar as diferenças provocadas pelo sistema capitalista até então.

Segundo Marinho *et al* (2004) tendo como objeto de pesquisa países em desenvolvimento, diversos estudos apresentam evidências da relação negativa entre crescimento econômico e pobreza. Lipton e Ravallion (1995) e Thorbecke e Hong-Sang (1996), constataam a importância do crescimento por setor econômico sobre a redução da pobreza. Estes dois últimos autores mostraram que os crescimentos na agricultura e no setor de serviços contribuíram mais para a redução da pobreza que o crescimento do setor industrial.

Neste sentido, a busca por evidências a respeito da relação entre crescimento econômico e bem-estar origina também uma questão prática. O problema de se mensurar um fenômeno complexo como desenvolvimento econômico ou bem-estar tem sido um desafio. Muitas medidas foram propostas, todas elas com um elenco de vantagens e limitações. Em muitos trabalhos, as medidas de bem-estar se baseiam em critérios de eficiência e de justiça social. O que no caso deste trabalho, entendemos que o SUS tem representado uma política favorável à construção da justiça social e do bem-estar entre os brasileiros.

Nos últimos trinta anos, aconteceram importantes transformações em ciência e tecnologia aplicadas à saúde. Um bom exemplo disto foi a incorporação do meio ambiente nos critérios sobre às condições básicas de sobrevivência e de atenção à saúde. O desenvolvimento econômico do país, apoiado em uma matriz hidrelétrica, permite refletir como também uma fonte financiamento para o setor.

Historicamente foi a Organização das Nações Unidas – ONU, através de suas várias comissões, a organizar uma série fóruns de discussão, buscando equacionar uma fórmula na qual os desenvolvimentos econômicos e sociais deveriam estar baseados numa ordem econômica internacional. Estas ações deveriam induzir, entre outros efeitos, a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e aquele dos desenvolvidos.

Todavia, foi Organização Mundial da Saúde – OMS em 1978 que materializou um primeiro esforço que conseguia reunir estes ideais. Isso ficou conhecido como a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” da Declaração de Alma-Ata⁴ (OPAS, 1978).

Para se ter uma pequena dimensão desta difícil tarefa de como pensar em estratégias de atenção primária à saúde a partir dos preceitos da declaração de Alma-Ata, neste mesmo período, os centros hegemônicos da economia mundial revalorizavam o mercado como mecanismo privilegiado

4A Declaração de Alma-Ata foi formulada por ocasião da *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, reunida em Alma-Ata, no Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo, em especial aos países em desenvolvimento.

para a alocação de recursos para o desenvolvimento nacional e ainda questionavam a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento de necessidades sociais, inclusive a saúde.

O Brasil, por sua vez, tomou uma posição interessante. Materializou o reconhecimento do direito à saúde e as responsabilidades da sociedade na gestão das políticas públicas sociais na Constituição de 1988, porém, ainda carece em encontrar estratégias para sua real efetivação, pois estas diretrizes por si só não garantem os cuidados básicos de saúde estabelecidos pelo célebre lema “Saúde para Todos no Ano 2000”.

Enfrentar adequadamente os déficits sociais historicamente acumulados e ao mesmo tempo gerenciar os investimentos em equipamentos públicos, exige do gestor público o cuidado para que não persista, além do modelo de desenvolvimento desigual até então materializado como também uma crise fiscal para o seu funcionamento.

Podemos antever que este desafio basilar não será superado sem que ocorram importantes tensões entre projetos que, por um lado, sigam privilegiando a concentração da riqueza socialmente produzida e, por outro lado, aqueles projetos que invistam na distribuição da riqueza enquanto eixo fundamental do desenvolvimento nacional.

Mesmo tendo em vista o conflito de projetos, a reversão da situação atual de forte exclusão social é possível, urgente e necessária. Tecnicamente é realizável.

Para isto, entendemos que a conformação de um novo padrão de financiamento capaz de alavancar o crescimento econômico sustentado, está necessariamente ligado a necessidade de se ampliar as bases do financiamento do gasto com as políticas sociais e a matriz energética nacional.

O SUS é capaz de compreender um conjunto amplo de ações verticais nas três esferas governamentais (união, estados e municípios), permitindo o desenvolvimento de um novo modelo de gestão de controle e execução descentralizada, com a intersetorialização, a articulação e a integração de

um amplo e inovador conjunto das políticas públicas orientadas para o enfrentamento do complexo quadro da questão social no Brasil.

Todavia, falta um orçamento robusto e unificado, como aponta a Emenda a Constituição nº 29, com garantia de verbas "carimbadas" nas três esferas para a manutenção da saúde pública. Caso aprovada a referida emenda representaria um grande avanço ao quadro atual⁵.

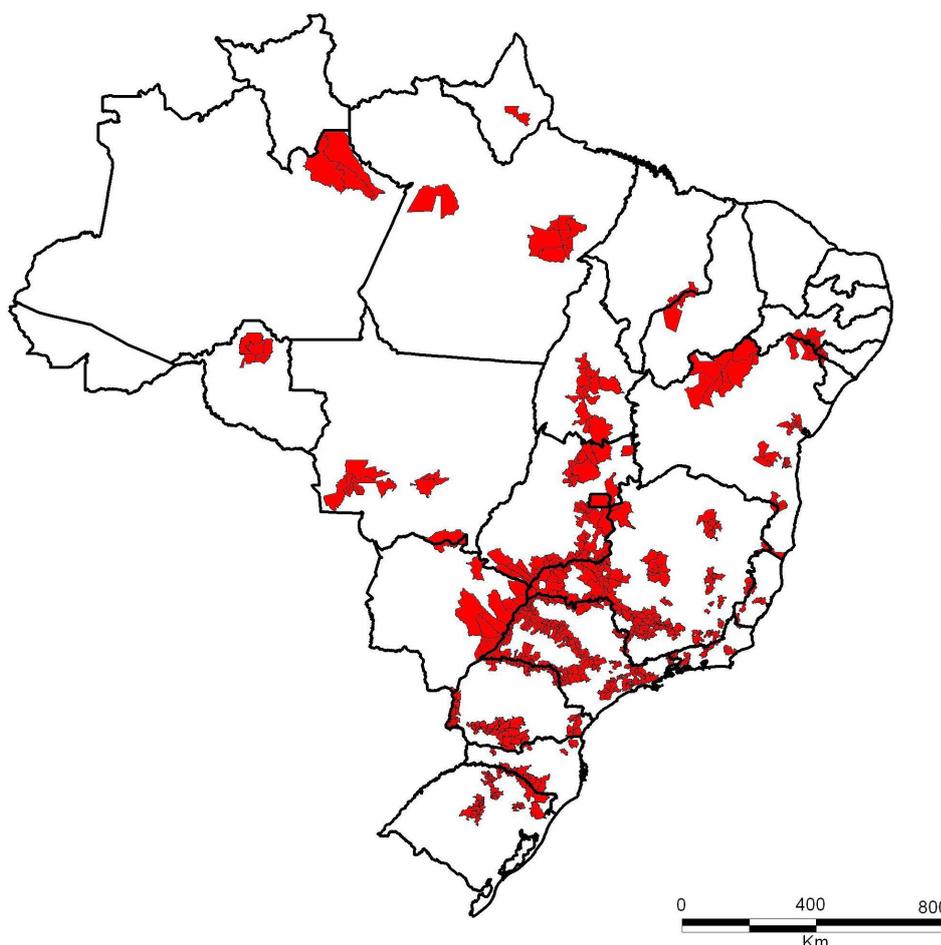
Diante das regras atuais, resta-nos procurar fazer mais e melhor com os mesmos recursos existentes, elevando a efetividade, a eficácia e a eficiência das políticas públicas de saúde nacional.

A constante negação de recursos adicionais nos setores saúde, tanto para o custeio, como para o investimento pode ser revertida com a aplicação de recursos não carimbados, faz justamente levar em conta os recursos gerados pela matriz energética brasileira.

Esta justificativa se faz pelo fato que o Brasil tem um número expressivo de usinas hidrelétricas (142) envolvendo mais de 1000 municípios, segundo a Agência Nacional de Energia Elétrica (2009). Podemos observar esta informação na figura 2:

⁵Embora não seja suficiente, o volume dos gastos na saúde alcança quantias não desprezíveis no Brasil. A regulamentação da EC-29, ainda não seguiu para votação no plenário do Congresso Nacional (12/05/2010). Para mais informações verificar em http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=470924.

Figura 2 - Brasil: localização dos Municípios atingidos por barragens de usinas hidrelétricas



fonte: Anaeel, 2009

Hoje, os recursos mitigatórios que as usinas implantam atendem os setores de infraestrutura básica, proteção e reposição ambiental, entre outras ações que direta ou indiretamente (uma vez bem aplicados) compensam as transformações nas localidades onde elas são implantadas.

O empreendedor (Estado/iniciativa privada) na construção de uma usina hidrelétrica (ou como outras obras semelhantes de infraestrutura de significativa magnitude) nos locais onde são ou serão instaladas, são orientados pela legislação atual como parâmetro para captação de recursos em bancos a atenderem um determinado conjunto de efeitos demonstráveis na melhoria de indicadores sociais dos segmentos das populações atingidas pela formação do lago.

Apesar da geração de energia hidrelétrica ser considerada uma energia limpa, no sentido de não causar poluição como outras fontes clássicas, ainda não é possível avaliar a magnitude dos danos a saúde humana e ambiental. No entanto, as atuais orientações financeiras e legislativas exigem uma série de exigências que permitem fazer do Sistema Único de Saúde (SUS), o maior beneficiado com uma possível fonte de recursos extraordinários: os royalties.

Estes recursos, tanto para o Estado federado como para o município, não estão incluídos nas obras mitigatórias ou compensatórias, pois são oriundos da tributação fiscal da geração da energia. O que permitiria o seu investimento ou mesmo o custeio na saúde.

Em muitos países a “nova ordem mundial”, inspirada no neoliberalismo, provocou uma marcante fragilização destes esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. Particularmente, nos países de economia capitalista dependente, a opção pelo “estado mínimo” e o corte nos gastos públicos como resposta à chamada “crise fiscal do estado” em muito comprometeram o âmbito institucional da saúde pública.

Esta é a uma das teses de modelo de desenvolvimento regional difundido por ações governamentais norte-americanas ou mesmo por outros organismos internacionais de ajuda econômica que consideram a área social apenas um componente secundário na forma de pensar em estratégias para o desenvolvimento de uma nação.

Isto pode ser exemplificado com o que aponta Médici (2000), ao relatar sobre o problema da crise fiscal na vigilância sanitária:

O que se assinalou com a crise fiscal dos anos 90 foi a redução da alocação de recursos para os tradicionais programas de vigilância sanitária, comprometendo a efetividade de ações de controle de epidemias e de endemias, além de impossibilitar novos investimentos para a ampliação de cobertura decorrente das pressões geradas pelo crescimento das cidades e empobrecimento das populações rurais e urbanas (MÉDICI, 2000, p. 121)

Contudo, o autor menciona que não se deve atribuir ao Brasil, exclusividade na falta de recursos e as dificuldades do setor saúde, realidade comum em toda a América Latina e Caribe dado que a região gasta com saúde, um valor médio de 3,9% do produto interno bruto, valores muito inferiores ao volume de recursos gastos pelos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE), da ordem de 8,8% do PIB. Reconhece o autor que, para os países mais pobres da região, os recursos são tão insuficientes para expandir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, que a população vive com apenas a pura sorte.

As propostas de consolidação do campo da saúde como forma de superação da chamada “crise da saúde pública” podem significar uma oportunidade para efetivamente incorporar a saúde pública e o desenvolvimento regional ou nacional em uma nova perspectiva, a do planejamento a partir da usina hidrelétrica.

Para isto, neste primeiro capítulo mostraremos como o pensamento sobre o desenvolvimento, os efeitos ambientais da construção de usinas hidrelétricas e SUS culminaram na formulação de estratégias conjuntas para a melhoria da qualidade de vida da população e para a superação da desigualdade regional.

1.1 - Os pressupostos de uma estratégia

Os defensores das usinas hidrelétricas acreditam que as mesmas se constituam em um fomento importante para a criação de matriz energética para o desenvolvimento de uma base industrial sólida, promovendo na sequência, o desenvolvimento regional, a geração de emprego e o incremento de exportações, principalmente em países em desenvolvimento.

No entanto, também é consenso que em um grande número de casos se pagou um preço muito alto pelos benefícios gerados pela energia

hidrelétrica e que os seus custos sociais e ambientais não só foram indevidamente calculados como assimetricamente distribuídos na sociedade. (CMB 2000).

Por envolverem grandes investimentos, gerarem múltiplos impactos e provocarem conflitos socioambientais de grande monta, a questão das usinas hidrelétricas (principalmente as grandes barragens) é certamente um tema instigante dentro do debate do desenvolvimento regional.

A Conferência de Estocolmo, em 1972, pode ter sido um marco inicial nas discussões que buscavam integrar a questão do desenvolvimento e a degradação ambiental e seus efeitos na saúde. Para Soares (2001), a Declaração de Estocolmo, resultado daquela Conferência, exerceu o papel de verdadeiro guia e parâmetro na definição dos princípios mínimos que devem nortear as ações domésticas de cada país no enfrentamento dos problemas ambientais.

Com efeito, essa Declaração revelou-se o primeiro texto internacional que se propunha a delinear instrumentos capazes de modificar o comportamento humano em relação ao ambiente. Os princípios nela previstos, tais como a cooperação internacional, reparação e prevenção, tiveram o mérito de incutir uma nova abordagem no trato com as questões ambientais e seus efeitos na saúde humana. No entanto, a relação saúde e ambiente ainda era vista de forma fragmentada. Essa visão só veio a mudar 20 anos depois, com a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, ocorrida na cidade do Rio de Janeiro (ECO/92).

Embora muitas críticas tenham sido feitas ao relatório da conferência Rio 92, deve-se admitir que este evento trouxesse uma importante contribuição para consolidar o argumento de que os problemas ambientais reforçam uma questão que é ao mesmo tempo um desafio e um dilema: o complexo processo saúde-doença que culmina por levar determinada população à rede assistencial (tanto privada como pública) é revestido de inúmeros condicionantes externos, de caráter econômico e também ambiental.

Não se pode imaginar que este documento repercutiu da mesma forma em todo o mundo. Enquanto os países ricos tratavam os problemas ambientais globais – o aquecimento global e o buraco na camada de ozônio – como questões prioritárias, estas continuavam sendo, para os países pobres, ligadas à necessidade de redução da pobreza e ao acesso à tecnologia como pré-condição para controle bem sucedido dos problemas ambientais globais (ENSP/FIOCRUZ, 1995)

Desde então, a discussão em torno das tensões existentes entre necessidades sociais, ambientais e de saúde em diferentes fóruns geraram, na compreensão e enfrentamento dos problemas, diversidade de enfoques e de conceitos, embora não sejam necessariamente excludentes.

Todas as abordagens materializadas buscaram enfrentar os desafios fundamentais da questão ambiental, saúde e desenvolvimento. Entre as estratégias apresentadas, destaca-se, a perspectiva escalar. Os argumentos favoráveis a integração entre níveis globais e locais das diferentes áreas do conhecimento e entre os diversos setores governamentais, econômicos e sociais na conformação de políticas e de ações que correspondam às necessidades de cada realidade nacional e local motivaram reflexões na construção de modelos que articulassem esses conceitos.

Barcellos &Quitério (2006) apontam alguns modelos conceituais propostos para a análise de riscos ambientais à saúde que implicariam efeitos ao desenvolvimento dos países. Dentre eles, destacam-se a associação entre fontes de risco e os agravos à saúde⁶, a relação entre pressão-estado-resposta, sugerido pela *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) ⁷; e o modelo de construção de indicadores ambientais⁸.

⁶Verem Thacker SB, Stroup DF, Parrish RG, Anderson HA. **Surveillance in environmental public health: issues, systems, and sources.** Am J Public Health 1996;86(5):633-8.

⁷Idem

⁸Barcellos C. Constituição de um sistema de indicadores socioambientais. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Todos estes modelos, segundo os autores, tem em comum a importância do papel dos macro-determinantes sociais e ambientais dos agravos à saúde, situando a exposição como evento central da determinação dos agravos.

A preocupação comum de contextualizar riscos à saúde, relacionados aos modelos econômicos de desenvolvimento, indica que este é um processo complexo envolvendo diversos fatores de risco que atuam sobre diferentes níveis de determinação. O que ajuda a compreender a importância do meio ambiente na leitura da relação desenvolvimento e saúde.

Neste sentido, Freitas *et al.* (1999) e Porto (1998), procurando contextualizar a interface entre a questão ambiental e a saúde no Brasil, consideram que somente a partir da década 1980 é que começaram a surgir condições jurídicas e institucionais para ações que contemplassem esta perspectiva de forma mais consistente e efetiva.

Em 1981, foi instituída a Política Nacional de Meio Ambiente (Lei nº 6.938 de 31/8/1981), criando o Sistema Nacional do Meio Ambiente (SISNAMA) para sua execução. Como órgão superior do SISNAMA foi criado o Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), que através de uma série de resoluções tem regulado as atividades potencialmente prejudiciais ao meio ambiente, incluindo sob essa designação os “danos sociais”, isto é, aqueles causados às populações locais.

Com a criação da Política Nacional de Meio Ambiente, o CONAMA através de sua resolução 001/86 regula os instrumentos para o cumprimento dessa exigência, através da criação do Estudo de Impacto Ambiental (EIA) e do Relatório de Impacto Ambiental (RIMA). Estes documentos ficam disposição da população de um modo geral.

A Resolução 001/86⁹ do CONAMA indica o modo como devem ser consideradas as consequências ambientais e define a noção de “impacto ambiental” nos seguintes termos:

Art. 1º

⁹Diário Oficial da União do dia 17/02/1986.

- Para efeito desta Resolução, considera-se impacto ambiental qualquer alteração das propriedades físicas, químicas e biológicas do meio ambiente, causada por qualquer forma de matéria ou energia resultante das atividades humanas que, direta ou indiretamente, afetam:

I - a saúde, a segurança e o bem-estar da população;

II - as atividades sociais e econômicas;

III - a biota;

IV - as condições estéticas e sanitárias do meio ambiente;

V - a qualidade dos recursos ambientais.

Entre os termos mais importantes constantes dessa Resolução estão os de “**impacto direto e indireto**” (grifo nosso) e os de “**área de influência direta e indireta**” (grifo nosso), estreitamente relacionados a uma abordagem integrada, considera os indicadores como elementos interdependentes (saúde - desenvolvimento e meio ambiente). A lei ambiental mostra uma grande sensibilidade para esta nova conscientização. Interessante destacar do ponto de vista jurídico, que as normas sobre meio ambiente apresentam preocupações com a saúde humana e seus contextos, antes mesmo da promulgação de normas de saúde pública para com o meio ambiente.

Assim, a Política Nacional para o Meio Ambiente passou a incluir um cuidado maior não apenas com a variável ambiental, mas também com a saúde durante o desenvolvimento de projetos econômicos, reflexo desta nova postura em pensar sobre a relação do meio ambiente com o homem e sua condição de vida como resultante maior.

Mas o grande destaque é a Constituição Federal promulgada em 1988, por meio da quais novos avanços ocorreram. O artigo 228 do capítulo VI (Do Meio Ambiente) garantindo que *todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à **sadia qualidade de vida*** (grifo nosso), *impondo-se ao Poder Público o dever de defendê-lo e à coletividade de preservá-lo para as presentes e*

futuras gerações, permite concordar com Freitas *et al.* (1999) e Porto (1998).

Estas condições jurídicas e institucionais permitem hoje no Brasil, principalmente do ponto de vista jurídico, da obrigação do Estado com a sociedade, que o debate sobre desenvolvimento¹⁰ tenha que envolver não apenas os fatores políticos, econômicos, socioculturais e ambientais, mas também os relacionados à saúde.

É importante lembrarmos, que esta articulação ora apresentada se deu no plano nacional brasileiro. Assim, o processo de discussão da reforma sanitária e a implantação do SUS caminharam de forma paralela e com eventuais interfaces com o sistema legal e institucional brasileiro estritamente ambiental. O que não se via para o resto do mundo, principalmente, nas Américas.

Apesar de eventuais interfaces entre os ministérios envolvidos e os Conselhos Nacionais de Saúde e Meio Ambiente, após a RIO-92, em setembro do mesmo ano, a Organização Pan-Americana de Saúde - OPA decidiu realizar uma Conferência Pan-Americana sobre Saúde, Ambiente e Desenvolvimento (COPASAD) em outubro de 1995.

Esta Conferência tinha o objetivo de definir e adotar um conjunto de políticas e estratégias sobre saúde e ambiente, bem como elaborar um Plano Regional de Ação no contexto do desenvolvimento sustentável, em articulação com planos nacionais a serem formulados pelos países do continente americano e apresentados durante a COPASAD.

Para mostrar a importância deste evento houve, no período entre a RIO - 92 e a Conferência de 1995, apenas eventos isolados, realizados por instituições como a OPAS, ONGs e associações científicas, como o seminário "*Implementação dos Compromissos da Rio-92: as Ações para Saúde, Saneamento e Assentamentos Humanos*", em abril de 1993, em São Paulo; a "*Conferência sobre Estratégias em Saneamento, Meio Ambiente e Saúde*",

¹⁰Tendo em vista a capacidade do Estado atual em funções gerenciais que lhe permitam concretizá-las com alta eficiência, o que a literatura vem adotando como sustentável.

em maio de 1993, em Brasília; e o painel "*A Implementação das Ações da Saúde (Agenda 21) da Rio-92 e sua Inter-relação com o Meio Ambiente e Desenvolvimento*", no Congresso da ABRASCO de 1994, em Olinda.

Infelizmente, mesmo com diagnósticos dos principais problemas ambientais e de saúde que ocorrem nos países americanos, a proposta de políticas integradas e ações para o enfrentamento da situação, não saiu do papel.

No caso do Brasil, as dificuldades em levar a cabo políticas nacionais integradas, as crises do financiamento do setor de saúde e a não integração com a questão ambiental fizeram com que muitos projetos fossem engavetados. Não diferentemente, nos países latinos americanos também enfrentaram problemas com os próprios planos nacionais. Não deixando de acrescentar os econômicos. Todos estes ingredientes foram fundamentais para a não efetivação das propostas nestes países (PORTO, 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

O processo da COPASAD mostra, de um lado, que as questões ambientais já encontravam fóruns de discussões sólidos onde eram tratados como elementos que constituem problemas de saúde pública. Isto reforçava os aspectos de natureza política, epistemológica e metodológica das discussões em torno dos modelos de desenvolvimento.

De outro, percebeu-se a precariedade de muitos governos, no que diz respeito a priorizar e levar a cabo políticas e ações integradas que articulem o desenvolvimento, a saúde e o meio ambiente.

Hoje, mesmo depois de muitas experiências, pode-se perceber a permanência da falta de diálogo e da interação entre os governos, entre setores como planejamento, fazenda e obras/infraestrutura com a saúde, saneamento e meio ambiente. Este quadro revela as dificuldades existentes na busca de políticas integradas e intersetoriais, caracterizando parte expressiva da vulnerabilidade institucional de muitos países latino-americanos, como as realidades brasileiras diante dos problemas de saúde e ambientais (PORTO, 1998).

A esta deficiência, acrescenta-se a vulnerabilidade social relacionada às características de iniquidade do modelo de desenvolvimento brasileiro, que fragiliza as parcelas mais pobres da população ante situações de risco ambiental, como por exemplo, as áreas de degradação ambiental decorrentes da poluição e da ausência de infraestrutura urbana em áreas da periferia das metrópoles brasileiras.

Todo este debate sobre as políticas sociais e ambientais também permite contribuir na discussão qual é o papel efetivo do Estado na sociedade. A visão de que o mero crescimento resolveria, por si só, os problemas de pobreza, levavam a uma concepção minimalista e assistencialista do papel do Estado no campo social.

Apesar desta concepção de desenvolvimento que entendemos (como uma questão política e social), a aceção do termo que predomina e persiste é a de que o desenvolvimento é crescimento dos meios de produção, associado com a acumulação, inovação técnica e o aumento de produtividade, enfim, é a expansão das forças produtivas e não alteração das relações sociais de produção.

1.2 - AS CONTRIBUIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO A PARTIR DO BANCO MUNDIAL E DA COMISSÃO DE MACROECONOMIA E DA O.M.S.

Como apontávamos anteriormente, o discurso do desenvolvimento como política social e ambiental para o desenvolvimento não conseguiu ocupar o aparelho de Estado do mundo capitalista.

Todavia, o poder econômico hegemônico, em última instância, criou discursos eufemísticos, com o objetivo de atenuar o caráter predador e, às vezes, devastador de um modelo capitalista que até então seguia sem controle.

Como não houve mudanças significativas na gestão do Estado em relação ao modelo produtivo, o que se percebeu no início dos anos de 1990, foi um incremento nas relações políticas do poder público com agências financiadoras e reguladoras internacionais - com destaque para o Banco Mundial. Ademais, é conhecida a importância dos organismos financeiros internacionais para a capacidade de governança dos países endividados.

[...] el Banco y el Fondo han alcanzado una capacidad de influencia sobre la política económica y las estrategias de desarrollo de los países del Sur que supera con mucho la relevancia de su financiación. En la actualidad, la mayoría de los países industrializados exigen el cumplimiento de las condiciones de los "programas de ajuste" como requisitos imprescindibles para proporcionar ayuda al desarrollo. Las posibilidades de los países más pobres y endeudados de recibir algún tipo de alivio de su deuda pasan igualmente por cumplir con estas imposiciones. Una influencia que no se queda en el ámbito de las grandes cifras macroeconómicas o la capacidad de decisión política de los gobiernos, sino que tiene un impacto aún mayor sobre las condiciones de vida de cientos de millones de personas... (ARIAS; VERA, 2002, p.6).

Uma das imposições desses organismos, como reflexo da substituição de um Estado "pesado" por um Estado mínimo ou "eficiente", vem sendo, por exemplo, os ajustes e orientações que o Banco ou mesmo as instituições como a ONU via OMS/OPAS apresentam para seus cooperados.

A partir de então, o Banco Mundial patrocinou estudos de diferentes setores da vida econômica e social dos países que recebiam empréstimos, e que resultaram em documentos denominados de "estudos setoriais". O próprio Banco define o tipo de estudo em seu documento, *Normas e operaciones*, onde os estudos se propuseram:

Un 'estudio sectorial' es un análisis de la totalidad o parte de un sector determinado de la economía (...) con el fin de formular un programa coordinado de inversión para ese

sector e identificar proyectos dentro del mismo. (...) El Banco há venido financiando los costos en divisas de estúdios sectoriales y de viabilidad desde 1961.” (BANCO MUNDIAL, 1973, p. 72-73)

A publicação dos documentos de política setorial do Banco Mundial ocorreu a partir dos estudos sobre educação, saúde, agricultura, energia, população e transporte, e foram amplamente divulgados pela instituição desde a década de 1970.

Na área da saúde, por exemplo, o primeiro documento foi publicado em 1975, denominado de *Salud: documento de política sectorial*. Este trabalho apresentou a concepção e as propostas do Banco Mundial para a reforma dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento.

Os estudos setoriais estavam sustentados na argumentação de que era preciso conhecer os países para garantir a eficácia dos financiamentos e para ajudá-los em todas as fases de desenvolvimento. O então presidente do Banco (1968 - 1981), Robert S. McNamara, argumentava, como forma de dar legitimidade aos processos de negociação com os países, que:

El objetivo básico del financiamiento es promover el desarrollo económico de los países miembros. Para asegurar la eficacia de ese financiamiento y poder ayudar a los países en todas las fases de su desarrollo, el Banco tiene que conocer y comprender debidamente las características económicas de sus miembros y seguir de cerca sus progresos. Para ello trata de obtener la información más completa posible sobre la estructura y perspectivas de desarrollo de las respectivas economías mediante la evaluación de los recursos agrícolas, minerales, industriales y humanos; de servicios básicos, tales como los transportes y la energía eléctrica; de la calidad de la administración pública y la educación; de la situación en materia de comercio exterior y pagos, y de las condiciones financieras internas (WOLFENSOHN, 2002, p.5)

Outro presidente do Banco Mundial, James Wolfensohn, (1995-2005), em discurso realizado em 2002, em um evento que discutia a

respeito de projetos ligados ao desenvolvimento de países endividados, empreendidos por entidades da sociedade civil, assinalava:

Por primera vez contamos con un instrumento - el Portal del desarrollo - que nos permite cotejar y aprender más acerca de los proyectos de desarrollo que se están llevando a cabo en todo el mundo. La realidad es que, como podemos comprobar. En el Portal del desarrollo, hay más de 63.000 proyectos de desarrollo en curso, sin contar los programas emprendidos por la sociedad civil o por grupos religiosos. Con demasiada frecuencia, proyectos realizados en el mismo sector del mismo país son administrados por una gran variedad de organismos que no se comunican entre sí. Debemos utilizar el Portal del desarrollo para efectuar un seguimiento de nuestras actividades y así poder coordinar mejor nuestros esfuerzos (WOLFENSOHN, 2002, p. 7)

Wolfensohn (leia-se Banco Mundial) deixa claro seu entusiasmo por essas iniciativas, ao mesmo tempo em que explicita o desejo e a intenção de exercer maior controle sobre elas.

Desse modo, uma harmonização e melhor coordenação de esforços entre o poder público e organismos financeiros internacionais, pouco a pouco, vão forjando uma aliança por um tipo de desenvolvimento, via institucionalização de projetos e programas, desenvolvidos pelos bancos credores internacionais.

Nesse caso, o conceito de Desenvolvimento Humano Sustentável, elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sinaliza para uma nova estratégia de combate à pobreza e enfrentamento dos problemas sociais e é um significativo exemplo desta relação.

Presente em inúmeros documentos recentes, gerados em eventos internacionais de instituições como o próprio PNUD, o Banco Mundial e a Organização das Nações Unidas (ONU), o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), foi criado pelos economistas MahbubulHaq e Amartya Sen, em 1990. Este indicador permite comparar as condições de vida nos mais

diferentes países e áreas, usando indicadores de renda, longevidade e educação.

Aponta-se para o fato crucial de que pobreza não deve ser medida unicamente pelo nível de renda da população, mas através de outros indicadores de qualidade de vida, como nível de escolaridade e saúde (esperança de vida ao nascer). Os resultados do Índice enfatizam assim, a relação entre pobreza e ausência (precariedade) de acesso da população aos bens e serviços essenciais para a qualidade de vida (IPEA, 1998).

Foi justamente nos anos de 1990 que a intervenção do Banco Mundial nas políticas sociais acompanhou o revigoramento do liberalismo econômico, com o ressurgimento do velho pensamento liberal, denominado neste momento de neoliberalismo, com ataque aos programas e políticas estatais destinadas aos serviços sociais. Também não deixou de fomentar estudos setoriais como a reforma da previdência, flexibilização da ação da iniciativa privada em setores de infraestrutura e na saúde, entre outros temas, construindo um discurso de incapacidade do Estado em gerenciar tudo isso.

Os empréstimos do Banco Mundial aos países endividados vieram acompanhados de condicionantes impostas para ajustes setoriais e estruturais, seguindo os estudos produzidos por esta instituição.

Na conjuntura da crise, os empréstimos para os ajustes setoriais e estruturais, contribuíram (em muito) para a noção de que para haver desenvolvimento era preciso haver crescimento econômico. Lembremos que foi neste contexto que o modelo de crescimento orientou-se para a imersão competitiva no mercado internacional, fazendo com que o investimento em saúde passasse apenas a ser um indicativo de desenvolvimento e não um componente a ser investido.

Com a entrada do Banco Mundial nas orientações sobre o modelo de desenvolvimento nacional a partir de programas sociais, a OMS começou a perder espaço como principal indutor de programas sociais no mundo.

Tanto que em 1998, a Assembleia Mundial da Saúde buscou fora dos quadros da OMS uma liderança que pudesse restaurar a credibilidade da

organização e trazer-lhe uma nova visão sobre a questão da Saúde e do desenvolvimento.

A escolha foi por Gro Harlem Brundtland segundo Altman (1992), que tinha imenso conhecimento para desempenhar a função e *know-how*, pois na década de 1980, havia presidido a Comissão Mundial para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (1983 - 1987), coordenado o Relatório Brundtland, que conduziu à Conferência Mundial de Meio Ambiente de 1992.

Brundtland tinha familiaridade com o pensamento global do movimento ambientalista, e uma compreensão ampla e clara sobre a relação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento (ALTMAN, 1992).

Ela estava determinada a posicionar a OMS como um importante ator no cenário global, a ir além de ministros da saúde e a ganhar assento à mesa quando decisões estivessem sendo tomadas. Queria remodelar a OMS como uma organização que efetivamente cumprisse a missão para a qual havia sido criada, capaz de monitorar e influenciar outros atores no cenário global. Criou a Comissão sobre Macroeconomia e Saúde, presidida pelo economista Jeffrey Sachs, da Universidade Harvard, incluindo ex-ministros de finanças e funcionários do Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, Organização Mundial do Comércio e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, assim como lideranças da saúde pública (KICKBUSCH, 2000).

A Comissão publicou um relatório, em dezembro de 2001, que argumentava ser essencial a melhoria da saúde para o crescimento econômico dos países em desenvolvimento (WHO, 2001).

O relatório identificou um conjunto de prioridades relativas a doenças que requeriam intervenção específica. No entanto, para isto, a Comissão precisava angariar fundos para atingir seus objetivos, por isso propôs parcerias com a iniciativa privada, para reforçar o orçamento da OMS.

Dentre os participantes de expressiva importância nessas parcerias estava *Bill & Melinda Gates Foundation*, que aportou mais de 1,7 bilhão de dólares entre 1998 e 2000 para um programa internacional de prevenção ou

eliminação de doenças nos países mais pobres do mundo através, sobretudo, de programas de vacinas e imunização. Em poucos anos, foram criadas cerca de setenta parcerias de saúde com alcance global (McCARTHY, 2000).

Os críticos das parcerias argumentavam, naquela época, que as colaborações com o setor comercial poderiam subordinar os valores e a missão da OMS, modificar as prioridades organizacionais, recriar programas verticais desarticulados entre si em meio a sistemas de saúde fragmentados e afastar-se da abordagem compreensiva dos serviços de saúde, caminhando para um foco mais restrito em "doenças prioritárias" (BUSE & WAXMAN, 2001).

Neste sentido concordamos com Buse&Waxman (2001), pois a OMS (ainda sob a gestão Brundtland entre 1998 e 2003) não conseguiu estabelecer uma agenda internacional para a discussão sobre o investimento em saúde, muito menos, discutir o desenvolvimento de uma nação como se propunha.

As articulações e recuperação reconduziram a OMS no papel de coordenação e liderança da saúde da população mundial. Hoje a Organização vem buscando alternativas para um debate ainda não resolvido sobre a direção que deve tomar a saúde pública, e o seu papel nas políticas de desenvolvimento para um país.

1.3 - CONSTRUINDO UM MODELO DE DESENVOLVIMENTO: INVESTINDO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE.

As dificuldades estruturais para a implementação de planos nacionais de saúde e ambiente, em escala mundial, talvez se encontre nas próprias contradições existentes entre o atual sistema econômico mundial e as necessidades de desenvolvimento dos próprios países. O exemplo disto é a globalização da economia dos últimos anos que reforça as tendências de polarização entre países centrais e periféricos.

No contexto da atual ordem mundial, a OMS viu seu papel, antes dominante, perder espaço político, e começou a reposicionar-se no âmbito de um conjunto de alianças, para rearticular seu poder de influência em tempos de transformações. Infelizmente, esta estratégia não conseguiu consolidar sua liderança, apesar de observarmos esforços valiosos.

As pressões e influências pela desregulamentação do Estado, exigidas para o crescente fluxo do capital financeiro internacional, as consequências da prolongada crise recessiva e as políticas de ajuste fiscal em curso limitam, ainda mais, a construção de projetos nacionais e colocam em risco o papel e a atuação do Estado sob o aspecto de formulador de políticas, planejador e regulador dos problemas de saúde e meio ambiente relacionados ao desenvolvimento.

Por isso, entendemos que o apoio de organismos internacionais, como a OMS, a OPAS e o PNUMA (todos ligados a ONU) são importantes para a continuidade das discussões sobre saúde, ambiente e desenvolvimento entre os vazios criados pela cultura política e institucional mundial.

As características do processo produtivo-econômico decorrente da internacionalização da economia requerem intervenções mais bruscas no meio ambiente, como a expansão da fronteira agrícola associado com o desmatamento rápido e a implantação de grandes obras de infraestrutura, como as usinas hidrelétricas.

Desta forma, pode ocorrer o deslocamento de vetores ou de agentes etiológicos, atingindo, num primeiro momento, tanto as populações diretamente envolvidas com o empreendimento como as comunidades localizadas próximas da área. Num segundo momento, estas doenças podem atingir periferias das grandes cidades ou populações inteiras, como no caso da febre amarela urbana, ou até mesmo as populações que são afetadas indiretamente por grandes obras ou mesmo pela ampliação das áreas agrícolas.

As modificações ambientais - tanto no nível macro, como no nível micro -, afetam de forma geral a distribuição das doenças infecciosas. Muitos estudos mostram que os vínculos entre desenvolvimento econômico,

condições ambientais e de saúde são muito estreitos, pois as condições para a transmissão de várias doenças são propiciadas pela forma com que são realizadas as intervenções humanas no ambiente (PIGNATTI, 2004).

Mesmo perante a uma aparente ausência de políticas públicas de desenvolvimento integradas e a falta de uma priorização das medidas voltadas à promoção da saúde humana - nela incluídas as condições ambientais - cabe ao SUS dar suporte às práticas de distintas categorias e atores sociais face às questões de saúde/doença e da organização da assistência diante da construção de usinas hidrelétricas. Um importante sinal que justifica esta postura são as leis regulatórias.

Do ponto de vista institucional, os marcos regulatórios tanto da Saúde¹¹ como do Meio Ambiente¹², fundamentados pela Constituição Federal, refletem o conceito de que o crescimento de um país, sem uma atenção adequada à preservação do meio ambiente, gera impactos ambientais que prejudicam enormemente a qualidade de vida das populações e a própria sustentabilidade dos sistemas produtivos vigentes, no longo prazo. Lembremos ainda, há muito que melhorar, principalmente nas questões de operacionalização destas diretrizes.

Embora vários eventos específicos no campo da Saúde Pública chamam a atenção para a necessidade de incorporarmos a agenda ambiental para superar nossas dificuldades e desigualdades, e os recorrentes discursos de certa falta de articulação entre as inúmeras e ricas abordagens metodológicas, entre outros pontos negativos, verificamos que o SUS é apontado como referência para a OPAS nesta questão, principalmente se compararmos a situação predominante na América Latina (LEAL et al., 1992; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1992; LAGO, 2005).

É o exemplo do conceito de *Vigilância em Saúde*¹³. O SUS vem aprimorando um sistema de estruturação da Vigilância em Saúde do

11A lei orgânica da Saúde (8080 de 1990) deixa claro o campo de atuação do SUS na "**colaboração na proteção do meio ambiente**". (grifo nosso)

12Resolução CONAMA 001 de 1986, no art. 1: considera-se **impacto ambiental** qualquer alteração (...) do meioambiente, causada por qualquer forma resultante das atividades humanas que, direta ou indiretamente, afetam a saúde e o bem estar da população.

Sistema Único de Saúde – VIGISUS. Este tipo de vigilância possui caráter sistêmico, buscando reorientar o planejamento e o desenvolvimento nacional, juntamente com as diversas vigilâncias, tais como a epidemiológica (sobre as populações), sanitária (de produtos e serviços), saúde do trabalhador (das condições e riscos a saúde no ambiente de trabalho) e ambiental (dos riscos socioambientais). A necessidade de monitorar o ambiente é decorrente do reconhecimento de que ele não é dado, mas está em permanente construção e transformação pela ação do homem e da própria natureza.

Augusto (2003) aponta que nos setores ambientais e do trabalho, adota-se o termo *monitorar*, para o qual são geralmente utilizados indicadores quantitativos. Entretanto, para a Vigilância em Saúde, monitorar é mais do que um ato de medição instrumental. A monitoração tem por objetivo qualificar os contextos e elementos diretamente envolvidos no processo de causalidade, para atuar de forma permanente na sucessão de estados que conformam o processo saúde-doença, onde muitas vezes são obras de grande porte, como estradas, construção de redes de saneamento, usinas hidrelétricas, entre outras obras de infraestrutura.

Ao reunir esforços de todas estas vigilâncias em único sistema, como indica o autor, percebe-se que as questões pertinentes às relações entre o desenvolvimento, saúde e ambiente estão sendo tratadas como integrantes de sistemas complexos, exigindo abordagens e articulações interdisciplinares e transdisciplinares. Abrindo oportunidades substanciais para a Geografia pode contribuir nesta articulação.

Assim, atuar nessa perspectiva é reconhecer que o modelo de Vigilância (sabemos que ainda está em construção) ou mesmo qualquer modelo de política pública de saúde ambiental, encara a complexidade inerente ao processo de produção da saúde a um só tempo. A necessidade de garantir a permanência e democratização das condições ambientais favoráveis à vida já conquistadas nas sucessivas etapas do

¹³Tal conceito privilegia a ideia da geração da informação para a ação, segundo FRANCO & CARNEIRO (2002).

desenvolvimento e de reivindicar a correção ou mitigação das consequências desfavoráveis desse mesmo desenvolvimento.

Desde a década de 1980, o Brasil vem mostrando o seu esforço e trabalho. Tanto as normas, portarias, resoluções que o Ministério da Saúde como o Ministério do Meio Ambiente por meio da Política Nacional de Meio ambiente (Lei 6938 de 1981) apresentam interlocuções para o mesmo objetivo que o desenvolvimento atinja a todos porem de forma distributiva.

Criaram-se órgãos federais, para colocar em prática os novos dispositivos legais. Surgiram, dentre outras, as Secretarias de Vigilâncias e o CONAMA (Conselho Nacional de Meio Ambiente), que fixaram os requisitos para a avaliação de impactos e para o licenciamento de obras modificadoras do meio ambiente e seus efeitos na saúde humana, entre elas para as do setor elétrico.

Tornaram-se obrigatórios o EIA (Estudo de Impacto Ambiental) e o RIMA (Relatório de Impacto Ambiental). A partir daí, novas disciplinas legais emanadas do governo federal, ou dos estados, procuraram minimizar os efeitos perversos dos projetos hidrelétricos.

Deve ficar claro que todas essas orientações e legislações também atendiam aos reclamos históricos da comunidade internacional. Leme Machado (1994, p.52) ao comentar as diferentes declarações e convenções que antecederam a Conferência das Nações Unidas de Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro, em 1992, dizia não haver nenhum instrumento ou mesmo orientação para se chegar a esta concepção legal e política discutida até aqui. Na visão do autor, tudo ainda era impreciso.

O Brasil teve, pois, de assumir posições cada vez mais favoráveis as política sociais como a do SUS, à preservação ambiental, mas sem perder a capacidade de ser atrativo para os investimentos. Numa perspectiva crítica, é preciso destacar que na obra de Aspelin e Santos, *Indian Areas Threatened by Hydroelectric Projects in Brazil* de 1981, os autores já alertavam para os riscos e prejuízos concretos que diversos povos vivenciavam em consequência da implantação de hidrelétricas diante do

crescimento econômico dos anos de 1970. Demoramos a entender esta preocupação.

1.4 - PARA SEGUIRMOS...

A compreensão das relações entre saúde pública via SUS, amparados pelos impactos diretos e indiretos ao meio ambiente, constitui etapa inicial e importante na reflexão de um projeto de desenvolvimento de uma região afetada por um empreendimento como este.

Em termos de planejamento, a identificação e análise dos efeitos advindos da implementação das usinas e seus efeitos no SUS, deve conferir recursos para se estabelecer certa ordem de prioridades e apontar o direcionamento mais adequado das ações, uma vez que cada população a ser beneficiada possui características distintas e nem sempre as ações de mitigações de uma usina e o uso dos royalties podem ser orientadas da mesma forma.

Um caminho a seguir, será pensar na organização do sistema de saúde que contemple a garantia da integralidade das ações em saúde, principalmente adequando e otimizando sua infraestrutura para o novo perfil epidemiológico que será constituído com as obras das usinas.

É desta forma que vemos a proposta de regionalização das ações em saúde do SUS. Além de se configurar em um dos princípios do SUS que é garantir que os serviços de saúde atuem de forma conjunta, viabilizando construção de uma rede de assistência (BRASIL, 2007), a regionalização é um instrumento de gestão do SUS que possibilita a integração das fronteiras político-administrativas atuais.

A partir de uma região formada pelos municípios atingidos por duas usinas hidrelétrica próximas, envolvendo três estados federativos, a legislação atual permite ao SUS ações que conduzam a uma distribuição mais equitativa da riqueza gerada pelas usinas hidrelétricas, e estas por sua

vez, bem poderiam fazer parte integral de uma bem-sucedida estratégia de desenvolvimento regional.

Sendo assim, para garantir resolutividade regional às demandas de ações mais especializadas e de maior densidade tecnológica, a região de saúde ao ser articulada deve compreender os diversos elementos que atuam no seu interior, bem salienta Gomes (1995, p. 67), a região *“(...) deve ser vista como um produto real, construído dentro de um quadro de solidariedade territorial”*.

Compreender as relações inter ou intra - regionais que uma usina hidrelétrica, pode criar, também é uma estratégia de gestão. No capítulo a seguir, iremos discutir este aspecto, a regionalização dos serviços de saúde como instrumento de gestão da atual política pública de saúde. Lembrando que esta é uma categoria apropriada da reflexão geográfica.

CAPÍTULO 2 -A REGIÃO DE SAÚDE E A HIDRELÉTRICA

No capítulo anterior, apresentamos a evolução e a importância dos marcos legais e teóricos da saúde e do meio ambiente que permitem a constituição do SUS. Estes parâmetros legais que levam em considerações a relação entre os quadros epidemiológicos e ambientais de uma sociedade, permitem verificar se o mesmo sistema, leva em consideração as usinas hidrelétricas como ponto articulador de suas ações, visando superar as dificuldades regionais.

Sabendo que o SUS, construído por meio de múltiplas leituras, que busca compreender os variados e complexos agentes da produção social da saúde, seus referenciais podem dificultar atingir seus objetivos.

Enfrentar a complexidade da gestão do SUS, favorecendo o desenvolvimento regional, requer instrumentos de gestão sintonizados, compartilhados e engrenados pelos operadores do sistema.

Neste capítulo, refletiremos sobre o instrumento de gestão, que a nosso ver, tem dimensões políticas territoriais e possibilita articular não apenas os serviços em saúde, mas como um indicativo de estratégia de planejamento para um Estado federativo complexo e desigual como é o brasileiro: a região.

Como afirmamos no capítulo anterior, a desigualdade no acesso à saúde reflete de certa forma, as desigualdades sociais. Assim, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém, não suficiente para diminuir as desigualdades para aqueles que adoecem ou morrem. De maneira geral, pode-se afirmar que atual estrutura organizacional e planejamento do SUS fomenta profundas incertezas com relação ao impacto que as reformas sobre a equidade do acesso aos serviços de saúde. O que por outro lado, nos incentiva a buscar refletir sobre diferentes ou os atuais instrumentos de organização de serviços de saúde na superação das desigualdades regionais.

Os efeitos da desigualdade são indiscutíveis, mas não surgiram como consequência do SUS, ao contrário, constituem problemas históricos em nosso país e são, de um lado, reflexos de um modelo econômico e de Estado do Bem Estar Social que por muitos anos aplicou o modelo flexneriano¹⁴ da atenção médica.

Certamente, o padrão de utilização de serviços de saúde de uma sociedade pode ser explicado por seu perfil de necessidades em saúde (HULKA & WHEAT, 1985). Entretanto, este também está condicionado, por inúmeros fatores internos e externos ao setor, relacionados tanto às preferências e escolhas dos usuários quanto à oferta de serviços que os gestores articulam.

O arranjo dos equipamentos, a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e os recursos financeiros, humanos, tecnológicos, a localização geográfica da atuação destes serviços, entre outros, são aspectos com os quais a Geografia pode contribuir em muito, neste exercício gerencial.

Assim, mostraremos que a atual articulação e gestão dos serviços do SUS, tem um referencial histórico utilizado pelo Ministério da Saúde e que este referencial metodológico (região de saúde) aplicado, pode não demonstra a realidade materializada ao entorno de uma usina hidrelétrica.

Entendemos que a partir de uma região de saúde, esta realidade tem que estar em sintonia com os desafios gerenciais de aprimoramento dos instrumentos de gestão do SUS, permitindo um melhor aproveitamento tanto político-financeiro como da infraestrutura.

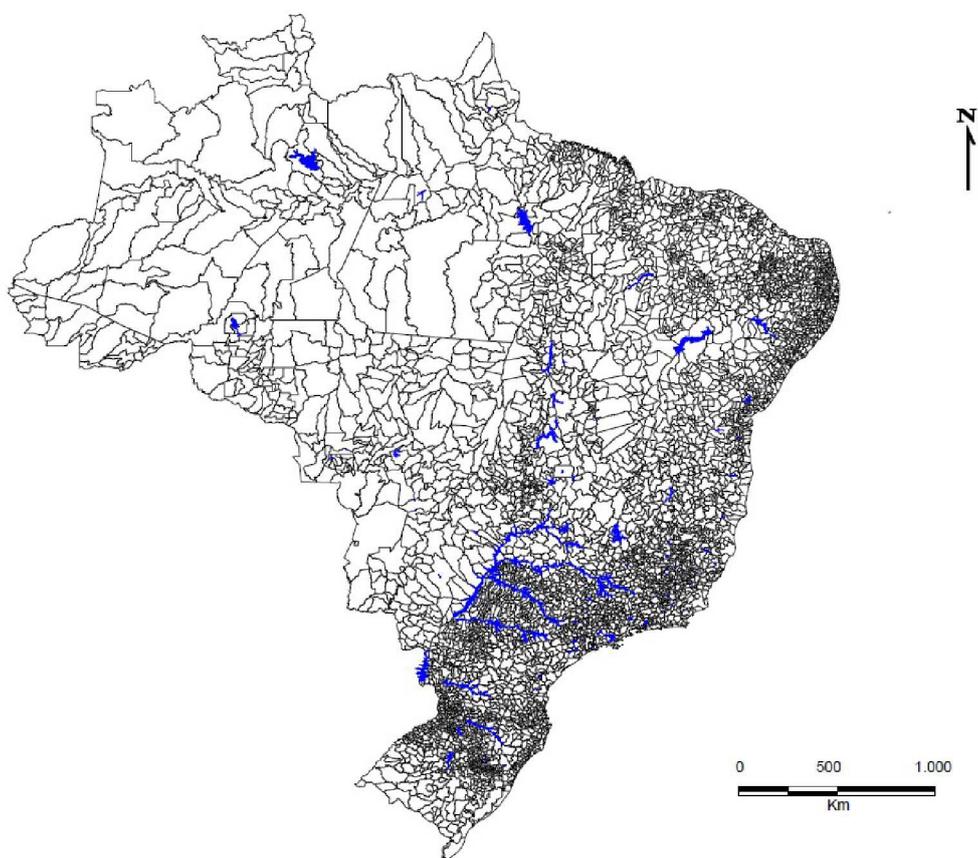
Evidenciar a região de saúde que de fato existe em seu entorno além dos municípios limdeiros, mostrará que importantes componentes da produção regional da saúde muitas vezes não estão devidamente em destaque no debate. É o que faremos a seguir.

14O modelo flexneriano é um modelo de gestão de saúde difundido mundo afora pelos EUA durante as décadas de 1910 a 1960. Este modelo baseava-se no incremento dos avanços industriais - laboratoriais e na inovação tecnológica da saúde, gerando uma grande demanda de investimentos financeiros para as pesquisas e os avanços de técnicas para o diagnóstico de doenças, de especialização dos recursos humanos e de uma organização com enfoque burocrático, centralizador, hierárquico.

2.1 -A USINA HIDRELÉTRICA E SEU RECORTE

Faltam muitos estudos sobre as várias e possíveis dimensões de uma usina hidrelétrica no local de sua instalação, principalmente, quanto aos efeitos aos serviços de saúde, lembrando que, a usina hidrelétrica é uma realidade para muitos municípios brasileiros, como podemos ver na figura 3.

FIGURA 3 - LOCALIZAÇÃO DOS RESERVATÓRIOS DAS UHE NOS MUNICÍPIOS ATINGIDOS NO BRASIL - 2009



Da mesma maneira que faltam estudos assertivos sobre os efeitos reais da construção de uma usina hidrelétrica, muitos dos impactos também não podem ser compensados por repasses financeiros, eles incorporam o que a Eletrobrás chama de custos sociais¹⁵(2007). Mesmo que se garantam verbas indenizatórias ou participação sobre a produção, os efeitos materializados serão sempre contabilizados como superlativos.

Mas como podemos organizar o uso de serviços em saúde, tendo em vista as desigualdades coletivas no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento da sociedade perante a um grande impacto ambiental como é o caso de um lago artificial?

Entendemos que o planejamento regional dos serviços de saúde para uma aplicação e gestão do sistema público de saúde mais eficaz seria a alternativa ideia, pois não haveria nenhuma necessidade de criação de uma nova infraestrutura, contaria com o que já existe.

Sabemos que esta alternativa, deve estar em sintonia com os problemas de saúde que existem de toda ordem, tais como: as formas de financiamento, a qualidade dos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de repasse que articulam as redes de prestação de serviço do próprio sistema.

Diante do processo de desenvolvimento desigual brasileiro, a leitura espacial na análise da situação de saúde não se limita exclusivamente à mera localização de eventos de saúde. A possibilidade de reconhecer as diversas apropriações e produções espaciais pode ser o diferencial na gestão operacional para as ações de saúde devido a identificação de informações, nas diferentes dimensões do processo de saúde-doença, pois o espaço é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais.

Esta diversidade espacial tem colocado em pauta a questão do recorte (regional) mais adequado para aplicação e gestão de uma efetiva política nacional de saúde pública que leve em consideração um empreendimento como uma usina hidrelétrica.

¹⁵Ver em relatório, ELETROBRÁS: Perspectivas do setor elétrico para 2008 - 2014, 2007.

Sabemos que o SUS vem buscando aprimorar seus mecanismos de gestão, desde as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1990. Em função disto, a portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, na qual o Ministério da Saúde divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, traz o uso de uma categoria de análise que será aplicada na elaboração e execução de suas ações que é a definição de região:

“Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território” (MS, 2006)

Entretanto, o uso do conceito de região não é uma novidade no SUS. A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001 (Portaria MS/GM n. 95 de 29 janeiro de 2001) – regulamentou as diretrizes gerais para a organização regionalizada (grifo nosso) da assistência à saúde no Brasil.

Com base em sua segunda edição (NOAS/SUS 01/2002 – Portaria MS/GM n. 373 de 27 de fevereiro de 2002), os convênios entre o Ministério da Saúde (MS) e os demais níveis de governo consideraram as prioridades assistenciais de cada estado, subdividido em regiões e microrregiões definidas no Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR).

Destaca-se que todas as diretrizes estão sinalizando para uma compreensão mais ampla do conceito de região. Conforme Guimarães (2005) verifica-se que a região da Saúde está muito mais para uma concepção do IBGE, pois nela existe o entendimento de que a portaria ministerial define a região de Saúde como um espaço político-operativo do sistema, no qual, por via institucional, é possível estabelecer maior sinergia entre os diferentes níveis de gestão dos serviços de saúde e enfrentar os entraves para o estabelecimento do comando único das ações de saúde, respeitando-se os limites das unidades federadas.

Lembremos nosso fato motivador. Seja no contexto político, seja no institucional, observa-se para uma importante questão. Se recuperarmos a figura 1, podemos destacar mais uma vez esta preocupação. Duas usinas, três estados federados. Encontramos neste caso particular (a nossa investigação) elementos que permitirão discutir e contribuir no debate do plano nacional a respeito de novos instrumentos de gestão do SUS.

Sabemos que o planejamento das ações de saúde são estabelecidos por cada unidade federada, o que a nosso ver, fazem dos problemas das consequências das hidrelétricas na gestão do SUS na escala regional não terem visibilidade. Pelo contrário, a matriz da informação fragmenta e pulveriza a condição de saúde das localidades ao entorno das usinas.

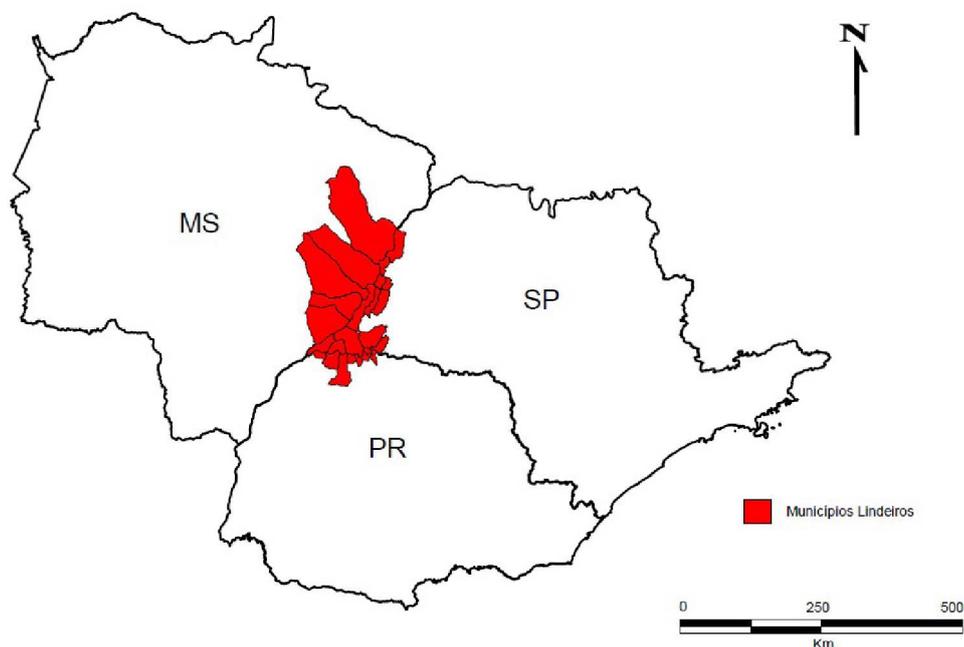
A definição regional precede de um recorte territorial. A região é um importante alicerce no exercício do poder. A regionalização é uma poderosa estratégia geográfica para estabelecer diferentes níveis de acesso para controlar pessoas, coisas e relações sociais, conforme Harvey (1980) também defende.

Para isso, a região de saúde (Brasil, 2004), pode ter diferentes formatos tais como:

- I) regiões intraestaduais, formadas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;
- II) regiões intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
- III) regiões interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados, e,
- IV) regiões fronteiriças, organizadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

De fato, estamos diante de um desafio gerencial. Há urgência na reforma das estruturas organizacionais e de gestão dos órgãos gestores regionais, pois o processo histórico das políticas de saúde no Brasil deu origem a estruturas bastante burocratizadas e, somente agora, o paradigma organizacional destas estruturas começou a ser discutido.

FIGURA 4 - LOCALIZAÇÃO DOS ESTADOS DE SÃO PAULO, PARANÁ E MATO GROSSO DO SUL E OS MUNICÍPIOS LINDEIROS AOS RESERVATÓRIOS DAS UHEDE ROSANA E PORTO PRIMAVERA.



Organização: Ribeiro, 2011

Como podemos observar na figura 4, uma vez criada as usinas hidrelétricas, estas atingem três estados federativos e seus respectivos municípios, listados nas tabelas 1 e 2 a seguir.

TABELA 1 - MUNICÍPIOS LINDEIROS E O RESERVATÓRIO DA UHE DE ROSANA (PR - SP).

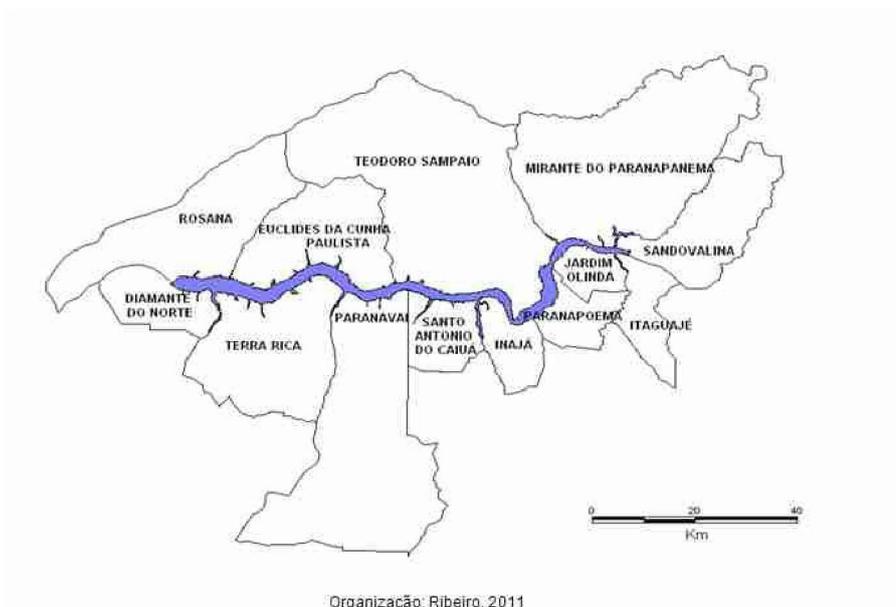
Rosana	SP
Euclides da Cunha Paulista	SP
Terra Rica	PR
Santo Antônio do Caiuá	PR
Teodoro Sampaio	SP
Itaúna do Sul	PR

Paranavaí	PR
Inajá	PR
Paranapoema	PR
Jardim Olinda	PR
Mirante do Paranapanema	SP

Organização: Ribeiro, 2011

Podemos visualizar a localização dos municípios e do reservatório da UHE de Rosana na figura 5.

FIGURA 5 - LOCALIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS LINDEIROS E O RESARVATÓRIO DA UHE ROSANA (SP - PR).



Outra UHE é a de Porto Primavera na divisa entre os estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul. A tabela 2 lista os municípios que fazem limite com seu reservatório.

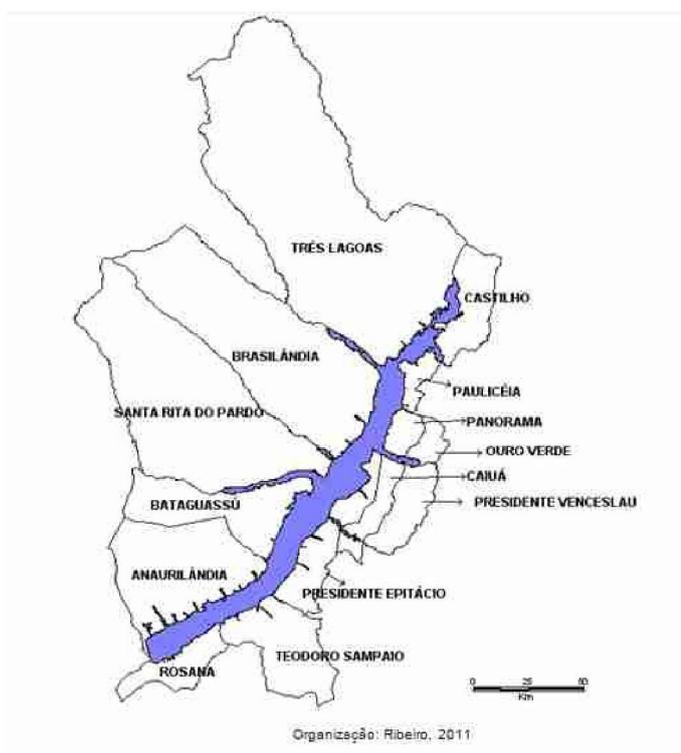
TABELA 2 - MUNICÍPIOS LINDEIROS E O RESERVATÓRIO DA UHE DE PORTO PRIMAVERA (SP - MS).

Município	Estado
Rosana	SP
Presidente Epitácio	SP
Teodoro Sampaio	SP
Caiuá	SP
Anaurilândia	MS
Bataguassú	MS
Brasilândia	MS
Santa Rita do Pardo	MS
Presidente Venceslau	SP
Caiuá	SP
Paulicéia	SP
Panorama	SP
Castilho	SP
Ouro Verde	SP
Três Lagoas	MS

Organização: Ribeiro, 2011.

Ao compararmos o número de municípios afetados, a UHE Porto Primavera tem 14 municípios e a UHE Rosana tem 11. Todavia, os municípios de Rosana, Teodoro Sampaio são os municípios são afetados pelos reservatórios de ambas UHE, como podemos observar na figura 6.

FIGURA 6 - LOCALIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS E DO RESERVATÓRIO DA UHE DE PORTO PRIMAVERA (SP - MS)



Diante disto, buscamos responder a questão seguinte: de que maneira o SUS pode organizar seus serviços, na medida em que as fronteiras das unidades da federação não articuladas podem esconder uma unidade espacial regional contínua?

Na prática, para os Estados, em termos institucionais não existe diferença entre a localidade que está na fronteira do Estado e aquela localizada mais distante. Entretanto, a transição política - administrativa norteadora do SUS, aponta para uma condição que implica desenvolver capacidades de gestão alcançadas com as transformações propiciadas tanto pela produção do espacial de uma localidade, ou de várias localidades na fronteira interestadual.

É desta forma que procuraremos ajudar. A Geografia acumula teorias que contribuem para o conhecimento da organização do território e podem

sugerir diretrizes concretas de intervenção com o objetivo de eliminar ou pelo menos reduzir os desequilíbrios decorrentes de intervenções não coordenadas. Veremos a seguir.

2.2 - A REGIÃO E SEUS RECORTES PARA A GEOGRAFIA

Ainda que de forma bastante sucinta, retomar as raízes da análise regional e do conceito de região, de acordo com algumas das linhas teóricas focalizadas pela Geografia será nosso passo inicial.

A idéia de região é antiga. Buscando a sua etimologia, Emile Benveniste (citado por Bordieu, 1989, p. 118) mostra que a palavra *regio* do latim deriva de *rex*, a autoridade que, por decreto, podia circunscrever as fronteiras: *regere fines*. Tal divisão só não é totalmente arbitrária porque, por trás do ato de delimitar um território, há certamente critérios, entre os quais o mais importante é o do alcance e da eficácia do poder de que se reveste o “autor” da região.

Outro aspecto importante é que a região não é, na sua origem, uma realidade natural, mas uma divisão do mundo social estabelecida por um ato de vontade. Enquanto esse poder é reconhecido, a região por ele regida existe. Antes de tudo, é um espaço construído por uma decisão política.

Neste sentido, nos tempos do Império Romano, a região (*regione*) era usada a denominação para designar áreas de administração local que, embora dispondendo de administração local, estavam subordinadas a Roma. Assim, os mapas que representavam o Império Romano eram preenchidos pela nomenclatura destas regiões que representavam a extensão espacial do poder central hegemônico, onde os governadores locais dispunham de alguma autonomia, em função das diversidades culturais, mas deviam impostos e obediência a Roma (GOMES, 1995).

O esfacelamento do Império Romano deu-se inicialmente com a emancipação dessas áreas e a sua subdivisão é que determinou o aparecimento dos feudos, que predominaram durante a Idade Média. A

Igreja Católica, por sua vez, passou a utilizar o tecido dessas unidades regionais para o estabelecimento da estrutura eclesiástica.

O surgimento do estado moderno recolocou o problema dessas unidades espaciais regionais. Tanto que um dos discursos predominantes na afirmação da legitimidade do Estado nos séculos XVIII e XIX foi o da união regional face a um inimigo, comercial, cultural ou militar exterior. Esse período de formação dos estados modernos foi dominado pela discussão em torno dos conceitos de região, nação, território etc.

Foi exatamente nesse momento que a Geografia começou a tomar forma como disciplina científica, tratando com profundidade de questões desse tipo. Desta forma, vale destacar os principais autores responsáveis pela discussão da região em Geografia, especialmente Vidal de La Blache, Carl Sauer e Richard Hartshorne. Estes autores, em suas distintas visões, enfatizaram a “diferenciação de áreas”¹⁶ como questão fundamental para o trabalho do geógrafo.

Para La Blache, a região era vista como “algo vivo”, uma “individualidade” ou mesmo uma “personalidade geográfica”, Hartshorne, por exemplo, a encarava como um constructo intelectual e que, como tal, poderia variar em sua delimitação de acordo com os objetivos do pesquisador. Já Sauer, com um grau de racionalismo que parece ficar a meio caminho entre La Blache e Hartshorne, buscava na Geografia regional uma “morfologia da paisagem” que não se preocupava apenas com o único, o singular, mas também com a comparação dessas “paisagens individuais”, num “sentido corológico pleno, isto é, a ordenação de paisagens culturais”.

O conceito de região, a partir dos trabalhos de La Blache, passou a ser largamente utilizado no campo da Geografia e a Geografia Regional passou a ser reconhecida como uma das suas principais áreas de pesquisa. O uso deste conceito, no entanto, tem sido, desde então bastante questionado.

Com efeito, diversas indagações têm sido feitas: quais são os traços que determinam os contornos de uma região: o clima, a morfologia, a coesão econômica, um determinado quadro histórico, o exercício de um

¹⁶Ressalta-se que o conceito de região não é explícito como afirma Lencione (2000). Todavia, entendemos que o contexto “área” assinala a ideia de região.

poder? Esses critérios são suficientes e válidos para explicar a configuração de toda e qualquer região? Quem estabelece as fronteiras das regiões e como elas foram se formando ao longo da história? De que forma essas classificações operam nas representações das comunidades?

A formulação de perguntas dessa natureza mostra o quanto a noção de região é ambígua e envolvida por uma multiplicidade de significados, muitas vezes contraditórios e em constante transformação (LENCIONE,2000).

Definir e delimitar uma região não constitui tarefa das mais simples. Fora das chamadas regiões naturais, que, embora convencionais, têm seus limites determinados por um critério bem definido, os recortes regionais correspondem, na maioria dos casos, a um equilíbrio de força presente ou passada e se exprimem sob a forma de um perímetro de competência e autoridade (GEORGE, 1980). Não há, portanto, limites traçados, senão os limites políticos ou administrativos, respondendo a necessidades de ordem jurídica ou funcional.

Mas por que a região constitui fundamentalmente um fenômeno geográfico?

Para Milton Santos (1985), por exemplo, a transformação humana do espaço geográfico é que lhe dá sentido e o uso que as populações farão das instituições, bem como do conjunto de processos técnicos ali presentes, dependerá da sua condição político-sócio-cultural. São as transformações e as inclusões no espaço de infraestrutura de casas, plantações, estradas, instituições que vão produzir o meio tecnogeográfico, território vivo, desnaturalizado.

Quando há uma mudança em um determinado lugar, isso reflete no todo, modificando-o, fazendo-o outro, como uma totalidade que não se cansa de se fragmentar e, mais adiante, juntar novamente as partes (SANTOS, 1985). A partir desse impacto das partes no todo, ele acaba por atingir o restante do conjunto que o forma. Isso permite dizer que não há relação direta entre os elementos sem uma mediação feita pelo todo. O

valor real desse movimento é dado pelo todo, e somente por ele. O que para o autor, é um fenômeno essencialmente geográfico.

No entanto, existe também a própria necessidade de se entender os movimentos regionais na atualidade.

Iná de Castro (1994) aponta que como o final do século XX foi marcado pelo retorno ao individualismo, pelo aparecimento de novas estratégias de relações centro-periferia, por novos arranjos espaciais e de solidariedade propiciados por mudanças tecnológicas, enfim, arranjos que de certa forma, permitiram o fortalecimento dos poderes locais e regionais como novos interlocutores nas relações supranacionais e pela valorização do ambiente em escala planetária.

Tudo isso vem permitindo a leitura geográfica da construção espacial, um novo olhar para o território regional, não apenas como uma engrenagem de totalidade positiva, mas como um continente de conteúdo significativo.

Isto fica evidente diante de um dos conceitos mais abordados neste final de século foi o da globalização, expressando a ideia de uma economia unificada, de uma dinâmica cultural hegemônica, de uma sociedade que só pode ser compreendida como um processo de reprodução social global.

Como consequência, muitos passaram a ver o fim das regionalizações pela homogeneização do espaço ou pelo fim das relações sociais. Como forma de reação a essa perspectiva globalizante, os movimentos regionais passaram a ser vistos como movimentos de resistência à homogeneização, movimentos de defesa das diferenças e por isso passaram a contar com a simpatia de muitos setores. É perceptível, a presença de economistas, demógrafos e sociólogos, profissionais da saúde têm sido cada vez maiores nas tentativas de delimitação de unidade de gerenciamentos, que muitos alteram na nomenclatura, ora territórios, ora região administrativa.

Entendemos que os conceitos de região são diversos e os limites regionais são dinâmicos, já que devem levar em consideração os diferentes estágios de desenvolvimento socioeconômico. Mas há alguns elementos que sobressaem nas tentativas de encontrar uma medida comum capaz de abranger os aspectos essenciais da realidade regional.

Para Kaiser (1981), o debate sobre a questão regional, é a dimensão política, pois não há apenas o ponto de vista do planejador, mas também dos atores políticos locais, que interferem diretamente na configuração territorial. Nem sempre a divisão político-administrativa coincidiu e/ou coincide com a divisão territorial estabelecida pelo planejador estadual, municipal ou federal. Em Oliveira (1993), por exemplo, há uma compreensão que coaduna com essa perspectiva.

Para a definição de região é necessário demonstrar como a região faz e é parte de um processo integrado de acumulação capitalista. Destaca-se o componente político em relação ao administrativo e socioeconômico.

Não se desconhece as dificuldades para precisar o conceito de região; a região pode ser pensada praticamente sob qualquer ângulo das diferenciações econômicas, sociais, políticas, culturais, antropológicas, geográficas, históricas. A mais enraizada das tradições conceituais de região é, sem nenhuma dúvida, a geográfica no sentido amplo, que surge de uma síntese inclusive da formação sócio-econômica-histórica baseada num certo espaço característico(...) Esta investigação não recusa, inicialmente, quaisquer das perspectivas assinaladas, mas conforme o esboço teórico metodológico apontou, privilegia-se aqui o conceito de região que se fundamente na especificidade da reprodução do capital, nas formas que o processo de acumulação assume, na estrutura de classe peculiar a essas formas e, portanto, também nas formas de luta de classes e do conflito social em escala mais geral (OLIVEIRA, 1993, p.27).

A perspectiva da análise adotada por Oliveira (1993) vai interagir com a forma como as forças políticas locais ou regionais fecham um espaço territorial a partir da lógica econômica e como este espaço se integra ao padrão hegemônico de desenvolvimento nacional ou internacional, como havíamos discutido nos capítulos anteriores.

É essa dinâmica que vai moldando a região ao longo do tempo. As regiões que temos diante de nós são fruto de embates anteriores, onde diferentes recortes se contrapuseram; o que temos é o resultado *ex-post*

dos embates entre recortes - ou melhor, entre diferentes grupos sociais com diferentes projetos territoriais (regionais). Também no território o que se tem é a história dos vencedores. (VAINER, 1995).

Em Milton Santos (1997), a região se encontra inseparável do movimento do todo. O todo somente pode ser compreendido pelo movimento das partes e estas, por sua vez, só podem ser conhecidas pelo movimento do todo.

Percebe-se que a totalidade regional se destaca na compreensão do espaço. Esse conceito confirma a interdependência dos fatos singulares e universais e, com isso, a impossibilidade de se construírem geografias regionais e geografias gerais sem que uma não contenha a outra. Assinala Milton Santos:

O todo somente pode ser conhecido através do conhecimento das partes, e as partes somente podem ser conhecidas através do conhecimento do todo. Essas duas verdades são, porém, parciais. Para alcançar a verdade total, é necessário reconhecer o movimento conjunto do todo e das partes, através do processo de totalização (SANTOS, 1997, p. 96).

Com efeito, o conhecimento da totalidade pressupõe sua divisão, seu recorte, pressupõe compreender suas diferenças, mesmo que conectadas pelo movimento da unidade. O real, segundo o geógrafo, é o processo de cissiparidade, subdivisão, esfacelamento. Pensar a totalidade sem pensar a sua cisão é como se a esvaziássemos do movimento.

A totalidade, constituída por suas estruturas e pelas relações sociais, transforma-se com maior velocidade nos dias de hoje, cindindo-se em diversos fragmentos que se efetivam diferencialmente. As regiões e os lugares são definidos pelo movimento do todo, porém, modificam-se e realizam-se distintamente, ou seja, adquirem qualidades e quantidades locais que as distinguem umas das outras.

Para nós, levaremos em conta que a região é uma realidade politicamente e historicamente inventada. Suas características envolvem as

dinâmicas econômico-sócio-culturais próprias que mediatizam as delimitações e demarcações territoriais.

No entanto, como já salientado, a região, parece prevalecer em relação às suas partes, mas destacaremos que é na compreensão das relações entre as partes que se pode compreender a região.

Nos vários argumentos que discutem este tema, percebemos que há um consenso de que não é possível estabelecer critérios capazes de fundamentar as “classificações naturais” das regiões, como se fossem regiões auto evidentes, separadas por “fronteiras naturais”. A fronteira nunca é mais do que o produto de uma divisão a que se atribuirá maior ou menor fundamento na “realidade”, segundo os elementos que ela reúne, tenham eles entre si semelhanças mais ou menos numerosas, ou mais ou menos fortes.

A naturalização no uso do termo região, no entanto, ocorre (como vimos) nas várias abordagens. É a teorização dos processos de disputa pela apropriação das condições da reprodução social, que comporta diversos níveis de abordagem. Desde os níveis do espaço, da materialidade territorial, até os níveis das ações e das representações sociais, percorrendo, desde a escala do lugar, do local e do microrregional, até às escalas supranacional e global.

É por este debate que reforçamos os propósitos discutidos até aqui: compreender a região no conjunto de suas relações ao todo, pela ação que opera sobre esse todo e a influência que este exerce nele.

A região se caracterizaria então por uma “coerência funcional” (Santos, 1996, p.197), assim, a usina hidrelétrica, seu reservatório, os municípios lindeiros, suas obras de compensações proporcionam arranjos espaciais, independente do tempo de duração dessa coerência, que por sua vez, permitem aplicar os conceitos acima discutidos.

Entendemos também que unidade política em questão (a região) também é formada por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações. Na nossa revisão bibliográfica pudemos constatar que os argumentos teóricos que outros

pensadores do tema usam para determinar o que é região saúde, estão mais próximos do conceito de espaço geográfico, do que de região como expomos anteriormente.

A região de saúde não pode ser pensada pela região da geografia clássica. Existe a necessidade de apropriarmos do processo de difusão patológica em tempos científicos e informacionais. Corre-se o risco de se pensar uma região desconectada com a realidade em si. E neste sentido, concordamos com esta leitura, apesar de se polemica, pois o processo saúde-doença não é apenas um fator isolado, as ações do sistema de saúde devem levar em conta esta nova realidade que os totaliza, todos estão sob efeitos do lago da usina.

A totalidade de se pensar a região de saúde deve sempre expressar o movimento, a até porque a que se busca é acima de tudo, a vida. A região de saúde pode ser pensada, também em seus pares dialéticos do movimento da totalidade, deixando apenas a ideia da região homogênea.

Pensar a região de saúde no contexto da totalidade permite também, a região de suas particularidades. Os operadores do SUS podem enxergar esta região de saúde.

Este enfoque centrado na categoria de totalidade não diminui, nem desvaloriza, o conceito de região, segundo Milton Santos, somente faz transparecer a dialética entre esses conceitos, que são, também, realidades inseparáveis, pois um depende do outro para sua explicação e para a realização de práticas sociais.

2.3 - A REGIÃO COMO RECORTE DE AÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Tendo em vista, o debate sobre a categoria “região” para a Geografia, o Ministério da Saúde, como o principal operador do SUS, reconhece e se apropria, no caso, da região de saúde, como categoria de análise no reconhecimento dos fluxos de referência, mecanismos de regulação e financiamento.

Ao pensar na dinâmica da regionalização da saúde nos termos acima discutidos, o Ministério da Saúde sinaliza por meio das portarias e documentos oficiais em querer aperfeiçoar o sistema funcional do SUS.

Para nós, este esforço na organização da assistência à saúde atualizada com a produção social da saúde, permite argumentar que é possível conceber uma região de saúde a partir de uma usina hidrelétrica. Desta forma, contribuiremos de forma efetiva na melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, buscando minimizar seus problemas, independentemente do nível de complexidade necessário.

Entendemos que estamos no mesmo itinerário que o Ministério da Saúde na constituição de estratégias prioritárias para um bom funcionamento do SUS a partir de regiões, porém na divergimos de como formatar a região.

Ao revisarmos sobre os vários documentos publicados pelo Ministério da Saúde que mostram quais são os parâmetros que vão orientar, o consenso sobre a constituição de mecanismos mais adequados de supervisão e o controle para garantir o direito à saúde existem.

Segundo o próprio Ministério, a região de saúde definida por eles favorece a gestão pública com uma maior cobertura e entrega mais oportuna dos serviços e contribui para a flexibilização e seu ajustamento às necessidades locais. Entretanto, a regionalização idealizada requer, primeiramente, a definição de uma base territorial, pois as ações correspondentes se dão em territórios concretos, onde as pessoas vivem, trabalham, constroem redes de relacionamento e exercitam o poder. É aí que encontramos nosso afastamento teórico.

Por essa razão, o que o Ministério da Saúde (2004) almeja é que a regionalização se dê por meio de um processo de constituição de regiões de saúde, que são definidas como recortes territoriais, de abrangência imediatamente acima da esfera municipal, compostas por um ou mais municípios, com o fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde.

Apesar de a regionalização estar prevista na Constituição Federal de 1988 e nas leis e portarias citadas no capítulo 1, como mecanismo de descentralização, integralidade e hierarquização da saúde, é apenas com a instituição das Normas de Assistência à Saúde - NOAS (2001 e 2002) que a regionalização passa a ganhar significado e peso dentro do sistema.

Percebemos substanciais e interessantes trabalhos que buscam compreender a região de saúde (como discutimos a região geográfica), na sua formação, a partir do movimento que vai do universal ao particular. Entretanto, perante o mundo globalizado, algumas diretrizes que o Ministério da Saúde demonstram uma outra preocupação. Partem da realidade homogênea, ou seja, do particular, em direção ao mundo complexo e dinâmico, o universal.

De fato, a regionalização normativa proposta pelo Ministério da Saúde inaugurou o debate sobre as regiões de saúde e sobre a necessidade de se pensar o sistema a partir do seu funcionamento no território. Por outro lado, tornou evidente que uma visão estritamente normativa sobre o sistema de saúde é facilmente contestada pelo território usado, isto é, pelo território vivo (SANTOS,1999), pois os pactos pela saúde são travados nos lugares, onde de fato se constituem os sistemas locais e regionais de saúde. Nos dá a impressão que toda a discussão acumulada da Geografia não foi levada em consideração.

Ao nosso ver, essa contradição gerada pela regionalização normativa, por não se vincular aos diversos conteúdos locais e regionais do território usado, tornou insustentável o processo de regionalização da saúde, levando o próprio Ministério da Saúde a questionar as propostas instituídas pela NOAS em 2004.

Desde então, a conformação da regionalização da saúde, como opção de planejamento e gestão do SUS, vem ganhando reforços nos argumentos de que é preciso levar em conta a extrema heterogeneidade do território brasileiro e buscar a complementaridade entre as regiões e seus serviços.

Assim como os documentos oficiais (Brasil, 2002; Brasil, 2004) apontam, um dos principais desafios, hoje, para o desenvolvimento e

fortalecimento do SUS é, portanto, pensar a região de saúde a partir de novos critérios e conteúdos que deem conta da realidade do Brasil e que não engessem as políticas, os acordos e compromissos intergovernamentais em um único formato, parece que mesmo que tardiamente, apontamos para uma possível assimilação de esforços, porém, ainda existe muita coisa a se fazer.

Segundo Toni e Klarmann (2005: p.2), o conceito de regionalização utilizado pelo SUS (pela orientação da NOAS), ainda é problemático. Os autores afirmam que existem três critérios que o estruturam a determinação das regiões de saúde, o primeiro é a polarização, onde uma região polarizada pode assumir:

(...) a hipótese da polarização espacial a partir de um campo de forças que se estabelece entre unidades produtivas, centros urbanos ou aglomerações industriais. Aqui a análise de fluxos de produção e consumo, das conexões intra e inter-regionais assumem absoluta relevância porque revelam a rede e a hierarquia existente.

O segundo critério é a homogeneidade, onde a possibilidade de agregação territorial se dá a partir de características uniformes e o terceiro é o planejamento - quando a região em questão deriva da aplicação de critérios político-administrativos instrumentalizados na atividade de planejamento.

Infelizmente não se pode acreditar que a união dos três critérios, apontados pelos autores supracitados, possam estabelecer os critérios da regionalização adotado pelo SUS. Esta preocupação fica também evidente no trabalho de Guimarães (2006), ao examinar o conceito de região de saúde concebida na NOAS.

O autor entende que esta lógica de organização de ações sugere a delimitação de um espaço contínuo, no que diz respeito a uma parte de alguma unidade da federação, e a sua materialização é determinada pela interdependência funcional e pela polarização de um determinado município-sede, com um raio de abrangência de outros municípios vizinhos por meio dos fluxos entre os serviços de saúde de suas aglomerações

urbanas, envolvendo um conceito operacional com vistas à intervenção dos planejadores.

Esta regionalização presente na NOAS reforça uma tradição das políticas territoriais do Brasil, que sempre trabalhou com uma concepção hierárquica e geométrica da região, bem ao estilo do IBGE:

Trata-se de uma concepção hierárquica na qual há uma tendência à racionalização das atividades, que se faz sob o comando de uma organização que detém informações privilegiadas, sob a primazia das normas. É também uma concepção geométrica do espaço; parte-se do pressuposto de que os níveis crescentes de abrangência – dos módulos assistenciais aos territórios estaduais – referem-se a subtotalidades que comporiam a totalidade do espaço do SUS, como um imenso e complexo mosaico (GUIMARÃES, 2006, p. 322).

Assim, a partir desse arranjo administrativo-gerencial, a regionalização a partir do NOAS, oferecer a população, o atendimento integral em todos os níveis de atenção do sistema — primário, secundário e terciário, localizados em áreas geográficas delimitadas com populações definidas.

Ou seja, organiza-se um polo assistencial que articule a rede de serviços de saúde de vários municípios ou estados para dar “cobertura” a um contingente populacional delimitado, a partir da capacidade instalada de cada unidade sanitária tendo como horizonte o que cada uma produzia em relação às ações de proteção e recuperação da saúde (GONDIN, MONKEN, ROJAS, BARCELLOS *et al*, 2006).

Outro ponto que também devemos destacar é que a regionalização proposta, representa a fragmentação do território estadual segundo agregados de municípios. Dessa forma, os preceitos de hierarquização, contidos na orientação da NOAS, podem denotar um modelo de organização dos serviços de saúde no qual o nível superior é mais importante do que o nível inferior.

O município para o SUS é importante, entretanto, o arranjo federativo não permite que ele usufrua de tal condição. Tal compreensão encontra raízes no próprio modelo federativo do Estado brasileiro. Vejamos o porquê.

Muito embora seja correto afirmar, à luz da Constituição, que no Brasil existe um pacto federativo formado por União, Estados, Distrito Federal e Municípios, na verdade tal afirmação deve ser vista com crítica e reserva. Segundo Bonavides (1997), no Brasil nunca se estabeleceu um pacto, mas apenas um simples arranjo federativo, feito às avessas dos modelos pensados e consagrados na experiência de outros países.

O autor cita os casos ocorridos nos Estados Unidos e na Suíça. Nestes países, por exemplo, regiões autônomas decidiram juntar-se para formar a Federação, abrindo mão de sua soberania e celebrando um pacto de verdade que nasceu de baixo para cima. No Brasil ocorreu uma inversão – ou invenção – que em nada correspondia ao modelo federativo tradicional: os Estados foram criados e “ganharam” uma autonomia que não tinham, ao passo que as instâncias municipais, que já existiam, foram deixadas de fora da Federação, em patamar inferior ao dos Estados e sem autonomia.

Mas a partir da Constituição de 1988, o município brasileiro, até então simples parte integrante do Estado-Membro, foi alçado à condição de ente federado, passando a ser personagem autônomo do denominado Pacto Federativo. Uma transformação significativa do ponto de vista político.

Em razão disso, é certo que a realidade do município sofreu grandes modificações, decorrentes de seu inédito papel no novo padrão de organização federativa que a Constituição implantou. Essas modificações configuraram-se, principalmente, nas mudanças ocorridas, principalmente na questão da distribuição dos recursos tributários e no processo de descentralização das políticas públicas de saúde, que conferiu ao município novas responsabilidades.

Para o SUS, a regionalização dos serviços, tem na municipalização um forte componente de articulação (regionalização e a municipalização) e de efetivação. E tudo isto se daria por meio de um movimento sincrônico de descentralização x centralização das ações, considerando os serviços de

saúde existentes no município como os principais responsáveis pelo atendimento à sua população.

Neste recorte operacional, o nível regional composto por agregados de municípios ou estados com serviços de diferente complexidade, se encarregaria de atender a população circunscrita nestes municípios desse pólo de atenção. Assim, um município que tivesse um serviço de maior complexidade — atenção terciária — poderia atender a população de vários municípios e estados sob a égide desta proposta de regionalização.

No entanto, até hoje, um importante componente espacial não foi considerado nesta proposta para o desencadeamento desse processo: a heterogeneidade da malha municipal do país.

Sabemos que esta malha municipal é caracterizada por grandes disparidades jurídico-político e operacional. O IBGE (2003) aponta em um trabalho intitulado: O mapa da pobreza e da desigualdade no Brasil, que podem ser observados dois grandes grupos de municípios, de um lado, aqueles com mais de 1.000.000 de habitantes, com grande potencial político, administrativo e financeiro, e, de outro, os que não atingem uma população de 5.000 pessoas — com baixa capacidade operacional e pouca autonomia. Isto não pode ser empecilho para pensarmos o SUS e a região de saúde, mas o ponto de partida.

A contribuição geográfica tem a possibilidade de superar a visão dicotômica de algumas regiões fadadas a ter todo tipo de problemas e outras a ter abundância. Assim como nas políticas de saúde da primeira República, que tiveram um papel importante na criação e no aumento da capacidade do Estado de intervir sobre o território nacional, a proposta de regionalização da saúde, em vigor, poderá representar apenas a presença e controle das instituições estatais sobre o território a partir do centro, da autoridade no plano nacional (GUIMARÃES, 2006). O que desconsidera todo o debate acumulado até aqui.

A Geografia já vem contribuindo no avanço da leitura espacial para se pensar a Saúde e o Meio Ambiente e, por que não, colaborar com o SUS. O professor Milton Santos, em uma de suas últimas conferências, no I

Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento¹⁷ chamou atenção para alguns aspectos importantes para avançarmos neste debate.

Em sua aula magna, Santos (2003), alertou para que não caiamos em determinismos racionais, pois o cientista não pode perder a capacidade de postular, mesmo de forma utópica. Ao refletirmos sobre qualquer categoria analítica geográfica, lembremos, são categorias usadas pelos homens, isto é, o espaço vivido pelos homens, sendo também, o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições. Cada vez que tratamos a questão dos recursos (técnicos) com autonomia, estamos abandonando a utopia, por conseguinte estamos renunciando a ser humanos (2003, p.311).

Para que a reflexão sobre a região não fique apenas como um instrumento operacional sem qualquer efeito na sociedade, os argumentos que a professora Bertha Becker (2000), acompanham a ideia de Santos (2003), ao expor que uma região (lugar) social e ambiental seria autodeterminada pelo processo de regionalização da valorização da vida, ou seja, da possibilidade (ou necessidade) de construir esse “novo” lugar (região), onde o desenvolvimento resultaria, por um lado, da dinâmica econômica, e do outro, da dinâmica socioambiental de valorização da vida, o que configuraria para ela, o processo de desenvolvimento contemporâneo.

As diferenciações inter-regionais e municipais deveriam ter sido consideradas de forma mais radical para o sucesso na implementação da municipalização proposta pelo SUS, pois sabemos da importância de se atuar sobre os problemas de saúde, considerando a efetividade das intervenções, e as condições técnico-patogênicas, informacionais dos locais, das regiões ou interregionais.

Apesar de estar em aberto a possibilidade de adaptações e alternativas operacionais segundo as especificidades dos territórios, sem fazer menção ao nível municipal, vislumbramos outras possibilidades de

¹⁷Evento que fez parte do centenário da Fundação Oswaldo Cruz – RJ, no dia 12 de julho de 2000. Milton Santos faleceu em 2001 em sua homenagem, seu discurso foi publicado em 2003.

articular com outros elementos que podem servir de instrumentos de referência para se pensar a região de saúde.

As regiões de saúde, como já explicitamos, devem propiciar a organização da rede de serviços e ações de saúde para atender e assegurar os princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, possibilitando a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fortalecimento do controle social.

Desta forma, segundo a legislação, a rede de atenção à saúde pode ser pactuada tanto em relação aos recursos materiais, financeiros e humanos quanto no que tange às responsabilidades e ações complementares entre os entes federados, como por exemplo, a construção de grandes obras de infraestrutura, que são compartilhadas por vários municípios, tais como estradas, portos, assentamentos rurais, urbanos e principalmente, as usinas hidrelétricas.

Santos (2006) lembra que a localização de infraestruturas é resultado de um planejamento que, sobretudo, interessa aos atores hegemônicos da economia e da sociedade, e citando Horkheime (1976):

"(...) na medida em que o processo de racionalização não é mais o resultado de forças anônimas do mercado, mas é decidido pela consciência de uma minoria planejadora, também a massa de sujeitos deve ajustar -se: o sujeito deve, por assim dizer, dedicar todas as suas energias para estar "dentro e a partir do movimento das coisas" nos termos da definição pragmática" (SANTOS, 2006, p.203 *apud* HORKHEIMER, 1976, p. 107).

Firkowski e Timbó (2004) ao estudarem a experiência de pensar o regional obtida no campo da Assistência Social no Estado do Paraná, apontam a necessidade de levarmos em conta a visão dos múltiplos atores que materializam o processo de regionalização, pois para os autores a região foi vista(...) como uma estratégia para instigar o conflito de interesses entre os atores envolvidos nesta política (usuários da assistência, prestadores de

serviço, gestores, sociedade civil, conselheiros, entidades sociais, servidores públicos) (...) (2004, p.20)

Todavia refletir a respeito das questões materializada pela usina hidrelétrica criam possibilidades de novos arranjos regionais. Estas também implicam em que ultrapassemos os limites políticos das unidades federadas.

O amparo legal já existe com a criação dos Consórcios de Saúde, através da Emenda Constitucional (EC Nº 19/1998), que instituiu essa modalidade de cooperação federativa, a qual estabelece normas da contabilidade pública para a gestão financeira e orçamentária de ambientes pactuados, como o das regiões de saúde refinando a normatização e dinamizando as questões concernentes ao financiamento solidário e seu funcionamento.

De fato, em revisão das normas e diretrizes do SUS foi possível perceber avanços conceituais, porém, ainda é possível evidenciar arranjos regionais organizacionais bastante inflexíveis, com hierarquia rígida, fundamentadas ainda na tradicional visão "ibgeiana", enfim, ainda bastante influenciados pelo modelo flexneriano como paradigma burocrático. O SUS, para fazer de seus princípios e diretrizes uma realidade, não poderá conviver com regiões com tais características, exigindo uma transformação nestas organizações e na forma de geri-las.

Desde a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/2001) pelo Ministério, entendemos que há esforços de se buscar imprimir maior racionalidade ao sistema de saúde brasileiro. Comprovam esta assertiva através de novos conceitos que envolvem a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

A construção do Sistema Único de Saúde passa, inexoravelmente (embora não apenas), pela reforma das suas regiões de saúde. É fundamental que os pesquisadores que se dedicam a área da saúde pública voltem seus olhares para o funcionamento das regiões de saúde, buscando tanto a verificação dos principais problemas vividos por elas, e também meios para a sua superação, quanto a visualização de novas experiências de gestão que possam servir para orientar novos estudos e novas práticas.

2.4- OS RECORTES REGIONAIS DE FATO

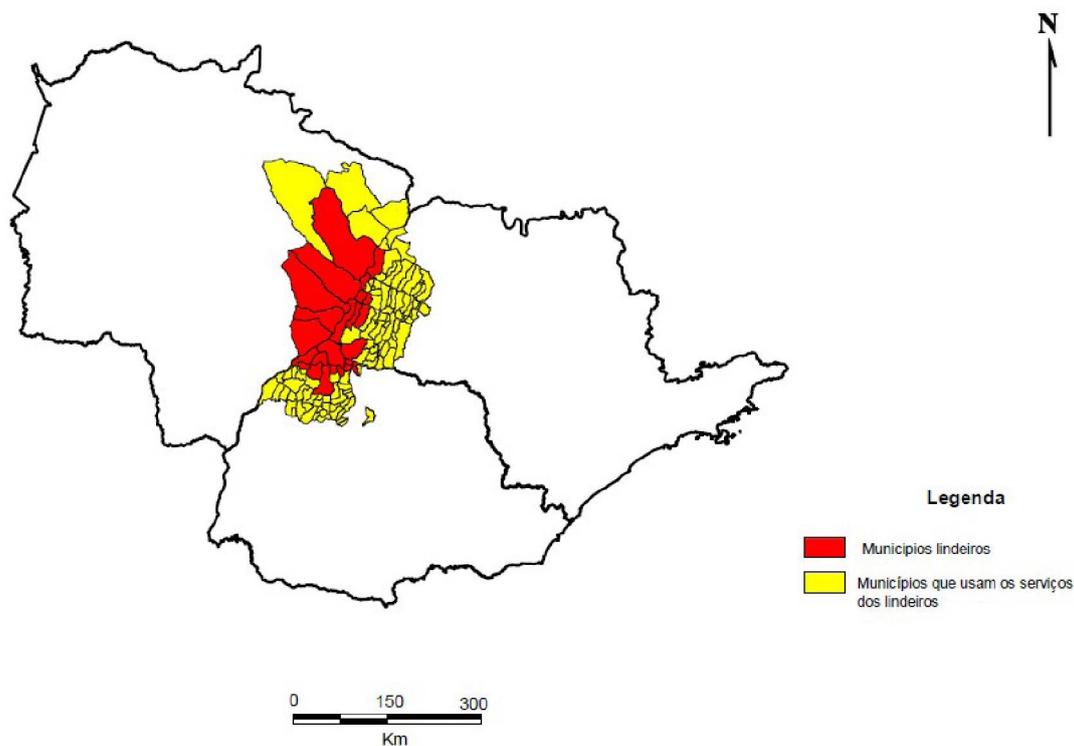
São muitos os arranjos regionais possíveis e inestimáveis as contribuições oriundas de cada um deles para o debate regional. As rápidas e profundas mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro com o advento do SUS não foram acompanhadas por correspondentes mudanças nos métodos e estruturas das organizações de saúde, que permaneceram os mesmos vigentes no paradigma metodológico do IBGE. Neste momento, vamos destacar que a usina hidrelétrica cria condições empíricas para uma análise geográfica da região em questão. Este destaque será desenvolvido nos municípios listados na tabela 1 e 2.

Para avançarmos na nossa discussão, faremos um exercício utilizando critérios e dados oficiais do REGIC - IBGE (2007), para os serviços de saúde, utilizando o recorte regional em destaque. Embora o REGIC mapeie apenas a relação principal da matriz da rede urbana, composta pela síntese dos relacionamentos entre os vários níveis hierárquicos de centros, todavia entendemos que este é um conjunto de importantes indicadores de ligações entre os municípios.

Cabe analisar em que medida tais inter-relações permitiriam pensar a questão da regionalização dos serviços de saúde, uma vez que indicadores de fluxos podem oferecer referenciais iniciais para se medir o grau de articulação entre os municípios limítrofes permitindo, inclusive, aferir entre quais municípios há um maior número de conexões, suas direções e revelar assim, o recorte regional de fato.

Com os dados originais do estudo, procedemos da seguinte maneira. Primeiramente, buscamos a identificação de suas similaridades internas, que no nosso caso são todos os municípios limítrofes ao reservatório das usinas de Rosana e Porto Primavera, identificados como região homogênea. Em um segundo momento, estabelecemos os municípios emissores e seus principais destinos, estabelecendo uma rede dos municípios que usam os serviços de saúde. Vejamos a figura 7.

FIGURA 7 - MUNICÍPIOS LINDEIROS, EMISSORES E RECEPTORES EM SERVIÇOS DE SAÚDE - 2007.



Organização: Ribeiro, 2011

Esta figura permite mostrar uma região interestadual conectada pelos serviços de saúde e esta, por sua vez, ultrapassa a região limdeira (em destaque de vermelho).

Para determinarmos a importância de cada município diante de suas conexões, definimos as regiões de influência, com base nas redes de transportes que conectam as cidades¹⁸ e as indicações de referência para a prestação de serviço de saúde. Verificando a posição geográfica destes municípios, todos estão dentro de um raio de 200 km máximo de distância ou que demore em até 2h30min de viagem de ambulância¹⁹.

Este dado foi possível averiguar em função da geocodificação dos dados que utilizamos no estudo. Ou seja, utilizando a rede de estradas,

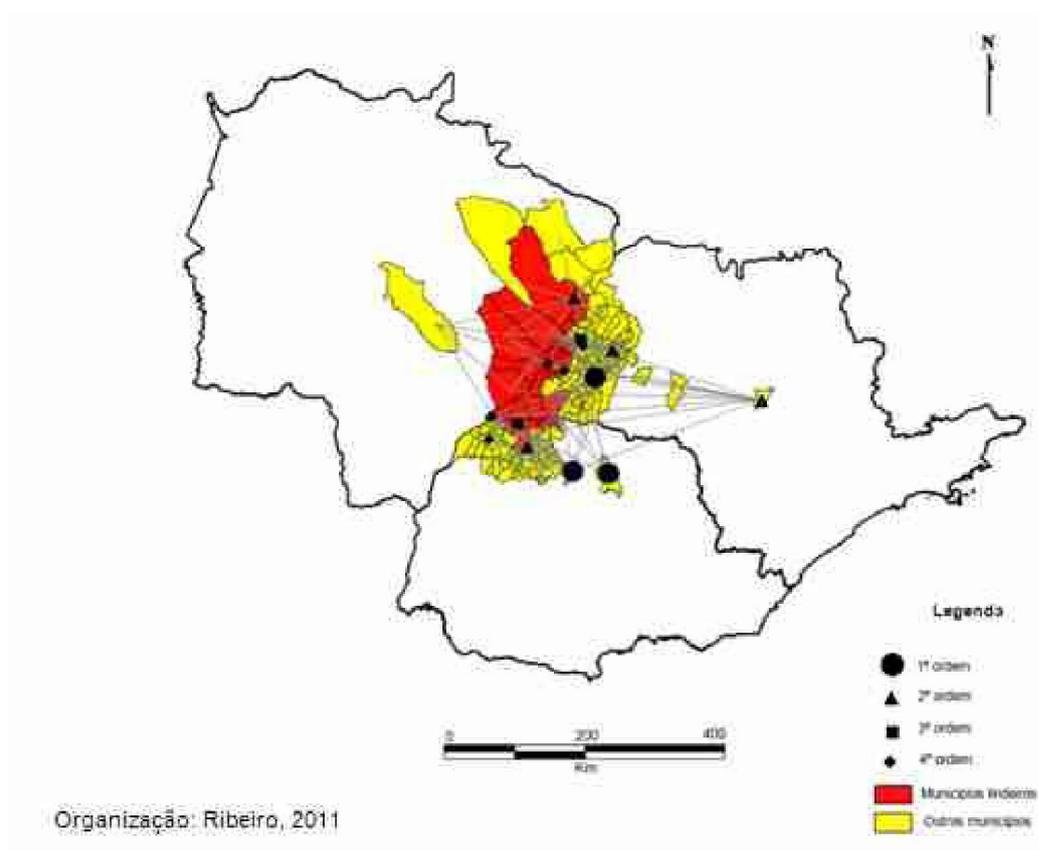
¹⁸Verificar em anexos o provável itinerário e o tempo gasto de cada município.

¹⁹Este resultado é dimensionado a partir do provável roteiro que uma ambulância percorreria a determinada velocidade, resultando em um tempo de viagem até ao município destino. Ver detalhes em Anexo.

qualquer município que esteja dentro deste raio de cobertura, indicou na pesquisa do REGIC os municípios acima em destaque como centro de referência em saúde.

Chamamos a atenção do leitor que com a instalação das usinas, houve uma ampliação da rede de estradas que conectam os municípios que sofreriam obras compensatórias na bacia de inundação. O que permite, hoje, uma conexão maior entre as cidades lindeiras, do que antes da formação do lago. Desta forma, obtemos o arranjo regional mostrado na figura 8.

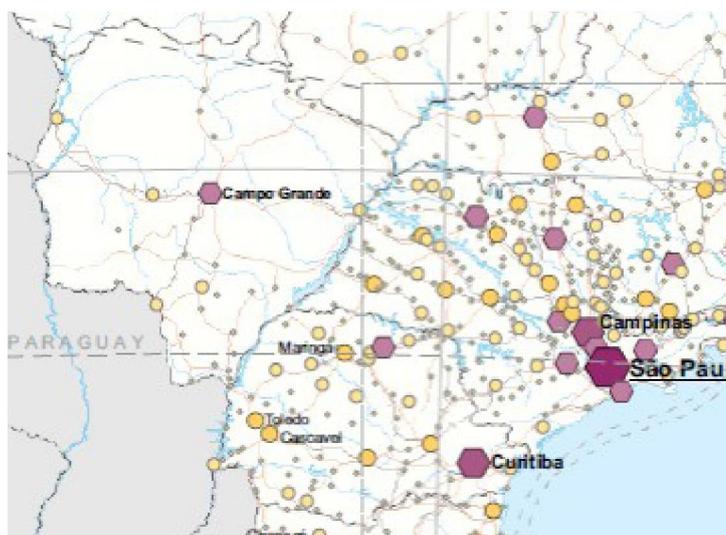
FIGURA 8 -REGIÃO DE INFLUÊNCIA E SUAS CONEXÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE - 2007.



Mais uma vez, os municípios reforçam a conexão interestadual, porém indicando alguns municípios fora dos lindeiros a relevância na prestação de serviço de saúde, no caso o de alta complexidade, como é o de Presidente Prudente (SP), Jauá (SP), Maringá e Londrina (PR). Este arranjo

permite comparar com a própria publicação do IBGE de 2007, onde temos a ordem observada na figura 9.

FIGURA 9 - SERVIÇOS DE SAÚDE BRASIL (RECORTADO) - 2007



Fonte: REGIC/IBGE, 2007, p.156; Organização: Ribeiro, 2011.

Na figura 9, pode se observar que as cidades como Maringá, Londrina e Presidente Prudente, dentro da escala nacional na prestação de serviço de saúde estão classificadas em quarta, terceira e quinta ordem.

Entretanto, quando tratamos das relações com os municípios lindeiros, estes ganham um peso maior. Haja vista que as indicações de cada município lindeiro não apontam para nenhum centro de 1º ordem nacional segundo a pesquisa do IBGE, todos apontam para estes centros regionais já citados. Tudo isto nos motivou a pensar este ordenamento de outra maneira.

Redimensionamos a ordem da influência, para apenas os municípios em estudo. Utilizamos a mesma nomenclatura do REGIC, e colocamos Maringá, Londrina e Presidente Prudente como centro de referência de 1º ordem, conforme destacamos na figura 7, com um círculo negro. Os demais municípios estariam enquadrados da seguinte maneira, triângulo para os

municípios de 2º ordem, quadrado para os 3º ordem, e losangos para os de 4º ordem. Os municípios apenas emissores não receberam nenhum destaque. Lembrando que todos os municípios estariam de acordo com os critérios de conexões do REGIC.

Desta forma, alguns municípios limieiros são indicados como centro de referência de saúde de nível intermediário, no caso 2º ordem, como é caso de Rosana - Primavera (SP), Três Lagoas (MS), Bataguassú (MS) e Presidente Venceslau (SP) e Paranaíba (SP), tanto para os municípios afetados diretamente ou não pelo reservatório.

O que nos chama atenção para este fato é, com exceção de Bataguassú, a rede de transporte se faz pela presença da usina hidrelétrica nas demais localidades. Todos estes municípios dependem da infraestrutura materializada com a construção da usina, como o caso de uma ponte ou mesmo a própria barragem servindo de ponte e, assim, conectando os municípios com os demais. Este tema, por sua vez, será discutido no capítulo a seguir.

Saliente-se, no entanto que, ao aplicarmos esta metodologia, entendemos que essa concepção tradicional de hierarquia urbana nem sempre dá conta das relações concretas travadas entre as cidades do interior desta região apresentada.

Foi possível identificarmos que os municípios limieiros têm conexões de grau intermediárias (2º e 3º ordem) com os próprios municípios vizinhos e não limieiros. Verificamos também a existência de conexões com outros municípios (com menores ligações) que estão além das fronteiras dos reservatórios. No entanto, todos os municípios desta região dependem de serviços de alta complexidade em municípios não afetados pelas usinas.

Os usuários destes municípios, por conta das informações de internação, deslocam-se para serem atendidos por serviços de saúde de alto grau de complexidade. Este fato evidencia que o recorte regional do estudo representa uma região de fato, na medida em que oferta equipamentos e serviços de saúde.

Associando estes critérios, uma primeira aproximação dessa delimitação pode ser obtida por meio da leitura cartográfica da distribuição geográfica das cidades que necessitam de prestação de serviços de saúde, localizadas no entorno imediato de três cidades que contam com ligação por mais de uma rodovia que no caso são: Presidente Prudente (SP), Maringá e Londrina (PR). E que as cidades intermediárias, todas que formam a região lindeira estão conectadas e beneficiadas por vias que foram materializadas pelas usinas hidrelétricas.

Não é novidade, com a disseminação dos automóveis, as distâncias, as relações entre as cidades já não seguem mais o tradicional esquema hierárquico, pois atualmente já é possível falar da existência de uma nova hierarquia urbana, o que permite também pensar em uma região de gestão de saúde dentro da qual a relação da cidade lindeira pode ser travada com a cidade que fica no máximo 200 km de distância.

A questão colocada é eminentemente política, o que depende, fundamentalmente, de considerar a tradição das políticas territoriais e até mesmo a questão federativa no país.

Na tradição político administrativa brasileira, a região sempre foi mais uma escala de intervenção do que de administração. Assim, as regiões responderam muito mais à centralização do que à descentralização.

Criamos um problema interessante. Há um déficit entre os processos sociais que insistem em mostrar a integração regional e o processo político, que insiste em fragmentar, devido a nossa geometria do poder, o espaço integrado. O resultado disso é que, exceção feita para casos como o nosso, o poder público não é capaz de estimular um pensar regional para além do reconhecimento da polarização tradicional do IBGE.

No que tange à dimensão da região lindeira aos lagos, podemos afirmar que a mesma está relacionada à oferta dos equipamentos que os municípios usufruem dentre seus serviços ofertados. Se a região considerada, exige uma grande oferta de serviços de saúde e com poucos equipamentos, esta será complementada em outros municípios.

Entretanto, para que não exista uma oferta complementar a este serviço, faz-se necessário que exista uma redistribuição mínima para o mesmo. A essa demanda mínima está intrinsecamente relacionada com as condições materiais existentes em cada município. De maneira análoga, existe uma distância máxima que os interessados em usufruir de tal serviço dispõem-se a percorrer.

Na literatura da saúde, os serviços de saúde devem ser organizados obedecendo-se à uma hierarquia entre eles, de tal modo que as questões menos complexas sejam atendidas em local de menos recursos. Aproveitar este arranjo de municípios permitirá o aproveitamento de uma organização do SUS com características da região de fato, nesse sentido, reforçando o papel da regionalização como principal estratégia da descentralização das políticas de saúde.

Este exercício indica um caminho, sobretudo, ao um processo político de lida com a diversidade do próprio SUS e a sua relação com as desigualdades do território brasileiro. Reconhecer os arranjos provocados por uma usina permitirá enfrentar uma das facetas desta diversidade.

Porém, a região criada a partir da usina hidrelétrica também permite discutir a respeito da questão do financiamento do sistema. Sabemos que este tema tem sido um dos maiores desafios no processo de ampliação do SUS.

Os vários discursos a despeito da escassez de recursos para o investimento, para muitos, um problema permanente, para este caso tem particular importância. As usinas, por meio da participação e repasse de recursos como royalties e compensações financeiras pelos impactos causados, podem contribuir para o reforço no orçamento, investindo na infra-estrutura e melhoria dos serviços de saúde. É o que veremos no capítulo a seguir.

A regionalização da saúde depende muito da organização do sistema como acesso, infra-estrutura, financiamento, programas, etc. Assim, a regionalização em debate deve ser encarada dentro do processo de distribuição de recursos oriundo das usinas no âmbito de planejamento

entre entes federados – não necessariamente contíguos territorialmente, porém solidários organizacionalmente pelos usos dos equipamentos.

Esperamos que a regionalização não resulte, obrigatoriamente, na delimitação, nomeação ou até mesmo na hierarquização de uma região contínua, mas, sim, na possibilidade de acordos políticos regionais, embasados por informações coerentes com a dinâmica dos fluxos e do uso dos fixos da mesma.

No capítulo a seguir, abordaremos a importância que recursos financeiros oriundo das UHE podem ajudar no investimento na consolidação da regional de saúde. A construção de equipamentos públicos de uso coletivo pode ser subsidiado por um planejamento a partir do aporte dos recursos financeiros que os municípios limítrofes recebem das empresas licenciadas a operar as usinas hidrelétricas. Os equipamentos já materializados já evidenciam que isto é possível.

CAPÍTULO 3 - A USINA HIDRELÉTRICA E SEUS RECURSOS PARA UMA REGIÃO DE SAÚDE.

Como já afirmado anteriormente, insistimos que a regionalização da saúde depende muito da organização do sistema. É neste capítulo que discutiremos o porquê uma região (re)formada por usina(s) hidrelétrica(s) deve ser sujeito de direitos no do processo de distribuição de recursos oriundos das usinas no âmbito de planejamento entre entes federados, ainda que não necessariamente contíguos territorialmente, mas sim solidários em termos de organização para o uso de equipamentos.

A região em questão pode, de fato, não ser uma região contínua de saúde, diante das possibilidades de acordos políticos regionais, embasados por variáveis e indicadores econômicos que mostrarão suas possíveis conexões e articulações na discussão de políticas públicas de saúde para uma região do entorno das UHE.

Acreditamos que um planejamento coerente com o fenômeno estudado permitirá pensarmos em alternativas para o próprio desenvolvimento do SUS. Para avançarmos neste propósito, reiteramos a necessidade de se discutir a questão do financiamento do SUS sob o enfoque da articulação dos equipamentos de uso de uma regional de saúde. Algo que se dará em duas etapas ao longo deste capítulo.

Começemos por tratar do aspecto do financiamento. Como se sabe, as principais fontes de financiamento do gasto público em saúde são, no âmbito da União, as contribuições que incidem sobre o faturamento (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS), o lucro líquido de empresas (Contribuição sobre o Lucro Líquido - CSLL) e recursos fiscais (Recursos Ordinários do Tesouro Nacional). Ressalte-se termos tido por um período considerável a contribuição sobre a movimentação bancária de pessoas físicas e jurídicas (Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira - CPMF). No âmbito de estados e municípios, as fontes de recursos para a saúde são originárias de impostos gerais.

Para este setor, as receitas são orientadas por indexadores nas transferências de recursos federais para o financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS, ou seja, a distribuição de recursos federais guarda uma forte relação com o perfil da capacidade instalada e com a série histórica de gastos informada nas bases de dados de produção e faturamento do SUS. Isto é um efeito limitado no que tange à redistribuição fiscal e redução das desigualdades.

Em uma região onde não exista um contingente populacional expressivo, terá como consequência uma distribuição dos recursos heterogênea. Assim, as maiores cidades sempre receberão mais recursos que as pequenas, como aponta o estudo de Souza (2005).

Entretanto, como observamos no capítulo anterior, um significativo número de equipamentos e profissionais de saúde disponíveis nos ambulatórios, hospitais e serviços de apoio diagnóstico-terapêutico de média complexidade estão nos municípios que são considerados médios ou até mesmo pequenos (Rosana, Bataguassu, Presidente Venceslau e Paranaíba). Estes são os que compõem a entrada das especialidades de média complexidade da região em estudo.

Persistindo esta lógica de financiamento, estas cidades, por conta de sua capacidade de produção e faturamento, irão se expressar de forma bastante heterogênea em relação à demanda necessária, persistindo assim as desigualdades espaciais. Esta situação permite entender a concentração de recursos e serviços nas cidades, dentro da região em estudo, como Presidente Prudente (SP), Maringá (PR) e Londrina (PR) como ficou representado na figura 7.

Sendo assim, surgem algumas indagações a respeito do financiamento regional: como investir em infraestrutura coletiva ou mesmo em equipamentos públicos de saúde num conjunto de cidades médias e pequenas, que potencialmente formam uma região de saúde em torno das UHE? Considerando que é constante a queixa sobre a falta de recursos para o SUS em cada município, de onde sairiam tais recursos? Existiriam estratégias para buscar novos recursos?

Para todas estas perguntas mostraremos que existem, sim, estratégias, recursos, uma rede de comunicação, enfim, uma alternativa para se bem pensar a articulação do SUS em torno dos municípios limdeiros, otimizando recursos e permitindo que os usuários do sistema tenham uma cobertura coerente com a dinâmica regional. Vejamos, então, a seguir.

3.1 - A Região a partir dos recursos

As presenças das UHE na região trazem aos municípios limdeiros um aporte financeiro extra para compensar os impactos negativos de suas construções, especialmente em função da construção de grandes reservatórios e da geração de energia elétrica.

Ao dimensionarmos estes recursos, a região “ganha” um aporte substancial que pode ser investido em estratégias de gestão que beneficiariam a todos. É exatamente isto que entendemos poder ser uma alternativa à questão do financiamento do SUS. Como fundamentação, mostraremos como estes investimentos foram aplicados desde a construção das UHE e que medida eles reverteram no desenvolvimento regional.

Cabe lembrar que até já houve outras estratégias de aporte para o SUS. Lembremos o tributo sobre a movimentação financeira que deveria financiar o SUS, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Criada em resposta a um contexto emergencial, ao menos evitou a queda dos recursos federais destinados à saúde, mas não confirmou as expectativas de sua ampliação na oferta de equipamentos e principalmente porque outras fontes reduziram seus aportes²⁰.

Outra foi a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, que, por exemplo, constituiu nova tentativa de garantir e expandir os recursos das políticas públicas de saúde. Sobre esta, podemos dizer ter sido apenas parcialmente bem-sucedida, pois ainda falta sua regulamentação.

²⁰<http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u355193.shtml>, acesso 14/07/2010.

Esta proposta também gera discussões, pois no caso da União, a vinculação ao Produto Interno Bruto (PIB) limitou o potencial de crescimento dos recursos. Estados e municípios até tiveram expansão em suas destinações ao setor, mas ainda não há consenso na implementação da Emenda nº 29, cujas diretrizes permitem gerar disparidades no esforço alcançado em cada ente da federação.

Enquanto não se dá a regulamentação da Emenda nº 29, muitos municípios ainda buscam alternativas fiscais para aumentar o investimento na saúde, o que é pouco.

Os municípios que participam da matriz hidrelétrica, em função da construção de grandes reservatórios e da geração de energia elétrica, desfrutam de uma possibilidade ímpar. Todos recebem um aporte financeiro extra para compensar os impactos nas diversas escalas, desde as relacionadas à coletividade que vive no seu entorno, passando pelos equipamentos de infraestrutura, até o próprio meio ambiente.

Tem-se, de fato, que os municípios lindeiros sofrem uma nova configuração, absorvendo um novo arranjo produtivo espacial associado à construção e à operação de uma usina, enquanto os benefícios energéticos são distribuídos às demais regiões do país.

Diante disto, argumentaremos que os recursos originários das UHE podem ajudar a fomentar o investimento necessário na área de saúde, pois são recursos que não podem ser aplicados com folha de pagamento, ou seja, devem ser aplicados em infraestrutura que consuma grandes volumes de dinheiro. É sabido que os recursos são distintos por razões técnicas, todavia todos os municípios estão envolvidos pelos reservatórios e os impactos gerados são também distribuídos entre todos, porém igualmente.

Tendo em vista essa percepção, passaremos a discutir, em função de suas características, a importância da compensação financeira e dos *royalties* pela exploração dos potenciais hidráulicos.

3. 2 - Compensações Financeiras e *Royalties*: Aspectos gerais

No caso brasileiro, as compensações financeiras devido à exploração de recursos naturais em território nacional decorrem do pressuposto de que estes constituem propriedade da União.

O artigo 20 da Constituição Federal de 1988 estabelece que os potenciais de energia hidráulica e os recursos minerais existentes no subsolo, na plataforma continental, no mar territorial ou em zona econômica exclusiva do território brasileiro estão entre os bens da União.

Seguindo esta diretriz, o parágrafo primeiro do mesmo artigo assegura aos Estados, Distrito Federal, Municípios e órgãos da administração direta da União o direito ao recebimento de compensação financeira ou participação no resultado da exploração daqueles recursos.

As compensações financeiras referentes à exploração de petróleo ou gás natural, recursos hídricos para fins de geração de energia elétrica e demais recursos minerais foram instituídas pela Lei 7.990/1989. A legislação determina que o pagamento das compensações deva ser realizado mensalmente e diretamente aos beneficiários até o último dia útil do segundo mês subsequente ao do fato gerador, devidamente atualizado pela aplicação de fator de correção monetária. Ainda no aspecto da jurisprudência, há o entendimento de que as compensações são receitas patrimoniais originárias do Estado, devidas em contrapartida à exploração de recursos naturais que constituem patrimônio público. Assim, diferentemente das receitas tributárias convencionais, não podem ser utilizadas nas despesas com o quadro permanente de pessoal dos entes governamentais, tampouco no pagamento de dívidas, à exceção daquelas para com a União e suas entidades.

De modo geral, as receitas das compensações deverão ser aplicadas em projetos que, direta ou indiretamente, revertam em benefícios para as comunidades locais na forma de melhorias em infraestrutura e qualidade de vida e ambiental.

No caso da compensação financeira pela utilização de recursos hídricos para fins de geração de energia elétrica, esta foi estabelecida como contrapartida pela concessão ou autorização para a exploração de potencial hidráulico.

A compensação deve ser paga pelo titular da concessão (concessionário) e ter como beneficiários alguns órgãos da administração direta da União e, principalmente, os Estados (incluindo o Distrito Federal) e os Municípios em cujos territórios se localizam as usinas hidrelétricas, ou que tenham áreas atingidas pelas águas de seus reservatórios.

É possível observar a distribuição espacial dos municípios que são atingidos por barragens no Brasil na figura 1 , na introdução.

Até 2009, a Compensação Financeira era recolhida por 137 usinas hidrelétricas, que pagavam anualmente um montante superior a R\$ 1,1 bilhão. Deste montante arrecadado, cerca de R\$ 507 milhões foram distribuídos para 687 municípios atingidos por usinas hidrelétricas (ANEEL, 2009). É o que podemos ver na tabela 3:

TABELA 3 - NÚMERO DE MUNICÍPIOS POR ESTADO ATINGIDOS POR UHE

	Nº de municípios	% em relação ao total
Amazonas	3	0,4
Alagoas	3	0,4
Bahia	34	4,9
Ceará	2	0,2
Distrito Federal	1	0,1
Espírito Santo	7	1
Goiás	46	6,6
Mato Grosso	11	1,6
Mato Grosso do Sul	13	1,8
Maranhão	6	0,8
Minas Gerais	144	20,9
Pará	8	1,1
Paraná	85	12,3
Piauí	4	0,5
Pernambuco	6	0,8
Rio de Janeiro	9	1,3
Rio Grande do Norte	2	0,2
Rio Grande do Sul	48	6,9
Santa Catarina	23	3,3
São Paulo	212	30,8
Sergipe	2	0,2
Tocantins	13	1,89
Rondônia	5	0,7
Total	687	100%

Fonte: ANEEL, 2009.

Os dados desta tabela corroboram a tese por nós sustentada. O repasse dos mais de 1,1 bilhões para os entes federativos como verba sem destinação obrigatória faz com que pensemos potencialmente em outras regiões de fato e, ao que tudo indica, em localidades específicas dos estados de São Paulo, Minas, Paraná e no Rio Grande do Sul, devido à grande quantidade de usinas instaladas e, conseqüentemente, serem potenciais fontes de recursos para o SUS.

A questão do repasse das *verbas* fiscais pode contribuir em muito na busca de soluções efetivas para alavancar o financiamento do SUS nestes municípios, fomentando, assim, outras regiões de saúde.

Todavia, a má gestão dos recursos pode trazer resultados inesperados. Dependendo da administração política, estes podem ser alocados em outros empreendimentos e, por sua vez, podem não contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população atingida pelo reservatório, ou ainda, quando contabilizados nos orçamentos fiscais locais, estes recursos podem mascarar os indicadores sociais, criando uma situação ilusória de que transformaram as municipalidades e que seu fluxo será eterno. Devemos nos atentar para isto!

Ao observarmos a legislação que aponta a obrigatoriedade de repasse, como é o caso das compensações financeiras e dos *royalties*, temos que esta prevê um prazo para que os repasses aos municípios tenha um fim, como é o caso dos *royalties*. Segundo a lei em vigor, os *royalties* oriundos das UHE objeto de estudo deste trabalho têm prazo para acabar em 2023, o que não significa que o poder público não encontrará outros mecanismos políticos e fiscais que possam vir a substituí-los.

Entretanto, quando analisamos a distribuição do volume de recursos, verificamos que é desproporcional à realidade local. Estudos, como os de Motta (1997) e Motta, Oliveira & Margilus (2000), apontam com detalhes minuciosos que muitos municípios beneficiados ainda não estão preparados para quando esta data chegar, pois seus gestores não tiveram êxito em encontrar estratégias ou alternativas que sirvam como fonte de recursos

próprios. Vejamos o caso que Oliveira (2008) estuda, no qual dá exemplos dos municípios lindeiros do lago de Itaipu - PR

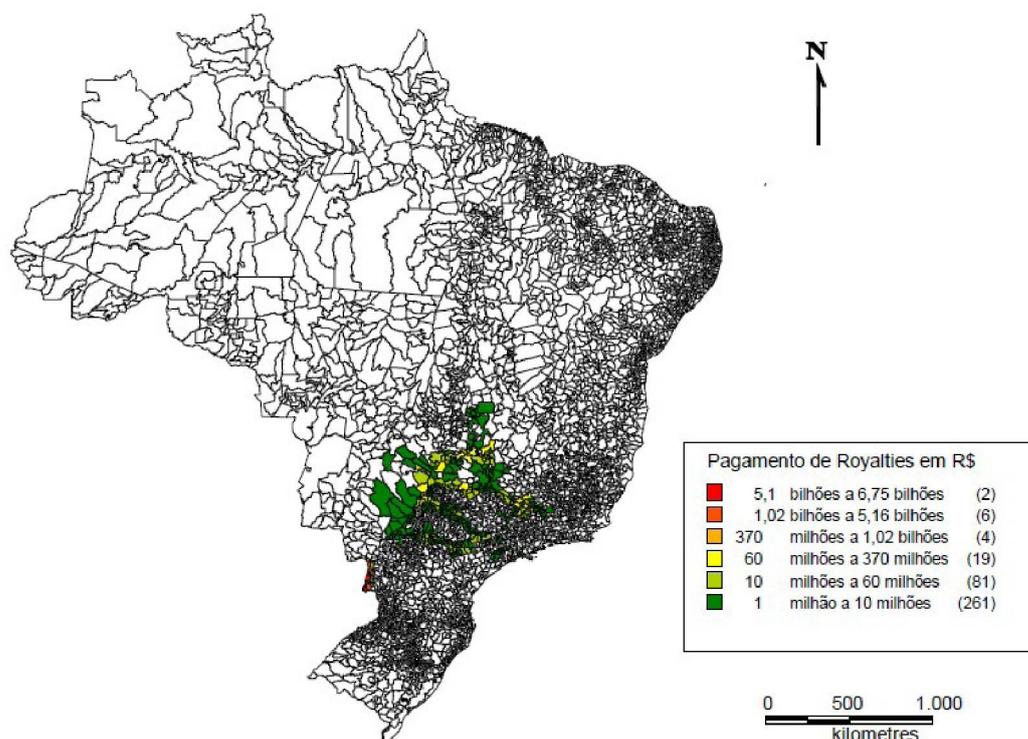
Segundo o autor, esses recursos transferidos para os municípios representam, na maioria das situações, uma parcela significativa da receita municipal. No caso da transferência de *royalties*, os valores chegam a ser mais de 50% da receita municipal, como é o caso de Santa Helena, Pato Bragado e Itaipulândia.

O autor ainda aponta que a realidade da economia dos municípios lindeiros ao lago de Itaipu diferencia-se da maioria dos municípios paranaenses, principalmente pelo repasse dos recursos dos *royalties*. Esses recursos modificam a estrutura orçamentária dos municípios, o que acaba por influenciar no resultado econômico e social da região (OLIVEIRA, 2008,p.111).

Entendemos que estes recursos são oportunidades e, mesmo sabendo dos efeitos da transformação do lago, percebemos que muitos não os souberam aproveitar. Todavia, isso deve servir de alerta aos administradores, para que façam com recursos como estes algo como o que feito nos municípios do lago de Itaipu.

Podemos observar a distribuição espacial dos recursos, segundo a ANEEL, nas figuras 10 e 11, a seguir.

FIGURA 10 - MUNICÍPIOS QUE RECEBERAM *ROYALTIES* DAS UHE DE 1993 A 2009.



Organização: Ribeiro, 2011

Ao observarmos a legenda, os dados chamam a atenção pelos valores superlativos. Este fato se deve à própria legislação em vigor. Os dois municípios destacados em vermelho na legenda da figura acima que receberam mais de 5 bilhões de reais neste período em análise são os municípios de Foz do Iguaçu e Santa Helena (PR). Os demais municípios no Brasil receberam até 10 milhões em *royalties* em 16 anos. Lembrando que todos estes fazem parte dos estudos de Oliveira (2003) e Souza (2005). Todos fazem parte da bacia do Rio Paraná que forma o lago de Itaipu, o que justifica a distribuição espacial mais restrita a alguns municípios da divisa entre os estados do centro-sul do país.

Outro ponto que se deve destacar a partir da figura 10 é o de que ao serem normatizados pelo tratado de Itaipu de 1973 para efeito de pagamento, os *royalties* tiveram seus valores fixados em moeda

estrangeira, no caso, o dólar, o que nos permite pontuar outros aspectos sobre os valores destacados na figura 10.

Um primeiro aspecto é que este acordo cria uma situação inconstante do ponto de vista fiscal. Em tempos de alta na moeda, os recursos assumem valores extraordinários, como é o caso dos municípios em vermelho e laranja na figura 10. Mesmo que os repasses sejam fixos, as cifras, quando convertidas em real, ultrapassam a casa do bilhão de reais. Em tempos de moeda desvalorizada, estes recursos tomam proporções menores, o que já é percebido no impacto fiscal das administrações que criaram dependência destes recursos (OLIVEIRA, 2003).

No decorrer do tempo, o legislador apresentou outra norma para o tema, a lei 9.648/1998. Esta regulamentou os recursos a serem distribuídos pelas usinas hidrelétricas (inclusive a de Itaipu) aos municípios atingidos por seus lagos. Esta norma também estabeleceu todo o critério de rateio das cotas dos recursos compensatórios, porém com ela as cotas passaram a ser denominadas como compensações financeiras.

A nosso ver, tanto a lei de *royalties* como esta permitem o emprego dos recursos em setores da administração que sofrem contenções de investimento, no entanto a nova lei trouxe alguns instrumentos importantes.

Como já apontamos, o repasse dos *royalties* tem um limite temporal, ao passo que o das compensações não o tem. Assim, para nós, a nova norma trouxe uma solução para a questão dos recursos ao longo dos anos.

Houve, ainda, outra “tímida” inovação na questão do “em que gastar”. Segundo esta lei, as compensações financeiras ficam proibidas apenas no empenho de recursos nas questões de pagamento de folha de funcionários e de dívidas. Por essa mínima limitação, entendemos que o legislador deixou passar a oportunidade de, por exemplo, estabelecer critérios administrativo-fiscais para que os gestores municipais não se tornem dependentes de tais recursos em períodos extraordinários.

De acordo com a referida lei, o repasse das compensações ficou estabelecido da seguinte maneira: a alíquota para esse tipo de compensação é de 6,75% sobre o valor da energia produzida mensalmente

pelo concessionário. Desse total, 6% do valor da produção (ou seja, quase 89% do total de recursos arrecadados da UHE são distribuídos, nos termos da Lei 8.001/1990²¹, entre Estados (45%), Municípios (45%) e órgãos da administração direta da União (10%, divididos da seguinte forma: 3% para o Ministério do Meio Ambiente; 3% para o Ministério de Minas e Energia; e 4% para o FNDCT). O restante dos recursos arrecadados, o 0,75% do valor da energia elétrica produzida, é destinado à implementação da Política Nacional de Recursos Hídricos e do Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos, sob responsabilidade da Agência Nacional de Águas (ANA).

De toda forma, a questão sobre a impossibilidade do uso destes recursos no pagamento do custeio ou na contratação de pessoal da administração pública beneficiária do repasse tem uma previsão extraordinária: com autorização do Senado, será permitido seu uso no pagamento da dívida pública.

A Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), vinculada ao Ministério das Minas e Energia, é a responsável pela arrecadação dos recursos e distribuição dos mesmos entre os beneficiários, assim como pela definição da sistemática de cálculo e de recolhimento da compensação. Os concessionários deverão realizar os respectivos cálculos da compensação devida, informando à ANEEL, até o dia 20 do mês subsequente ao da geração, os montantes de energia gerada e os valores a serem recolhidos, individualizados por central geradora.

É bom lembrarmos que para o caso do Tratado de Itaipu, do total da parcela destinada aos Estados e Municípios, 85% deve ser destinado àqueles diretamente atingidos pelo reservatório da usina. Os 15% restantes devem ser distribuídos aos Estados e Municípios afetados por reservatórios a montante da usina de Itaipu, que contribuem para o incremento de energia nela produzida.

²¹Devemos ficar atentos, pois esta lei que normatiza a questão da repartição das compensações e *royalties* já tem um texto substituto em discussão no Congresso. Devido à descoberta do pré-sal, inevitavelmente esta divisão será alterada para o ano de 2011.

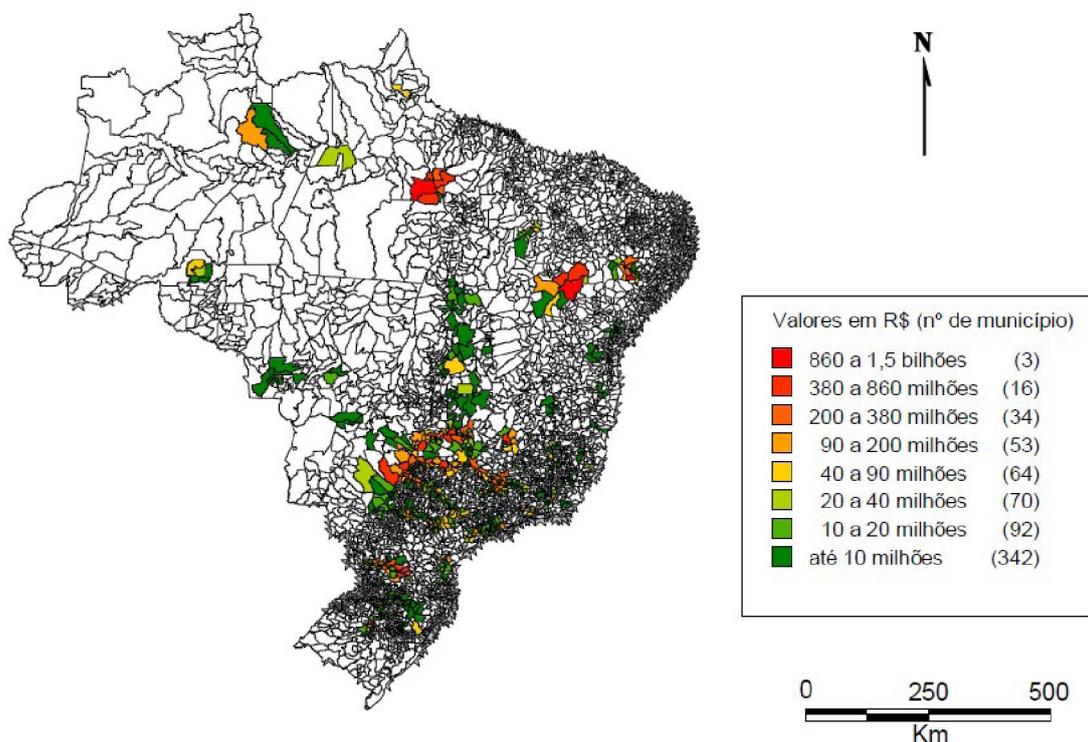
Como se pode perceber, estes são recursos extras que podem ajudar no financiamento da região de saúde de fato, uma vez que a própria lei impede o custeio de folha de pagamento ou de pagamento de títulos.

Em se tratando de um projeto de grandes dimensões, como a implementação de um reforço financeiro do SUS em áreas lindeiras, a avaliação desse efeito na etapa de planejamento regional deve ser imprescindível, visando a garantir a implementação financeira adequada das ações, tanto do ponto de vista dos objetivos de compensações ambientais quanto dos de saúde pública.

Com relação à proposta para fonte de financiamento proveniente dos repasses para a região de fato pode não haver consenso entre os estudiosos. Todavia, deslumbramos duas tendências sobre este tema. A primeira seria aquela que pode insistir na manutenção das contribuições sociais como principal fonte de financiamento da saúde como indicamos no início do capítulo. A outra aponta para a descentralização do financiamento, utilizando recursos fiscais dos Estados e Municípios, tendência esta na qual nos incluímos.

Os dados da ANEEL ajudam a indicar que podemos pensar nessa proposta-tendência quando verificamos, na figura 11, a distribuição das compensações financeiras provenientes das UHE no Brasil:

FIGURA 11 - MUNICÍPIOS QUE RECEBERAM COMPENSAÇÃO FINANCEIRA DAS UHE DE 1993 A 2009.



Sabemos que a CPMF, na ausência de uma reforma tributária eficaz e na necessidade iminente de maior aporte de recursos, deveria ser encarada como uma alternativa conjuntural de curto prazo e, ainda assim, seria incapaz de solucionar a crise financeira do SUS. Mas como ela não foi aprovada e não houve substitutivo tributário ou fiscal, devemos pensar em alternativas.

No contexto atual, sabemos a ausência de qualquer tipo de compensação ou mesmo de contribuição para investimentos no SUS significaria a condenação da parcela mais necessitada da população brasileira, que depende do SUS, à falta de assistência-médica mínima, muito aquém da adequada.

Ao pensarmos em regionalização dos recursos fundamentados no repasse das compensações financeiras e *royalties* devemos considerar

esses pressupostos. Nas palavras de Santos (1996), é a região do “acontecer solidário”, ou seja, é chamar a atenção da sociedade brasileira para a realização compulsória de tarefas comuns em torno desta região de saúde. A partir da figura 10, podemos ver que existem potenciais municípios que podem estimular este tipo de mecanismo de financiamento do SUS.

Pode-se observar que existe uma concentração de repasses no centro-sul do Brasil, na qual 3 municípios se destacam por aglutinarem as compensações financeiras entre 860 milhões e 1,5 bilhões de reais nestes 16 anos. Neste caso, os municípios estão em vermelho na legenda: Três Lagoas (MS), Paulo Afonso (BA) e Novo Repartimento (PA).

Em uma conta simples, neste período analisado, os três municípios receberam o equivalente a quase 3 milhões de reais por mês (se pensarmos em 500 milhões) de aporte extra nas contas da municipalidade. É por este motivo que chamamos a atenção para as possibilidades fiscais que o SUS pode receber, lembrando mais uma vez os possíveis destinos para o seu gasto.

Todavia, não são estes três municípios que nos chamam a atenção, e sim o número significativo de 434 municípios que receberam até 20 milhões neste mesmo período. Ressalte-se que estes recursos não se comparam ao aporte substancial dos três municípios acima mencionados.

Quando olhamos para a região de fato em estudo, podemos observar na tabela 4a distribuição de recursos:

TABELA 4 - TOTAL DE REPASSES POR CATEGORIA PARA OS MUNICÍPIOS AFETADOS PELAS UHE DE ROSANA (PR - SP) e PORTO PRIMAVERA (SP - MS) ENTRE 1993 - 2009.

	TOTAIS ROYALTIES (R\$)	TOTAL COMPENSAÇÃO (R\$)	TOTAL PERÍODO (R\$)
Três Lagoas	634.640.987,78	631.383.199,68	1.266.024.187,46
Castilho	255.096.192,44	243.351.525,11	498.447.717,55
Teodoro Sampaio	20.255.090,03	16.282.727,96	36.537.817,99
Terra Rica	17.312.523,97	13.985.190,88	31.297.714,85
Euclides da Cunha Paulista	16.442.709,07	16.030.397,36	32.473.106,43
Anaurilândia	15.830.616,20	14.732.574,08	30.563.190,28
Bataguassu	15.212.451,56	14.153.372,55	29.365.824,11
Sandovalina	14.270.993,72	13.289.364,34	27.560.358,06
Brasilândia	9.921.327,10	9.231.134,95	19.152.462,05
Inajá	8.883.673,17	7.170.189,59	16.053.862,76
Itaguajé	8.774.127,49	8.111.191,88	16.885.319,37
Paranapoema	7.155.698,57	5.787.718,71	12.943.417,28
Presidente Epitácio	5.918.597,67	5.506.579,60	11.425.177,27
Santa Rita do Pardo	5.842.349,61	5.436.477,01	11.278.826,62
Diamante do Norte	5.766.374,34	4.671.903,93	10.438.278,27
Jardim Olinda	5.617.042,65	4.537.147,43	10.154.190,08
Rosana	5.603.682,77	4.727.454,43	10.331.137,20
Paranavaí	4.791.544,53	3.864.530,29	8.656.074,82
Santo Antônio do Caiuá	4.342.712,27	3.508.853,37	7.851.565,64
Mirante do Paranapanema	3.622.968,93	2.954.157,06	6.577.125,99
Pauliceia	2.093.847,61	1.948.042,94	4.041.890,55
Panorama	1.110.575,71	1.032.900,96	2.143.476,67
Caiuá	561.489,22	522.255,64	1.083.744,86
Presidente Venceslau	321.136,96	298.808,12	619.945,08
Ouro Verde	224.226,35	208.459,73	432.686,08
Total	1.069.612.939,72	1.032.726.157,60	2.102.339.097,32

Fonte: Aneel, 2009.

Destacamos o caso do município de Caiuá (SP). Individualmente, os valores podem restringir uma construção de um posto de saúde com mais conforto ou mesmo a aquisição de equipamentos como os de raio-X, contudo, se capitalizados seus recursos com os de Presidente Venceslau e de Presidente Epitácio, que são municípios vizinhos com menos de 40 km de distância entre si, estes valores atingiriam outro patamar, que permitiria, assim, a reforma ou mesmo a criação de um espaço físico que poderia atender a todos, ou mesmo, permitiria a compra de mais de um equipamento tecnológico. Uma ação como esta evitaria o deslocamento, muitas vezes desnecessário, de até quase duas horas e meia de estrada para um cidadão ser atendido.

Quando argumentamos a respeito dos valores, o leitor deve ficar instigado na desproporção dos valores da tabela 4. Explicaremos o porquê disto.

O rateio dos recursos da Compensação Financeira entre os municípios obedece a dois critérios: o repasse por ganho de energia por regularização de vazão e o de área inundada por reservatórios de usinas hidrelétricas. Chamamos a atenção para o caso de Três Lagoas (MS) e Castilho (SP). Estes municípios, além de terem sido inundados pela UHE de Porto Primavera, dividem o recurso proveniente da tributação da casa de força da usina e a barragem de UHE Jupiá (nos mesmos municípios). É por este motivo que os valores destoam em relação aos demais.

Um aspecto negativo é que a fiscalização da distribuição de *royalties* e da compensação financeira para a região de fato ainda precisa ser melhorada. Os *royalties* acumularam mais de 2 bilhões de reais no período. Diante de tamanho volume, ainda que os mesmos sejam definidos e repassados por meio de critérios claros, nem as leis que amparam a compensação financeira e *royalties*, nem a ANEEL, que regulamenta a política energética, têm como verificar a aplicação dos recursos no nível municipal.

A fiscalização fica a cargo dos Tribunais de Contas dos Estados e da União e dos Ministérios Públicos Estaduais e Federais que, na medida do possível, procuram controlar a aplicação dos recursos. Mesmo com todo este aparato, em muitas situações, os agentes públicos estão envolvidos em desvios nas aplicações e alguns até já se configuram como réus em ações criminais, nas quais são acusados de se apropriarem indevidamente do montante. Isto será devidamente discutido no capítulo a seguir.

Outro aspecto que se deve salientar é que tanto a compensação financeira como os *royalties* para a região de fato não trouxeram impactos econômicos e fiscais nas administrações locais como os ocorridos em Itaipu. Tal aspecto foi percebido no decorrer do trabalho de campo que realizamos.

Durante as entrevistas com os prefeitos, secretários, todos foram categóricos em afirmar que as verbas apenas cumprem o seu papel de

tentar cobrir lacunas geradas pelas UHE, uma vez que o local ocupado pelo reservatório interferiu em questões sociais, econômicas e ambientais²².

Com isso, teve origem mais uma etapa no trabalho, a de avaliar os recursos recebidos por estes determinados municípios, provenientes das UHE de Rosana e de Porto Primavera, buscando identificar a relação destas com o desenvolvimento de uma região de saúde.

Para tanto, consideraremos o inventário dos equipamentos construídos na área em questão a partir da empresa que construiu as UHES na região, pois com isso poderemos não apenas verificar o empenho destes recursos como também os novos arranjos dos fixos e dos fluxos que estes trouxeram.

3.3 - O Indutor Regional: As Obras da CESP

Não há como discutir de que maneira as compensações financeiras e/ou os *royalties* foram aplicados sem mencionarmos o papel das obras compensatórias e mitigatórias executadas pela Companhia de Energia do Estado de São Paulo - CESP.

A CESP foi a responsável pela construção das UHES de Rosana e de Porto Primavera. Inseriu-se na região de fato como um grande agente indutor da produção e articulação regional em análise.

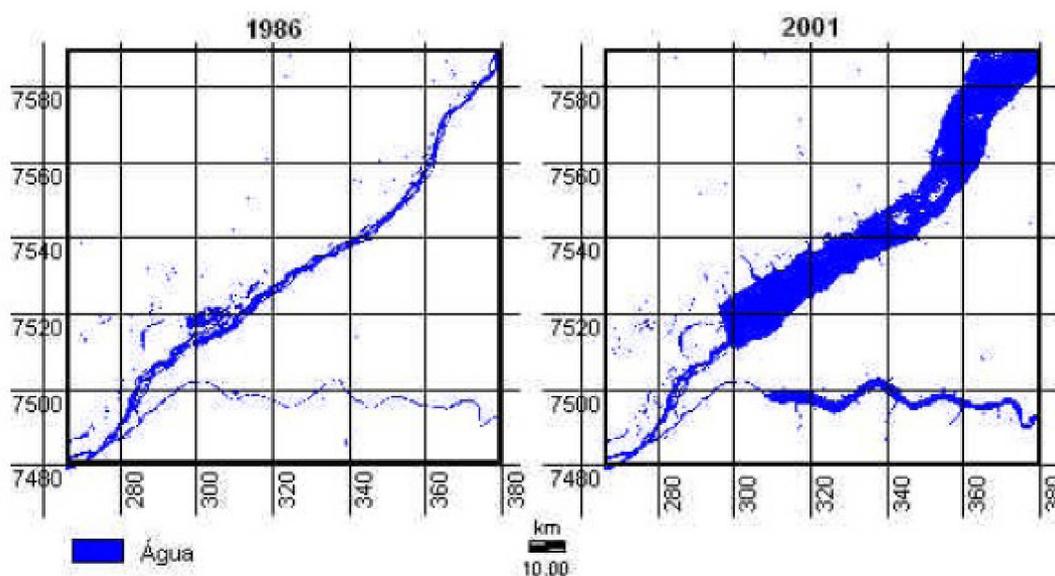
Poderemos entender a importância dos equipamentos executados por ela na formação regional, ao analisarmos, primeiramente, de que maneira ela foi obrigada a cumprir esta ação.

²²Utilizaremos algumas das informações obtidas nas entrevistas como fonte primária para alguns indicadores, pois não pudemos obter documentos oficiais a tempo para anexar a este trabalho. Lembramos também que encaminhamos os ofícios às respectivas prefeituras para a obtenção de tais, porém até o momento da redação final não obtivemos resposta (15/07/2010).

Todos os equipamentos compensatórios e mitigatórios são consequências das leis que discutimos no primeiro capítulo, que compõem os marcos legais tanto para a saúde pública como para a ambiental, e como estas são obras, elas não constam na conta do repasse fiscal da lei 9.648/1998.

O que devemos entender é que muitas das obras executadas devem-se também ao fato do tamanho que as mudanças provocadas pelo espelho d'água dos reservatórios de ambos os rios (Paraná e Paranapanema) trouxeram para esta parte do Brasil, como mostra a figura abaixo:

FIGURA 12 - IMAGEM LANDSAT 1986 e 2001 - DESTACANDO OS CORPOS D'ÁGUA



Fonte: Adaptado de Dias, 2003: 35.

Neste exemplo, a técnica acima utilizada fez com que as imagens de satélite destacassem apenas os recursos hídricos contidos nas cenas (no caso em azul). Como se pode perceber, a imagem da direita (1986) se refere a um momento comum de ambas UHE, antes do fechamento das comportas dos rios Paranapanema e Paraná. Na imagem da esquerda

(2001), já percebemos uma mudança significativa, pois em ambos os rios já se encontravam funcionando as UHE construídas pela CESP.

As imagens também permitem refletir, além do tamanho dos efeitos das UHE construídas, qual seria a sua participação na (trans)formação regional.

Os efeitos das usinas vão além da construção das barragens. Mesmo com todos os recursos financeiros aplicados devido à responsabilidade direta originada, havia a necessidade de se criarem mecanismos extras de compensações para os equipamentos já existentes atingidos, pois muitos deles não eram de serventia apenas daqueles que viviam nas áreas atingidas pelas águas de seus reservatórios, mas também de seus vizinhos não atingidos.

A construção de uma gama de equipamentos urbanos e rurais, bem como a criação e a ampliação de outros, criaram condições para o surgimento de novos arranjos. Novas conexões foram abertas, outras ampliadas. Todas elas, a princípio, tinham o objetivo de apenas atender a demanda local. Uma pequena ponte que era de madeira, em função do lago foi transformada em uma de concreto, com capacidade de suportar um fluxo muito maior e pesado. E assim por diante.

Estes equipamentos, uma vez construídos, permitiram chegar a fomentar o regional por meio da sua dimensão de intervenção no fluxo de circulação, principalmente na esfera do consumo de serviços, como apontamos no capítulo anterior.

Todavia, neste momento, destacaremos um conjunto específico de obras (equipamentos públicos de uso coletivo) que permitem justificar o recorte regional em debate: as estradas, as pontes, a rede de saneamento básico, os hospitais e os postos de saúde.

Todos estes foram construídos por conta das compensações das UHEs e, inclusive, foram contemplados de forma indireta em estudos como o REGIC (2007) e nos trabalhos de Reis & Silveira (2001) e Soares (2002).

Os equipamentos destacados permitem entender os fluxos atuais, o uso dos fixos materializados pelas obras compensatórias das usinas hidrelétricas e, assim, a região de fato.

Vale sublinhar, mais uma vez, que estas obras não se revelam, exatamente, como transformações radicais dos municípios que as receberam. Estas intervenções, mitigatórias ou compensatórias, que diante de contextos de reivindicações políticas foram entendidas como importantes e não tinham, a princípio, nenhum interesse estratégico ou mesmo político para o fomento da região em questão. Não caberá a nós, neste momento da tese, discutir que tipo de obra deveria ser produzido ou construído naquela municipalidade, até porque, isto mereceria outra tese.

Ao estudarmos os empreendimentos resultantes dos reservatórios, compreenderemos de que maneira estes agregaram novos papéis aos fluxos e fixos dos entes federados, o que mais tarde, a nosso ver, formou este novo arranjo regional.

Todos os dados a seguir constam no relatório de impacto ambiental (EIA – RIMA), publicado pela CESP (1999) e também está disponível em seu site (seção Relacionamento ao Investidor). Estas informações foram apresentadas junto à Secretaria Estadual do Meio Ambiente dos estados de São Paulo, Paraná e Mato Grosso do Sul, Ministério Público Estadual e Federal e para o IBAMA, na obtenção da licença ambiental para o funcionamento das UHE nos rios Paraná e Paranapanema.

Gostaríamos de registrar também que, desde o ano de 2007, a UHE de Rosana não mais está sob a administração da CESP. Desde então, está sob responsabilidade da empresa *Duke Energy*. Contudo, ainda existe uma série de controvérsias jurídicas a respeito da sucessão das dívidas e responsabilidades compensatórias²³. Sendo assim, não discriminaremos nos dados a seguir se são obras da CESP ou da *Duke Energy*, pois o que nos interessa é o que consta no inventário das obras compensatórias e mitigatórias realizadas até agora.

²³Para todos os efeitos, as ações judiciais e outras obrigações que tenham a CESP como parte, poderão ter *Duke Energy* como ré solidária, como explica Filho *et al* (2002).

3.4 - A CONSTRUÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE UMA REGIÃO

Um editorial do jornal *Folha de São Paulo*²⁴ do ano de 2000 relatava que a construção das cerca de 50 mil grandes barragens espalhadas pelo mundo, até aquele ano, teria levado ao deslocamento algo entre 40 e 80 milhões de habitantes, e quase sempre para áreas menos férteis e sem a devida indenização. Segundo o jornal, ainda no mesmo artigo, o número de “desterrados” pelas grandes hidrelétricas no Brasil estaria em torno de 1 milhão de pessoas.

Uma notícia como esta mostra a magnitude dos efeitos que uma hidrelétrica pode trazer a um país ou uma região. Por outro lado, em um país como o Brasil, que busca seu crescimento e desenvolvimento econômico, o aproveitamento dos recursos hídricos que possui contrasta com os projetos que buscam ampliar a produção, a conservação de energia e a utilização de fontes alternativas, pois estas têm se mostrado pouco eficientes.

Vários argumentos são usados para explicar o não empenho governamental para que sejam instituídas políticas públicas efetivas nestas áreas, ou para justificar a dificuldade de mudanças na orientação da matriz energética.

Isto se torna evidente, uma vez que fica clara a intenção governamental de ampliar a capacidade hidrelétrica instalada até a próxima década, usando os recursos hídricos que o país oferece. Os desdobramentos da usina de Belo Monte bem ilustram essa evidência.

O embate entre ambientalistas e o governo sobre a aplicação da norma no que se refere a compensações, ou quanto ao que fazer para mitigar os efeitos dos reservatórios das UHE são recorrentes nas manchetes dos jornais. Isto, inclusive, foi usado como argumento político para apontar que o país não crescerá sem esta usina²⁵.

²⁴Ver em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0712200003.htm> Acesso em 15/07/2010.

No caso das UHE de Rosana e de Porto Primavera, é importante ressaltar que entre o início das obras, que se arrastou desde o final da década de 1970 até sua conclusão, decorreu-se mais de duas décadas, o que levou a uma situação bastante singular, como os exemplos a seguir: a exigência do estudo de impacto ambiental se deu mais de uma década após o início das obras — com isso, as obrigações jurídicas foram constantemente revistas no período; outro exemplo seria o de que estas obrigações chegaram a contemplar, inclusive, a criação de uma “cidade”²⁶ provisória para abrigar os trabalhadores, dotada de hospital, escolas, aeroporto, etc.

Segundo Alves (2006), conforme a CESP foi deixando de respeitar o tratamento das questões socioambientais, a escala das perdas e compensações, até pela sucessão de adiamentos, acabou trazendo imprevistos incomuns, mesmo nas grandes obras. Na leitura do setor jurídico da empresa, as regras deveriam ser seguidas conforme a data do início das obras, enquanto o Ministério Público e os poderes públicos municipais afetados não queriam as regras em vigor.

Todavia, os imprevistos e as discordâncias trouxeram consequências para as localidades próximas, uma vez deu origem a uma grande discussão sobre o que se tinha planejado para compensar as suas construções e o que de fato deveria ser construído. Muitos municípios questionaram as dimensões das obras que receberiam, obrigando quase todos a irem à justiça para verem atendidas suas queixas e demandas.

3.4.1 - OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO - ESTRADAS E PONTES

250 próprio desfecho da gestão da então ministra do Meio Ambiente, Marina Silva, que foi substituída pelo ambientalista Carlos Minc, e a divisão do IBAMA em duas repartições é apontado como resposta à demora das licenças ambientais das futuras UHES que serão construídas na região Norte.

260 bairro de Primavera foi construído exclusivamente para os canteiros de obra de Rosana e de Primavera. Após a conclusão de ambas UHES, em 2002 a área residencial foi transferida para o poder municipal e hoje é um distrito do município de Rosana (SP).

O lado federado que mais recebeu obras compensatórias e mitigatórias foi a borda mato-grossense. Historicamente, tendo em vista que os municípios desta região se sentiram prejudicados ou beneficiados pela implantação das obras da CESP, seus poderes públicos municipais passaram a dispensar mais atenção às negociações das contrapartidas, por meio do direcionamento adequado das obras compensatórias e mitigatórias para um ou outro lugar específico (DIAS, 2003).

Infelizmente, a CESP não estabeleceu um “diálogo” fácil com as municipalidades. Segundo Oliveira (2003), foram necessárias medidas judiciais para que todas as obras previstas fossem cumpridas e as não previstas no EIA – RIMA da UHE de Porto Primavera ganhassem o caráter judicial de “obrigação de fazer”.

Muitas delas, mesmo as já vencidas e/ou estabelecidas judicialmente, sofreram atrasos consideráveis e tiveram que ser redimensionadas, pois tinham de ser concluídas antes do preenchimento do lago. Fato é que, ainda hoje há execução de obras tanto pela UHE de Primavera como pela de Rosana²⁷.

Neste sentido, os equipamentos construídos que nos chamaram a atenção foram as estradas. Segundo a CESP (2010), até 2009 foram executados 804 km de pavimentação asfáltica no total, sendo somente 426 km no lado Sul-mato-grossense²⁸. Já somadas neste total a pavimentação de ruas e estradas (estaduais e vicinais) de todos os municípios atingidos. Parte destes quilômetros se deve também ao recapeamento da mesma obra.

Ocorre que o lado sul-mato-grossense teve os seguintes trechos: interligação da UHE Porto Primavera à sede do município de Batayporã (22 km); interligação do município de Batayporã à sede do município de Anaurilândia (60 km); interligação do município de Anaurilândia à sede do

²⁷ Como os processos judiciais de Primavera estão mais adiantados do que Rosana, o leitor verificará que a maioria das obras são devido a Primavera, porém, espera-se que com o tempo, as empresas CESP ou Duke terão que também cumprir a parte que lhe são obrigadas.

²⁸ Além dos 170 km no lado paulista e 214 km do lado paranaense.

município de Bataguassu (70 km); interligação do município de Bataguassu à sede do município de Brasilândia (74 km), antes de encher o lago.

Com a inundação, alguns trechos tiveram de ser recapeados, pois a inundação modificou toda a dinâmica do solo na região, infiltrando ou, até mesmo, desmontando toda a estrutura das estradas. Algumas pontes tiveram de ser redimensionadas, pois nas primeiras épocas de chuva, muitas delas restaram completamente inundadas. Na soma geral, estes atrasos trouxeram gastos extraordinários para a empresa, o que faz com que até hoje tais gastos sejam alvo de revisão técnica e judicial por parte do ministério público estadual de todos os afetados.

Tendo feito esta consideração, o que se pode, também, observar é que houve uma melhoria na malha rodoviária regional. Se somarmos os trechos do Mato Grosso do Sul, com os de São Paulo e Paraná, foram investidos ali o que os poderes estaduais e locais jamais teriam feito no mesmo lapso temporal. E mais, ampliaram-se novas rotas para mesmos destinos.

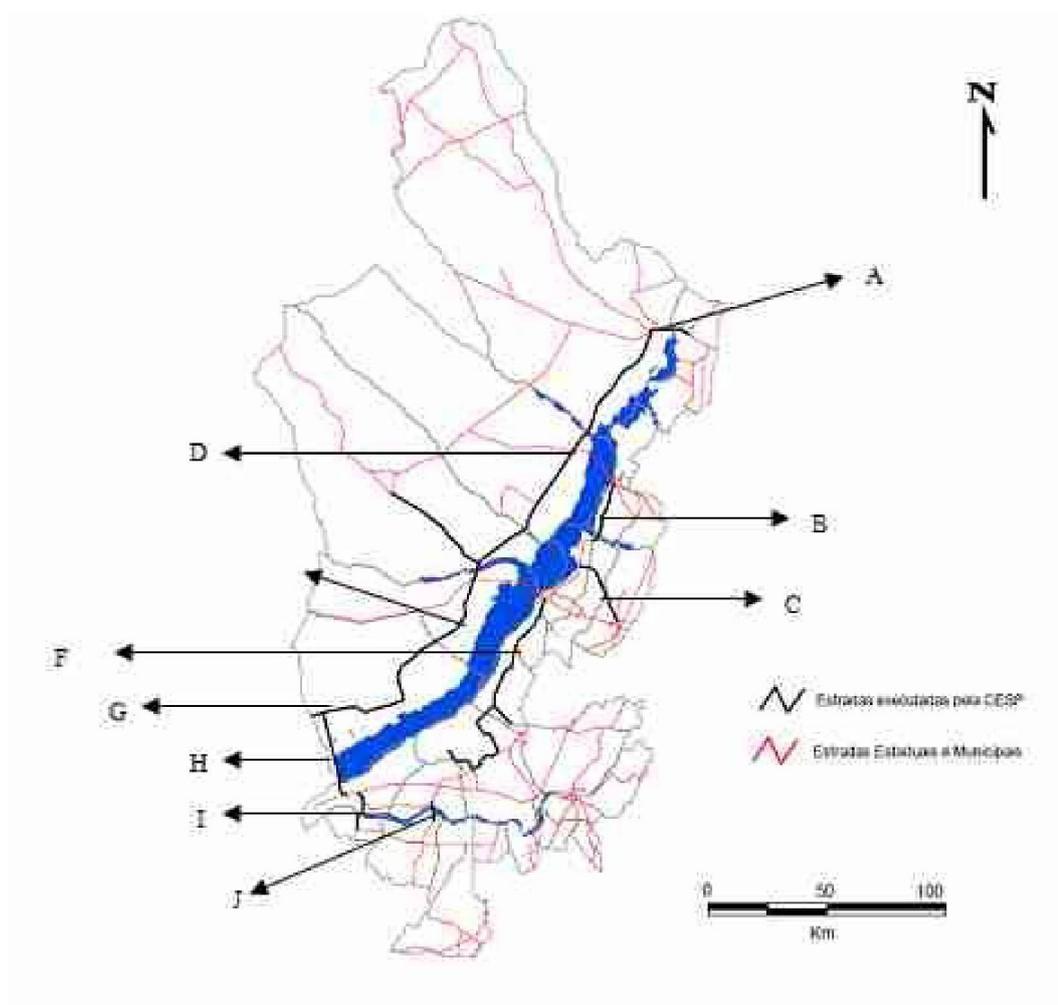
Do lado paulista, por exemplo, foram recuperados trechos da estrada vicinal que margeia o lago e que liga Presidente Epitácio a Teodoro Sampaio (80 km). O acesso de Primavera ao trevo de Anaurilândia (20 km), que não existia, agora ainda conta com a própria usina servindo como ponte, o que permite uma redução de 65 km para se chegar a Presidente Prudente.

Entre o distrito de Primavera e o trevo de Diamante do Norte (15 km) também passou a existir uma ponte, no lugar do que antes só era interligado por uma balsa. A pavimentação da estrada vicinal entre Presidente Epitácio a Presidente Venceslau (40 km de estrada nova), permitiu a criação de uma alternativa mais rápida para se chegar tanto ao distrito de Campinal, pertencente a Presidente Epitácio, como até a cidade de Panorama. Isto foi possível graças aos 50 km de estrada nova no trecho.

Não podemos deixar de contar que o uso das próprias barragens de Jupiá como ponte, como também a construção da ponte entre Sandovalina e Jardim Olinda (PR) trouxeram aos moradores dos municípios mato-grossenses uma nova rota, inclusive para ter acesso aos hospitais de

Paranavaí (PR), Maringá e Londrina (PR). Antes, o cidadão de Anaurilândia tinha que fazer o contorno via Bataguassu para chegar a Presidente Prudente (SP), e daí ir para os outros municípios. Estes trechos podem ser observados na figura abaixo:

FIGURA 14 - LOCALIZAÇÃO DAS RODOVIAS NOS MUNICÍPIOS LINDEIROS EXECUTADAS PELA CESP



Na figura 14 é possível identificar as obras executadas pela CESP nas linhas em preto. As demais estradas, em vermelho, são estaduais, federais e

municipais. As estradas executadas como obras de compensação podem ser verificadas na tabela abaixo:

TABELA 6 - LISTA DAS RODOVIAS NOS MUNICÍPIOS LINDEIROS EXECUTADAS PELA CESP

Sigla na figura	Estrada	Extensão executada (Km)	Observação
G	MS 480	48	Acesso à UHE de Porto Primavera - Ponte sobre o rio Paraná, trevo para Nova Andradina, Anaurilândia e Taquaruçu.
J	SP 073	10	Ponte sobre o rio Paranapanema, acesso ao trevo de Diamante do Norte e BR 260, no Paraná.
I	BR 376	7	Acesso às cidades de Diamante do Norte, Terra Rica e SP 073.
L	MS 338	47	Cobertura asfáltica e duas pontes.
E	MS 395	270	Recuperação, ampliação da estrada, seis pontes.
G	MS 338	47	Reconstrução da cobertura asfáltica.
A	MS 040	45	Novo acesso a Três Lagoas, a partir da MS 459 (Santa Rita do Pardo)
A	BR 262	16	Acesso à cidade de Três Lagoas, UHE de Jupuí e a SP 300.
A	SP 300	2	Obras no acesso à UHE de Jupuí - ponte sobre o rio Paraná, trevo para o km 01 da Marechal.
I	PR 464	2	Acesso à Ponte sobre o rio Paranapanema.
J	PR 542	2	Acesso à Ponte sobre o rio Paranapanema.
J	SP 001	16	Construída para o acesso à área dos trabalhadores da CESP em Teodoro Sampaio e UHE Capivara. Ponte e acesso que liga as estradas PR 464 e 542.
F	SP 040	45	Reconstrução da cobertura asfáltica.
B	SP 056	12	Reconstrução da cobertura asfáltica.
C	SP 056	9	Reconstrução da cobertura asfáltica.
F	SP 080	22	Reconstrução da cobertura asfáltica.
B	SPV PRES. EPITÁCIO -	31	Reconstrução da cobertura asfáltica, três pontes e acesso a SPV Epitácio -

	VENSCELAU		Panorama.
F	SPV PRES. EPITÁCIO - TEODORO	118	Reconstrução da cobertura asfáltica.
C	SPV PRES. EPITÁCIO - PANORAMA	27	Reconstrução da cobertura asfáltica, Ponte sobre o Rio do Peixe.

Fonte: CESP: 2009(a) e 2004(b). Organização: Ribeiro, 2011.

No total das obras executadas pela CESP, foram quase 800 km de estradas, sendo 370 km de novas estradas e 26 pontes, além da pavimentação e recapeamento de ruas em muitos dos municípios atingidos.

Devemos ressaltar que está em fase de conclusão, no rio Paraná, uma ponte que ligará as cidades de Pauliceia (SP) e Brasilândia (MS). Esta obra permitirá que os municípios ligados às rodovias SP 300, SP 276 e MS 480 tenham novas conexões e possam, mais uma vez, remodelar a região em estudo. Estes empreendimentos muito ajudaram a desenhar os novos sentidos de fluxo para a região de fato.

FIGURA 15 - PONTES SOBRE O PARANAPENEMA: JARDIM OLINDA (PR) E SANDOVALINA (SP)



Créditos: Prefeitura Municipal de Jardim Olinda

FIGURA 16 - PONTE SOBRE O PARANAPANEMA: ROSANA (SP) E DIAMANTE DO NORTE (PR)



Créditos: CESP

FIGURA 17 - PONTE SOBRE O RIO PARANÁ: PAULICEIA (SP) - BRASILÂNDIA (MS)



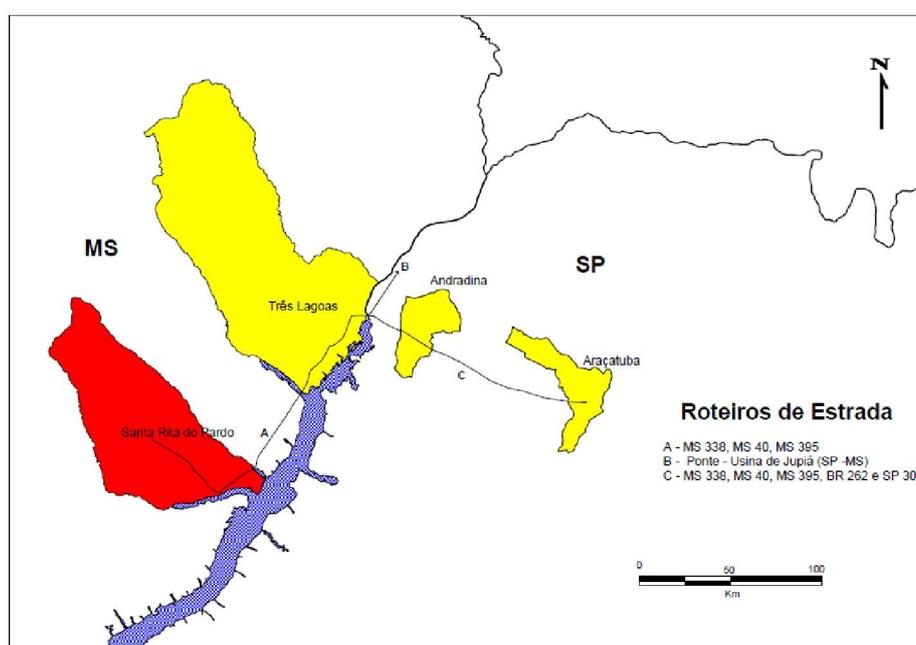
Crédito: acervo pessoal de Eduardo Wernick

No capítulo anterior, quando fizemos o exercício de identificar os municípios que eram aqueles que acessavam os serviços, não apontamos quais eram as vias possíveis a serem utilizadas.

A partir da escolha do destino de um município limeiro, estabelecemos uma rota, pela qual foi possível identificar a importância destes equipamentos na circulação das pessoas na região de fato.

Vejamos o exemplo de Santa Rita do Pardo (MS) para seus destinos, segundo a pesquisa REGIC 2007:

FIGURA 18 - ROTEIRO DA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE SANTA RITA DO PARDO (MS) PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE



Elaboração e Organização: Ribeiro, 2011

Estas informações foram obtidas em nosso trabalho de campo, no qual pudemos realizar uma entrevista com o motorista que estava aguardando na porta da Santa Casa de Misericórdia de Três Lagoas, no dia 21 de Julho de 2009. Outros dados interessantes a respeito da figura 18 podemos consultar na tabela 5.

TABELA 5 - ROTEIRO DOS MOTORISTAS DE AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE SANTA RITA DO PARDO (MS).

Destino	Rota	Distância percorrida aproximada	Tempo gasto (aproximado)
Três Lagoas - MS	MS 338, MS 40, MS 395	164 km	1h 30min.
Araçatuba - SP	MS 338, MS 40, MS 395, BR 262, SP 300	308 km	4 h
Andradina - SP	MS 338, MS 40, MS 395, BR 262, SP 300	188 km	1h 50 min.

Elaboração e Organização: Ribeiro, 2011

Como se pode perceber, as “pontes” sobre o rio Paraná e seus afluentes, bem como as estradas, utilizada pelo motorista, foram obras de compensação da CESP. Sem esta obra, o motorista teria que usar uma balsa — como se fazia antigamente para atravessar o rio — o que aumentaria sensivelmente o tempo de viagem. A ponte melhorou a conexão entre as cidades, permitindo inclusive que outros serviços, além dos da saúde, possam ser acessados tanto pela borda paulista como pela borda paranaense.

Em outros casos, foi-nos possível a elaboração de prováveis roteiros, para os quais adotamos alguns parâmetros: que representasse a menor distância possível até o destino a uma velocidade média de 90 km/h.

Como podemos observar na figura 19, a usina de Jupiá serve de ponte para a passagem das ambulâncias para a circulação entre SP e MS. O provável roteiro que propicia a menor distância de Santa Rita até Três Lagoas é o uso da rodovia MS 40 que, por sua vez, foi construída e asfaltada por um acordo entre verba indenizatória e obra de compensação da UHE de Porto Primavera, segundo o diretor de obras da bacia de inundação que nos atendeu em novembro de 2009, em Três Lagoas. Na imagem abaixo é possível visualizar o uso da barragem como ponte:

FIGURA 19 - IMAGEM DAS UHE DE PORTO PRIMAVERA E DE JUPIÁ

Créditos: Acervo CESP, 2009.

Nesta análise, podemos perceber que vias como, rodovias, pontes e as próprias usinas (que servem de ponte), frutos da intervenção da CESP, de certa maneira materializaram um fenômeno que, segundo Becker (2004), acontece principalmente nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, cujas redes de cidades mais interligadas por seus meios de comunicação propiciam o deslocamento mais rápido de mercadorias e pessoas.

É neste sentido que concordamos com a autora quando ela ensina que, nos dias atuais, urge uma práxis, qual seja, *“não se pode tratar de região e regionalização sem levar em conta as cidades”* (BECKER, 2004, p. 14), pois ambas estão associadas, seja diretamente — em consórcios intermunicipais, comitês de bacias hidrográficas, regiões metropolitanas — seja indiretamente, através dos fluxos que dinamizam as economias e interferem na produção (des)ordenada do espaço, urbano, interurbano e regional.

O leitor poderá verificar que as outras conexões exemplificadas apontam para o mesmo diagnóstico. Todos os fluxos da região de fato dão sua contribuição ao processo, usufruindo desses tipos de serviço, pois a disposição dos meios de comunicação em torno da região lindeira possibilita o surgimento destes arranjos, como a região de saúde, a qual se demonstrou possível no entorno das vias que ligam as cidades afetadas

pelos lagos dos reservatórios a outras cidades maiores. Para nós, estas vias são como um eixo estratégico de convergência e diálogo entre os municípios que compõem a região de fato de saúde.

3.4.2 - EQUIPAMENTOS DE SAÚDE: POSTOS DE SAÚDE, HOSPITAIS E REDES DE ESGOTO.

A mobilização de recursos financeiros para a obtenção de materiais e investimentos em infraestrutura também é indispensável à efetiva ação de políticas de saúde.

Segundo Marinho *et al* (2001), a concentração dos investimentos do Ministério da Saúde na média e alta complexidade pode ser interpretada como resultante do entendimento de que os investimentos em atenção básica são de responsabilidade dos municípios e a exigência de recursos é relativamente pequena, ponto este do qual discordamos.

Para que haja uma expansão da atenção básica, é razoável supor que seja necessário melhorar as condições da retaguarda ambulatorial e hospitalar. Em alguns casos, é possível identificar esses tipos de investimento que também foram construídos pela CESP, como postos de saúde, reformas de santas casas e ampliação das redes de esgoto nas cidades lindeiras.

No município de Rosana (SP), ao receber o distrito de Primavera²⁹ da CESP, o poder público local também recebeu o hospital que a empresa mantinha para o atendimento dos trabalhadores de ambas as usinas. Este, por sua vez, foi transformado em hospital regional denominado de Hospital Regional Estadual do Pontal do Paranapanema. O hospital tem 59 leitos, todos do SUS.

Com a transferência, o hospital passou a atender pacientes de ambos os estados (SP e MS) como pudemos observar no exercício do capítulo anterior e também segundo o próprio assessor da secretaria da saúde de

²⁹Conforme Lei Municipal n.º 215/1994 de 08/04/1994.

Rosana, que nos atendeu³⁰. Durante a entrevista, o funcionário também indicou que com o “novo hospital” foram adquiridos um aparelho de ultrassonografia e computadores, deu-se a contratação de 14 médicos e, em breve, ampliariam o atendimento para área de otorrinolaringologia e fonoaudiologia.

Na cidade de Presidente Epitácio, ao entrevistarmos o Secretário Municipal de Economia, Planejamento e Meio Ambiente, Sergio Antonio Maroto, ele nos apontou que as obras devem ser analisadas em dois momentos distintos. Num primeiro momento, ainda sob os efeitos do plano de EIA – RIMA anterior ao lago, a municipalidade recebeu obras de reforma e ampliação da Santa Casa local e também um novo prédio para o Programa de Saúde da Família (PSF), que veio para atender os bairros Vila Esperança e Jardim Campo Grande. Também ainda existe a expectativa de que o local se torne um pronto atendimento noturno neste ano de 2010. Um segundo momento, foi o da pavimentação asfáltica e drenagem de águas pluviais da cidade. Nos assentamentos rurais, a CESP também construiu duas estações de tratamento de água.

Existe ainda, segundo o secretário, a possibilidade de se construir um centro de hemodiálise anexo à Santa Casa com a nova revisão judicial que o MP paulista está movendo contra a CESP.

No município de Presidente Venceslau, a CESP também reformou e ampliou a Santa Casa da cidade, como informou a assessoria de imprensa da prefeitura municipal em resposta a um e-mail enviado por nós. No mesmo documento, a assessoria nos informou que as estações de tratamento de água de Presidente Epitácio também atendem os assentados do município.

Na cidade de Panorama, a CESP também executou obras na Santa Casa, segundo o secretário de obras, Gilberto Guastaldi, porém estas foram apenas reformas estruturais e funcionais do prédio, não contemplando ampliação dos leitos e/ou serviços de saúde.

³⁰Em função de um grave momento político que a cidade vive, não havia secretário da saúde municipal. O funcionário que nos atendeu pediu apenas que não informássemos seu nome, temendo represálias políticas.

Nas cidades de Ouro Verde, Sandovalina, Caiuá, Mirante do Paranapanema, Brasilândia e Santa Rita, tivemos contatos com funcionários das prefeituras por telefone, pelos quais tomamos conhecimento de que a CESP não construiu nenhum prédio para atendimento em saúde, porém, genericamente, a verba do repasse foi aplicada para este fim. Teodoro Sampaio também recebeu infraestrutura da CESP, porém não foi por conta da UHE de Rosana, e sim de Taquaruçu.

Apenas Terra Rica e Jardim Olinda se manifestaram expressamente para explicar o que a CESP deixou como obra compensatória. Todavia ambas as cidades, logo estarão pedindo uma revisão judicial nos moldes do que aconteceu para os paulistas e mato-grossenses, pois naquela época não tinham esta compreensão da situação, conforme disseram os secretários da Saúde de Terra Rica e o gerente do posto de saúde de Jardim Olinda.

Para as demais cidades paranaenses, não conseguimos nenhuma informação oficial que ateste a existência de algum equipamento de saúde executado no município. Mesmo pedindo um contato para futuros esclarecimentos, até o momento da redação deste capítulo, nada obtivemos como resposta.

Por fim, alguns municípios também lutaram por equipamentos de infraestrutura de saneamento básico como item compensatório. É sabido que benefícios específicos de intervenção em saneamento básico resultam na diminuição da morbidade, evitando doenças diarréicas e parasitárias e proporcionando uma significativa melhoria no estado nutricional das crianças (TEIXEIRA, 2003).

Em Anaurilândia (MS), esta obra teve um processo difícil. Segundo Oliveira (2003), a cidade não tinha uma rede de coleta e tratamento de esgoto, mas este benefício social foi reivindicado como obra compensatória junto à CESP.

Entretanto, o poder público local achou que a CESP não cumpriria o acordo e pediu para que o montante referente à implantação da rede de esgoto municipal fosse repassado ao Estado, para que não houvesse dúvida quanto à sua realização. Infelizmente, o inesperado aconteceu. A Empresa

de Saneamento Mato Grosso do Sul S/A, encarregada do projeto e execução da obra, tão logo o começou, abandonou-o para revolta do poder público local na época. Isto obrigou a administração a acionar a justiça contra o Estado para conseguir o término desta obra compensatória tão necessária ao município.

Segundo os moradores com quem conseguimos conversar numa abordagem do trabalho de campo³¹, a obra está parcialmente realizada. No parecer dos populares, menos da metade da cidade ainda não tem a rede de saneamento, todavia todos indicavam que a implantação da rede seria concretizada.

3.5 - OS INVESTIMENTOS E OS INDICADORES

Para averiguarmos se as decisões tomadas nas obras compensatórias foram significativas na melhoria da qualidade de vida das cidades atingidas, principalmente no setor de saúde, faremos algumas análises dos municípios lindeiros usando dois indicadores: O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que a ONU desenvolveu, e o Índice Significado (IFDM), elaborado pela Federação das Indústrias do Rio de Janeiro - FIRJAN.

Justifica-se o uso destes dois indicadores pelo fato de ambos possibilitarem o acompanhamento do desenvolvimento humano, econômico e social de todos os municípios brasileiros, apresentados em séries decenais (no caso do IDH) e anuais (no caso do IFDM), com base exclusiva em dados oficiais.

Tomamos os devidos cuidados para este exercício, já que nesse meio, mesmo sabendo ser a finalidade dos indicadores uma mera medida, uma tentativa de mensurar o desenvolvimento humano, entendemos que estes possam apresentar dados os quais não condigam com a realidade dos municípios, porém ainda assim seriam instrumentos importantes, pois permitiriam visualizarmos como e de que maneira o desenvolvimento de

³¹Neste dia, nenhum funcionário municipal competente para o tema estava à disposição para entrevista, por isso restringimo-nos aos munícipes.

uma região estaria em curso. É desta forma que estaremos nos balizando, apenas para indicar os efeitos do SUS em relação às obras compensatórias nos municípios em questão.

Desde que a ONU publicou o primeiro relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil, em 1991, o documento mostrou com muita clareza como o nosso país era dividido em dois e, nos mais recentes, não mais apenas em dois, mas sim em três Brasis (BARATA, 2006). Podemos perceber isto na aplicação do IDH, estado por estado: o Distrito Federal, como o melhor, São Paulo, Paraná e Mato Grosso do Sul estariam na parte intermediária; já Alagoas estaria em último lugar, com o pior desempenho.

Seguindo estes apontamentos, podemos pensar na elaboração de duas análises, da seguinte maneira: uma primeira, com os estados da federação; e uma segunda, com as cidades em questão nesta tese. A pergunta a ser aplicada para ambos os grupos seria: se todos eles se filiassem à ONU, como (os estados e as cidades) se estariam classificados no ranking do IDH³² elaborado pela ONU?

Se compararmos primeiro com os dados de 2009, dos estados brasileiros, o Distrito Federal (0,874), por exemplo, ficaria um pouco abaixo do Chile. São Paulo (0,833) estaria entre a Malásia e Montenegro. Mato Grosso do Sul estaria equiparado ao Líbano, e o Paraná estaria próximo da Bielorrússia; em último lugar (e isso tem uma expressividade muito negativa!) estariam Alagoas e Piauí, abaixo de Camarões; o Ceará estaria entre Papuá-Nova Guiné, Camarões e outros; o Maranhão estaria entre a Suazilândia e as Ilhas Salomão.

Agora vejamos a segunda análise, com as cidades referenciais para esta tese e seus respectivos IDH-M.

³²É bom lembrar que existem dois rankings: um para o IDH, o primeiro, é para os Estados, publicado anualmente; já o segundo é para os municípios, a cada 10 anos.

TABELA 7 - IDH-M DOS MUNICÍPIOS LINDEIROS, DE 1991 E 2000.

Municípios	IDH - M de 1991	IDH - M de 2000
Três Lagoas	0,708	0,784
Castilho	0,718	0,760
Teodoro Sampaio	0,705	0,757
Terra Rica	0,703	0,746
Euclides da Cunha Paulista	0,683	0,738
Anaurilândia	0,643	0,720
Bataguassu	0,676	0,738
Sandovalina	0,700	0,773
Brasilândia	0,657	0,757
Inajá	0,630	0,722
Itaguajé	0,699	0,722
Paranapoema	0,629	0,706
Presidente Epitácio	0,655	0,766
Santa Rita do Pardo	0,655	0,722
Diamante do Norte	0,643	0,738
Jardim Olinda	0,670	0,724
Rosana	0,751	0,815
Paranavaí	0,725	0,787
Santo Antônio do Caiuá	0,654	0,750
Mirante do Paranapanema	0,654	0,735
Pauliceia	0,672	0,754
Panorama	0,695	0,783
Caiuá	0,624	0,710
Presidente Venceslau	0,768	0,818
Ouro Verde	0,683	0,792

Fonte: FIRJAN, 2011.

Esta comparação é algo de muita importância, pois apesar de estarmos discutindo a respeito de um volume extraordinário de recursos e infraestrutura movimentados pelas UHES, não podemos nos esquecer de que país se está discutindo, de quais características este país, gigantesco, com tantas potencialidades e tão desigual regionalmente.

Os indicadores acima mostram que todos os municípios apresentaram um crescimento no intervalo de anos em análise do IDH-M. Houve uma homogeneização deste indicador. A região de fato mostrou que no intervalo de quase 10 anos, os municípios lindeiros saíram de uma classificação semelhante a países como Butão (0,619) e Guiné Equatorial (0,718) para países onde estão agrupados Armênia (0,798) e Uzbequistão (0,710). O que chama a atenção são os municípios de Rosana (0,815) e Presidente Venceslau (0,818), que saltaram para os classificados como médio alto, lembrando que o Brasil tem 0,813.

Nesse sentido, este indicador mostra que as transformações estão acontecendo, porém sem grandes alterações. Fato este que nos motiva a reforçar os argumentos desta tese para o papel do investimento em políticas sociais que possam diminuir as diferenças regionais.

Todavia, como os indicadores acima não contemplam diretamente os aspectos de saúde, buscamos as informações necessárias no IFDM, pois este indicador pode suprir a inexistência de um parâmetro para medir o desenvolvimento socioeconômico dos municípios e ainda se distingue por ter periodicidade anual e recorte municipal.

Segundo Brito e Pena (2006), metodologicamente, as fontes de dados do IFDM são oficiais e permitem a comparação quantitativa serial e temporal dos municípios analisados, possibilitando, inclusive, a agregação por estados. Mas quando se analisam os municípios,

A comparação entre municípios ao longo do tempo mostra, com precisão, se uma melhor posição no ranking se deveu a fatores exclusivos de um determinado município ou à piora

dos demais. A comparação absoluta de cada município permite medir se as políticas públicas resultam em melhores condições socioeconômicas para a população (BRITO E PENA, 2006, p.12)

Diante deste indicador, será que todo o investimento na implantação do SUS, que é um dos caminhos a ser seguido na superação das desigualdades regionais, vem mostrando resultado? Vejamos o subindicador do IFDM para saúde.

TABELA 8 -IFDM - SAÚDE NOS MUNICÍPIOS LINDEIROS PARA OS ANOS DE 2000, 2005 E 2006.

	2000	2005	2006
Inajá	0,6818	0,8455	0,8859
Diamante do Norte	0,9143	0,9007	0,9421
Itaguajé	0,7108	0,9458	0,9048
Jardim Olinda	0,7335	0,8125	0,9163
Paranapoema	0,6635	0,9412	0,8746
Paranavaí	0,7870	0,8639	0,8457
Santo Antônio do Caiuá	0,8225	0,9486	0,8618
Terra Rica	0,8868	0,9262	0,9286
Anaurilândia	0,6661	0,7070	0,7593
Bataguassu	0,7148	0,7582	0,7987
Brasilândia	0,6934	0,8039	0,8318
Santa Rita do Pardo	0,7038	0,6842	0,7682
Três Lagoas	0,7185	0,8309	0,8070
Caiuá	0,7302	0,8741	0,8723
Castilho	0,7895	0,8215	0,8050
Euclides da Cunha Paulista	0,7216	0,7875	0,8130
Mirante do Paranapanema	0,7193	0,7873	0,7865

Panorama	0,5693	0,6606	0,6681
Presidente Epitácio	0,8563	0,8763	0,8683
Presidente Venceslau	0,7587	0,8499	0,8551
Teodoro Sampaio	0,6648	0,7675	0,7678
Rosana	0,7801	0,8608	0,8680
Ouro Verde	0,7346	0,6859	0,7012
Pauliceia	0,5107	0,5549	0,6690

Fonte: IPEA, 2010.

O IFDM varia numa escala de 0 (pior) a 1 (melhor) para classificar o desenvolvimento humano, de acordo com dados oficiais relativos a emprego, renda, educação e saúde. Os critérios de análise estabelecem quatro categorias: baixo (de 0 a 0,4), regular (0,4001 a 0,6), moderado (de 0,6001 a 0,8) e alto (0,8001 a 1) desenvolvimento humano. Este critério também vale para análise do indicador em questão.

O IFDM-Saúde é analisado pela média ponderada de três indicadores extraídos de duas bases do Ministério da Saúde: o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

De acordo com Mello Jorge *et al.* (2007), este indicador permite apenas fazer uma análise para medir o nível de saúde no município e a qualidade de vida daqueles que aferem a oferta de serviços de saúde. Todavia, não afere a abrangência do serviço.

Na composição do indicador IFDM-Saúde, os pesquisadores que o desenvolveram tinham como propósito avaliar a qualidade do SUS referente à Atenção Básica. Com peso de 33,3% cada, as variáveis acompanhadas por este indicador foram: Quantidade de Consultas Pré-Natal; Taxa de Óbitos Mal-Definidos; e, Taxa de Óbitos Infantis por Causas Evitáveis (BRITO & PENA, 2006).

Assim, o indicador corrobora com nossos argumentos de que se usadas as verbas dos repasses das UHE em equipamentos de saúde, isso

influenciará diretamente na possibilidade de investimentos em capital humano, na melhoria dos serviços do SUS, principalmente na capacidade de ampliar as ações preventivas, haja vista que um dos dados que compõe este indicador mede o atendimento à gestante nos serviços de saúde e se constitui num dos atendimentos mais básicos que um município deva oferecer à sua população.

Com tudo isso, foi possível observar que a região de fato vem mostrando um importante crescimento no campo da saúde, todavia poder-se-ia mais.

Argumentamos neste capítulo que, mesmo com os problemas de financiamento os quais o SUS atualmente enfrenta, houve avanços significativos em indicadores como IDH e IFDM-Saúde. Muitos destes indicadores apresentados estão diretamente ligados às obras de compensação construídas pelas UHE nos municípios atingidos.

As reformas em prédios, santas casas e postos de saúde são pontos importantes, porém não mensurados nestes indicadores. As estradas e as pontes são importantes estruturas para o complemento do serviço de saúde, como os serviços de maior complexidade.

Necessário se faz ressaltar que o quadro de indicadores analisado ainda não permitiu chegar à média nacional do IDH e homogeneizar os indicadores do IFDM-Saúde. Para isto, seria necessário ampliar a capacidade de investimentos do SUS em questão.

Com estes investimentos, poderemos propor metas mais robustas para superação das dificuldades regionais, ou novas possibilidades de consumo em serviços de saúde em outros municípios.

Mesmo com os resultados encontrados, que colaboraram para nossos argumentos, sabemos que a descentralização de hoje (regionalização) precisa estar bem articulada para evitar que haja uma espécie de instituição de autarquias municipais separando e fragmentando o Sistema.

Para avançar o desafio de articular politicamente todos os investimentos necessários para a região de fato, surge mais uma pergunta:

Por que ela existe e nem saiu do papel? Se de fato já existe por outros contornos, com todos a utilizando, tendo inclusive os suportes técnicos e legais para tal, o que a impede de se materializar politicamente?

Para responder a isto, dedicaremos o capítulo a seguir, no qual apresentaremos que, na indefinição do papel do governo estadual, o qual era tido como uma instância muito forte na fase pré-Constituição e que hoje, com a municipalização, passa por um processo clareamento para se apontar qual é e de quem é o papel articulador.

Como há uma heterogeneidade muito grande na capacidade de gestão, é evidente que não será qualquer política pública que poderá ser empenhada. Haverá de ser uma política pública altamente complexa, a qual saiba administrar todos esses municípios com verbas extras independentes, estando todos eles conectados para a/prestação de serviços.

CAPÍTULO 4 – A VISÃO DO PODER POLÍTICO SOBRE A REGIÃO DE FATO.

No primeiro capítulo, discutimos a respeito da evolução das leis que amparam a construção do SUS dentro do sistema político-administrativo brasileiro. Ao buscar os princípios federativos assegurados constitucionalmente, o poder público desenvolve instrumentos de gestão que visam atender às distintas demandas sociais e regionais que tornam a gestão do sistema algo particularmente complexo.

Mostramos nos capítulos anteriores que a região de fato articula uma rede de municípios com diferentes níveis de população e de poder econômico e, com isso, potencializa (para esta região) a ineficácia do SUS, reforçando as diferenças que influenciarão na questão do financiamento.

A seletividade prevista pela NOAS de ser possível ao poder público pactuar uma região de saúde não se reflete na realidade dos municípios impactados pelos lagos. Estas práticas políticas constituídas na escala municipal, quando observadas pelo ângulo de sua participação na dinâmica da gestão do SUS, devem ser compreendidas como um conjunto mais diversificado de indivíduos ou grupos que nelas atuam. Neste contexto, estes atores políticos devem assumir mais intensamente a condição de sujeitos na condução de ações e relações que favorecem ou potencializam a formação de uma região de saúde.

Particularmente, o papel atribuído às administrações municipais na gestão do SUS é um processo que dificilmente retrocederá, já que a regulação e as normas existentes produzem referências políticas cada vez mais consideradas na relação mais direta que vem ocorrendo entre os grandes grupos econômicos, empresas e a sociedade local.

Por isto, enfatizaremos neste capítulo a visão municipal de poder local no cenário de uma possível construção de uma região de fato. A região de fato não existe. Seria negligência do poder público? Se sim, em que

proporção? Existiria algum outro elemento que não permitiria a articulação de uma região interestadual?

Entendemos que a visão do poder público local sobre a região de fato é uma importante escala de análise, pois desta forma poderemos averiguar se o que está acontecendo é uma espécie de “privação da região simbólica”³³, lembrando Bourdieu (1989). Segundo este autor, esta privação é inerente ao processo de desenvolvimento econômico capitalista, estabelecendo uma relação analógica de centro e periferia nas estruturas de poder na organização dos serviços:

(...) se a região não existisse como espaço estigmatizado, como província definida pela distância econômica e social (e não geográfica) em relação ao centro, quer dizer, pela privação do capital (material e simbólico) que a capital concentra, não teria que reivindicar a existência. (BOURDIEU, 1989, p. 126).

Assim, um sistema de gestão dos serviços do SUS que busque equacionar as sempre tensas relações “centro-periferia” nas distintas escalas, incluindo a dos municípios, dos estados e das possíveis regiões de saúde no Brasil, não pode se abster de discutir o papel do gestor público municipal na construção de uma região de saúde.

A regionalização dos serviços de saúde na visão do poder público pode ser denotada não apenas como um modo de compreensão do fenômeno, senão como uma de suas possíveis consequências ou associações as quais região de saúde de fato materializa. Este é o objetivo deste capítulo

Procuraremos apresentar ao leitor que a referência ao papel do Estado no planejamento e investimento de infraestrutura regional, bem como o envolvimento político das diversas classes sociais também são concebidos como aspectos possivelmente associados àquela determinação geral de diferenciação de áreas, ou nas políticas de regionalização.

³³Uma referência a “privação do capital simbólico” de Pierre Bourdieu (1989).

Todavia, necessário é também enfatizarmos que esta abordagem não é nova, já foi contemplada em reflexões de Massey (1981) e Lipietz (1988), porém com outras temáticas.

Em Lipietz (1988), por exemplo, encontramos importantes indicações para avançarmos na nossa proposta. Para este autor, "*a diferenciação dos espaços concretos (regionais ou nacionais) deve ser abordada a partir da articulação das estruturas sociais e dos espaços que elas engendram*" (1988, p.33).

Sendo assim, as diferenças regionais são estabelecidas pela combinação diferenciada de modos de produção em sua articulação ao que é dominante. O que o autor aponta é a possibilidade de deslumbrar um novo estágio delineado por relações interregionais, formadas por circuitos de ramos da produção, que lhe permite indicar a ocorrência de três tipos de regiões (Op. cit., p. 98-99).

O primeiro circuito de relações interregionais seria representado pelas reservas de mão de obra não qualificada e com valor de produção muito baixo. A região seria produzida pela dissolução de outros modos de produção ou pelo declínio das indústrias obsoletas.

A segunda seria formada pelas que apresentam alguma densidade de mão de obra qualificada e supõem uma tradição industrial, pelo menos no estágio da grande indústria e um valor médio da força de trabalho; e a terceira seria composta por aquelas que apresentam um forte meio tecnológico, com ligações estreitas entre os centros de negócio, serviços e os estabelecimentos de pesquisa, que apresentam um significativo valor da força de trabalho. É justamente sobre este sentido que versará nossa discussão.

A região de fato de saúde a qual estamos tratando neste trabalho tem apresentado evidências da própria diversidade nos tipos de visão sobre a região de saúde. Esta diversidade tem demonstrado como os "modos de articulação" entre os municípios são construídos.

A concentração dos serviços de saúde em determinados municípios, como Presidente Prudente, Maringá e Londrina indicam diferenciações

significativas para as relações interregionais pelo fato de se restringirem a um mesmo espaço político, a região de gestão do SUS.

Para Lipietz, embora seu esquema explicativo esteja baseado na divisão territorial do trabalho, somente quando se considera a ideia de controle político da gestão do SUS no município é que seu conceito se torna mais concreto, revelando a diferença, não tão clara, entre relações interregionais.

A manipulação e a alocação indevida das verbas de compensações e de *royalties* podem omitir ou mesmo negar a criação da região de saúde de fato. Para isto, apresentaremos neste capítulo a visão do gestor público sobre as possibilidades, as transformações regionais e o destino dos investimentos que as usinas hidrelétricas proporcionaram para cada município limdeiro.

Assim, ao buscarmos entender a visão do poder público no controle da estrutura dos serviços regionais, equivalerá a compreender de que maneira este controle político assemelha-se àquele ressaltado por Marx e Engels, fruto da *"(...) contradição entre o interesse particular e o interesse coletivo que leva o interesse coletivo a tomar, na qualidade de Estado, uma forma autônoma, separada dos reais interesses particulares e gerais e, ao mesmo tempo, na qualidade de comunidade ilusória, mas sempre na base concreta das relações existentes (...)"* (1977, p. 48).

São contradições existentes diante de possibilidades políticas não aproveitadas que a legislação brasileira permite inovar. O consórcio Interestadual de Saúde, por exemplo, que representaria um arranjo organizacional político, é interessante e possível de ser implantado na região de saúde de fato, porém não é lembrado por nenhum dos gestores do poder público desde que a lei entrou em vigor.

Assim, uma vez que este trabalho trata de políticas de regionalização do SUS, neste capítulo vamos abordar a visão dos administradores públicos sobre o tema. Consideramos importante deslumbrar a compreensão de cada um dos elementos aí envolvidos, em especial, por meio da problematização dos recursos advindo dos *royalties*, seu destino e as articulações políticas

em torno das usinas hidrelétricas, pontos possíveis de serem atribuídos ao que se identifica, aqui, como a região de fato.

Para nós, pensar na importância de um consórcio dos municípios lindeiros como mecanismo de gestão solidária dos equipamentos de saúde na escala regional pode ser uma alternativa (ainda que já prevista em lei) para a gestão do SUS e fortalecer o investimento em saúde nos municípios pactuados.

4.1 - AVANÇOS NAS TEORIAS, LEIS E SUAS DIFICULDADES.

No primeiro capítulo, discutimos a respeito dos mecanismos regulatórios dos conflitos ambientais e de saúde, na linha de uma abordagem integrada apresentamos o processo de construção de uma legislação flexível para que os Estados e municípios tivessem estratégias legais para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população, contribuindo para a consolidação do SUS.

Após estas inegáveis conquistas, do ponto de vista jurídico legal tem-se colocado como pauta de discussão do momento a reformulação das organizações de gestão dos estabelecimentos e equipamentos de saúde.

Sob os preceitos jurídicos discutidos, pode-se observar na literatura que existem inúmeras experiências exitosas que permitem abandonar a lógica tradicional de gestão que rege o SUS até hoje. Destas experiências, percebe-se a criação de condições para que, de forma permanente, o SUS aproxime-se mais dos indivíduos, tornando-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo.

Diante das novas possibilidades, tomemos como exemplo a questão dos consórcios de saúde. Sabemos que a partir da Lei nº. 11.107, de 6 de abril de 2005, a busca por este tema tem sido objeto frequente de avaliações de resultados, impactos e mecanismos de implementação pela comunidade acadêmica.

O princípio básico da criação de consórcios de saúde é bastante simples: quando um município não consegue resolver as necessidades relacionadas à saúde de sua população, um caminho possível para solução é a união com outros municípios com o intuito de garantir a oferta de serviços e um atendimento de boa qualidade ao usuário. Os municípios se associam para resolver problemas específicos de sua região. Assim, cada consórcio adquire peculiaridades e características próprias de sua região.

Verificamos que a região de fato apresenta características típicas para a formação de um consórcio como, por exemplo, o fluxo de consumo por equipamentos de saúde entre os municípios limítrofes. Estes municípios recebem um aporte financeiro extraordinário; todos estão conectados por rodovias e pontes; a maior distância entre seus principais centros de serviços pode ser percorrida em até 2 horas de carro ou até mesmo de ambulância. O consórcio é um instrumento já previsto em lei, que permite a configuração interestadual, requisitos pertinentes para a ocorrência do fenômeno em estudo.

Este arranjo regional permitiria a ampliação e um melhor ordenamento da oferta de serviços; a compra de serviços e a flexibilização da remuneração de profissionais com pagamento de incentivos, além da otimização dos recursos regionais disponíveis para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, enfim, investimentos para o SUS.

O próprio Ministério da Saúde considera os consórcios um instrumento eficiente de articulação entre os municípios, sendo a organização de consórcios uma das estratégias importantes para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população, contribuindo para a consolidação do SUS (2004, p.12).

Existem cenários que favorecem a criação dos consórcios de saúde. Em Minas Gerais, por exemplo, o estado induziu à formação de consórcios com incentivos e financiamento de estruturas regionais voltadas para assistência de média e alta complexidade. Outros consórcios surgiram por percepção e escolhas políticas de lideranças locais em favor da cooperação regional, para ampliar a oferta de serviços médicos especializados.

Por fim, existem consórcios, como no caso do Estado do Mato Grosso, em que a participação do Governo Estadual favoreceu a sustentabilidade das parcerias locais por mecanismos de indução de uma efetiva política de regionalização, reunindo os municípios mesmo aqueles não vizinhos, conforme demonstrado por Guimarães & Giovanella (2005).

Este é o aspecto que nos chama a atenção: o consórcio ser considerado uma fragmentação de municípios na federação, fenômeno, este por sinal, observado mais intensamente na década de 1990 e amplamente encampado na legislação do SUS.

Diante de um mosaico de municípios brasileiros que possuem baixa capacidade institucional, com dificuldades de ordem técnica, gerencial, financeira e mesmo de escala para o desempenho de suas competências, uma organização jurídica como o consórcio é uma alternativa viável para o recorte que estamos discutindo.

Na revisão bibliográfica, observamos que os consórcios favorecem estratégias de descentralização na direção de objetivos gerais do SUS para a regionalização e a hierarquização da oferta de serviços. Este tipo de cooperação é bem sucedido em municípios de pequeno porte, o que nos incentiva a pensar para a região lindeira também.

Em um estudo desenvolvido por Ribeiro (2003), entre esses municípios, 95% têm menos de 50 mil habitantes, sendo 60% com menos de 10 mil, o que sugere se tratar de um modelo de organização e de cooperação típico de cidades de pequeno porte, com vistas à superação de problemas comuns que sozinhos não conseguiriam resolver. Não há ainda no país uma única capital que pertença a consórcio, embora municípios de grande porte adotem esse tipo de associação.

Desta forma, entendemos que muitos temas de saúde pública demandam trabalho cooperado e coordenado na sua implementação e gestão.

Com o agravante da necessidade de se articular a já complexa federação com três esferas autônomas de governo, os estudos acima citados demonstram, de uma forma geral, que os consórcios de saúde no

Brasil sinalizam a possibilidade (onde a experiência foi implantada) de organizar em torno de assistência especializada, serviços de diagnose e terapia comum, constituindo-se como uma sociedade civil de direito privado, com sua execução seguindo regras públicas, conforme entende Lara *apud* Reis(2004, p116).

Segundo a autora, mostrando o exemplo de Penápolis-SP, a sua estrutura decisória é centrada num Conselho de Prefeitos e a gerencial em um órgão executivo. Por outro lado, no que tange ao financiamento, observamos, nos mesmos estudos, os municípios se cotizarem para a manutenção da estrutura de funcionamento e para a provisão de serviços, ao mesmo tempo em que executam estes serviços numa base municipal recebendo transferências do SUS.

Todavia, a existência de um ente privado (consórcio) que executa serviços leva a uma separação da estrutura de financiamento pelos municípios envolvidos e a própria provisão pelo ente consórcio, o que a nosso ver, é salutar, pois não esvazia e não mistura as estratégias e demandas locais.

De toda forma, esta estratégia de gestão é uma inovação para o setor público que pode ser incluída entre as iniciativas que, embora não façam parte da agenda predominante da Reforma do Estado, geram soluções organizacionais e ainda uma maneira de afastar do modelo típico da administração que não acompanha a dinâmica das transformações regionais.

Estas organizações favorecem a construção de sistemas regionais pactuados, respeitando o fluxo natural da demanda existente, facilitando o acesso e buscando conferir maior eficiência no uso dos serviços. Existe um esforço de síntese, de unir os prestadores de serviço, o que para nós é muito importante no debate da regionalização das políticas públicas de saúde.

Ademais, as coalizões feitas em torno dos consórcios, de uma maneira geral, têm aumentado a cooperação entre os participantes, mesmo de diferentes partidos políticos. Lenir Santos (2000), por exemplo, vai além.

Para a autora, o consórcio não cria outra instância de governo. Não cria uma entidade que se sobrepõe ao Município ou, melhor dizendo, à Secretaria Municipal de Saúde. O consórcio é um meio, uma forma de realização de programas, planos, serviços do interesse comum de todos os consorciados. Santos (2000, p.7) ainda pondera:

Se compete ao conselho municipal de saúde discutir e aprovar as políticas de saúde e fiscalizar a sua execução no âmbito de seu Município, o conselho deverá controlar as atividades do consórcio naquilo que interessa ao seu Município e foi objeto do acordo consorcial. Cada Município, de per si, deverá fiscalizar os atos do consórcio, devendo o consórcio encaminhar aos conselhos de saúde dos Municípios participantes a necessária prestação de contas de suas atividades. Não há que se cogitar da criação de um conselho intermunicipal de saúde com o intuito de fiscalizar as atividades do consórcio. Nem haveria fundamento legal para tanto.

No nosso entendimento, o instrumento consorcial, segundo estes conceitos apontados, atende perfeitamente aos requisitos propositivos que o objeto de estudo estimula pensar na regionalização do SUS, permitindo diversas articulações de municípios segundo as necessidades e características locais.

Esta modalidade de instrumento torna possível a inserção de um ente federado em diversos arranjos territoriais simultâneos, sendo adequado a um processo de gestão dinâmica e não burocrática entre entes federados cooperativos, com necessidades e potencialidades específicas relativas à atenção à saúde de suas populações.

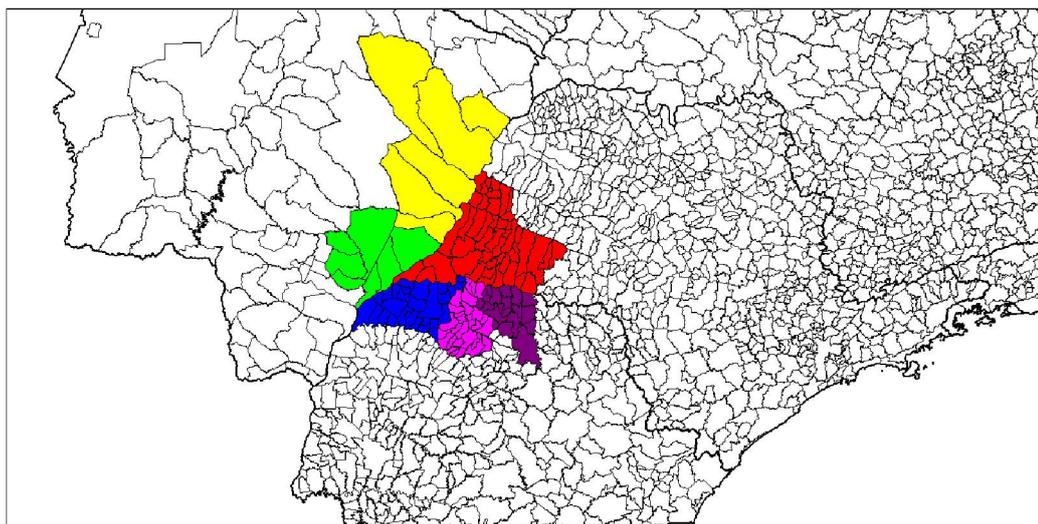
Dessa forma, para determinado ente federado, a adoção da estratégia consorcial não implica a sua fixação a um único território geograficamente determinado, o que mais uma vez já é alertado por Milton Santos (2002) e Raul Guimarães (2005), entre outros autores estudados que questionavam sobre esta questão.

O mesmo município pode ser partícipe de diversas parcerias simultâneas, segundo suas necessidades e estratégias. Por ser um instrumento de gestão cooperativa de caráter dinâmico, adequado ao dinamismo das relações existentes entre demanda e oferta de serviços e ações de saúde, tal e quais essas relações, o consórcio desconhece fronteiras que não aquelas da disposição à cooperação.

Tendo sido apontadas todas estas referências, questionamo-nos tal como o leitor pode se questionar neste momento: seria possível a formação de um consórcio para a região de fato?

Entendemos que sim, pois ao agruparmos os municípios, como demonstramos na figura abaixo, segundo as secretarias estaduais de saúde, verificamos a potencialidade desta organização na região de estudo:

FIGURA 20 - REGIONAIS DE SAÚDE DOS ESTADOS DE SP, PR E MS.



Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde do MS, PR e SP, 2011.

Na figura 20, pode-se visualizar 6 regiões administrativas de Saúde, com seus respectivos limites municipais. Compõe-se por uma região no estado de São Paulo, em vermelho, cuja sede é o município de Presidente Prudente; três, no Paraná, identificada com as cores azul escuro para Paranavaí, rosa para Maringá e roxa para Londrina; e, por fim, duas regiões

no Mato Grosso do Sul, com as cores verde para Nova Andradina e amarela para Três Lagoas.

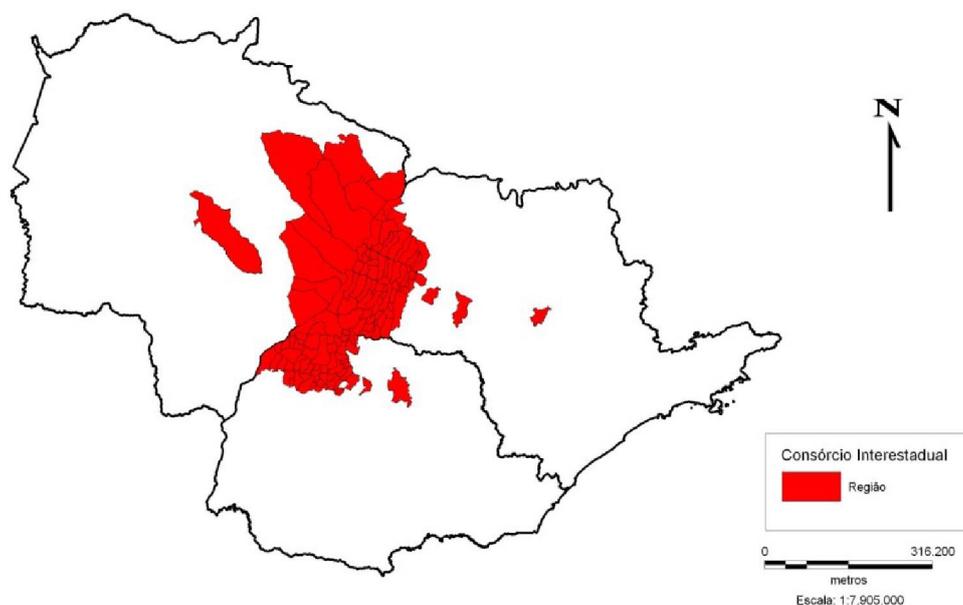
Como a NOAS define que cada estado deverá instituir um Plano Diretor de Regionalização, consoante o Plano Estadual de Saúde submetido à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e ao Conselho Estadual de Saúde (CES), para este Plano, uma série de requisitos mínimos deve ser definida, como explica Mendes (2001) e Artmann & Rivera (2003).

O que estamos evidenciando, porém, é que além dos requisitos acima mencionados, existe outro elemento estruturante e aglutinador representado pelas usinas hidroelétricas. Este item, uma vez levado em consideração, permitiria avançarmos ainda mais em novos mecanismos de regionalização: a região de serviços consorciada em torno dos municípios atingidos pelas barragens de usinas hidrelétricas na fronteira entre o Paraná, São Paulo e Mato Grosso do Sul.

Ao compararmos as regiões de saúde atuais (na figura 20) com a região destacada anteriormente nas figuras 7 e 8 (do capítulo 2), perceberemos que são justamente as mesmas cidades que consomem e utilizam os equipamentos de saúde.

Sabemos que cada Estado tem sua forma de regionalizar seus serviços de saúde, porém o consórcio pode ajustar a prestação de serviço em saúde de uma maneira que melhor otimize o aproveitamento dos equipamentos. Para que isto se efetive, sugerimos que o desenho desta região consorciada seja como na figura abaixo:

FIGURA 21 - CONSÓRCIO INTERESTADUAL DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS LINDEIROS



Elaboração: Ribeiro, 2011

Não verificamos até aqui nenhuma incompatibilidade administrativa com a modalidade de organização regional por consórcios. Pelo contrário, a nosso ver, esta região de saúde de fato está conectada, porém muito distante da sintonia aos pilares básicos da universalidade, integralidade e equidade que estruturam o processo do SUS.

Se todas as ações de regionalização buscarem materializar a região consorciada, as políticas públicas de saúde poderão facilitar ainda mais as relações existentes e contemplar um plano com maiores investimentos nos equipamentos públicos de saúde, tão questionado por falta de verbas.

O que mais uma vez destacamos: a legislação já contempla este tipo de região, o que justifica insistirmos e avançarmos nesta ideia.

No NOAS existem mecanismos de financiamento que permitem a criação e a manutenção de uma região consorciada, aliás, é esta a

recomendação do Ministério da Saúde para muitos gestores que estão enfrentando dificuldades na organização dos serviços. E para superá-las, busca-se fomentar boas práticas de gestão, principalmente quando se trata das políticas de desenvolvimento regional em saúde.

Segundo Guimarães (2005), é o gestor quem tem dificuldade para perceber que a região na qual as coisas realmente acontecem não é aquela estabelecida pela secretaria de saúde. Na visão do autor, este é um dos fatores que engessam os avanços das políticas regionais de saúde.

Para o leitor entender a respeito do financiamento que subsidia a região consorciada, há um tipo de habilitação para os municípios — Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPABA —, que define áreas de atuações estratégicas mínimas.

Para se ter condição para habilitação e acesso a uma fonte de recursos extras, os municípios devem apresentar como meta coletiva:

- o controle da tuberculose e a eliminação da hanseníase;
- o controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*;
- a saúde da criança e da mulher;
- a saúde bucal;

Uma vez articulada estas estratégias, é possível estabelecer ainda uma ampliação do grupo de procedimentos do PAB a serem cobertos por um PAB-Ampliado. Este acréscimo será aplicado no valor a ser recebido pelos municípios, exceto os que hoje já recebem um PAB fixo em valor superior ao já previsto pelo PAB-Ampliado.

Sabemos que para se ter a habilitação ao PAB-Ampliado, os municípios devem estar habilitados na NOB 01/96 e terem aprovados pelas Câmaras Bipartite e Tripartite os seguintes documentos:

- plano municipal de saúde vinculado à programação físico-financeira;
- abastecimento regular dos bancos de dados nacionais do SUS;
- avaliação dos indicadores do pacto de atenção básica;

- assumir as responsabilidades para a GPABA;

Ao levarmos em conta que o NOAS passa a definir um conjunto mínimo de procedimentos de complexidades para definir a regionalização, a mesma, mantém a lógica do financiamento atrelado à série histórica de gastos e produção e à capacidade instalada existente. Desta forma, repetindo a promoção das iniquidades com uma concentração de recursos nos lugares mais desenvolvidos em atenção ambulatorial e hospitalar.

Esta lógica não seria viável para este conjunto de municípios. Para os municípios lindeiros, o GPAB teria que ser interestadual.

Para que o consórcio avançasse, os municípios pactuados apresentariam suas demandas a partir das ofertas dos equipamentos existentes, levando também em consideração os fluxos dos cidadãos, a alocação e a ampliação dos mesmos.

Assim, os recursos estariam vinculados a esta oferta, permitindo, desta forma, que municípios pequenos como Presidente Venceslau, Rosana e Paranaíba se habilitem como sedes de módulos assistenciais, incluindo assistência às urgências, ginecologia, endodontia, exames laboratoriais, raios X, ultrassonografia, fisioterapia e internações nas clínicas básicas.

Este conjunto de medidas ampliaria o escopo de atendimento mínimo nos municípios pequenos, como os lindeiros, e, por conta do seu tamanho e produção ambulatorial, estas medidas permitiriam a eles a superação das dificuldades para a obtenção de recursos, inclusive na atual rede regional.

Ressaltamos que tem sido expediente usual do Ministério da Saúde a vinculação das habilitações a um aporte de recursos adicionais, com base em um valor per capita nacional, a ser acrescido nos tetos financeiros estaduais, em caráter progressivo, de acordo com as aprovações pela CIT dos municípios que aderem a GPAB Ampliada.

Os recursos adicionais, bem como o já previsto, poderão facilitar o processo de regionalização e de cobertura assistencial. A partir da bibliografia, parece-nos que onde o consórcio é uma realidade, a GPAB pode

se consolidar e efetivar, pois os recursos já são otimizados na sua aplicação e gestão.

A inovação para a GPAB dos municípios lindeiros é que, a partir desta diretriz, a região consorciada de fato incluiria nos quesitos acima mencionados um plano de investimento regional a partir dos *royalties* e compensações financeiras repassadas pelas usinas hidrelétricas.

Como estamos tratando de municípios pactuados, cada um arcaria com a sua capacidade financeira e demanda pelos serviços. Em momento algum, o município comprometeria a totalidade dos recursos, mas empenharia um volume suficiente para a ampliação e melhoria dos serviços da região consorciada.

Essas ações, a nosso ver, todas as ações acima discutidas, por um lado, propiciariam benefícios aos usuários e ampliariam a resolubilidade da rede de saúde; por outro, incentivariam o questionamento: de que maneira e por que isto não se efetivou?

Evidenciamos estas respostas no trabalho de campo. A visão do gestor foi fundamental para compreendermos porque não se avançou na questão do arranjo regional em torno do consórcio interestadual de saúde dos municípios lindeiros.

Apesar de existirem discussões em torno do tema e das limitações institucionais dos consórcios de municípios, em especial aquelas decorrentes da precariedade de ordem jurídica, um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE mostrou uma situação instigante: com o objetivo de analisar o perfil dos municípios brasileiros (2009), o estudo mostrou que a modalidade de consorciamento tem um amplo espaço para a sua utilização no país, pelo menos do ponto de vista formal, porém é pouco utilizado (38% dos municípios no Brasil), e são poucas as experiências que articulam entes federativos diferentes, como os três estados em análise.

Ainda sobre o estudo, esta situação reflete apenas a situação da realidade dos 5.560 municípios brasileiros, ou seja, não analisou a efetividade do funcionamento dos consórcios ou os motivos do não sucesso

para este tipo de gestão; apenas perguntou-se aos municípios se estes participaram ou não de consórcios e em qual modalidade de política pública. Neste caso, foi possível verificar que além de saúde, o meio ambiente é outro tema ligado aos consórcios.

É exatamente este trabalho do IBGE que nos fomentou a buscar no trabalho de campo os motivos pelos quais a região de fato não se organizou ainda nesta modalidade? Para isto, entrevistamos os gestores de cada município impactado pelos lagos para verificarmos a realidade desta região

4. 2 - A VISÃO DO GESTOR PARA A REGIÃO DE FATO

Ao longo das entrevistas, todos os gestores vinculados ao poder público entrevistados afirmaram que têm como prioridade na sua gestão, a possibilidade de articular, a qualquer momento, soluções para as transformações decorrentes dos impactos negativos que as UHE provocaram em seus municípios.

Além disso, esses gestores sofrem influência nas suas diversas magnitudes para determinar para onde vão os *royalties* pagos pela CESP/Aneel, como forma de compensação pela área alagada.

Todos os municípios lindeiros buscam equacionar o grande desafio: como gerar empregos, renda e qualidade de vida para sua população. Quais são os caminhos adotados, as estratégias políticas? As municipalidades estão se organizando para isto? Enfim, questões de ordem que precisam ser direcionadas, pois os recursos já estão disponíveis, porém, não são eternos.

Considerando estes aspectos, buscamos entrevistar os gestores municipais para conhecer a situação dos municípios quanto à aplicação dos recursos dos *royalties*, tendo a saúde como preocupação principal para o desenvolvimento de uma possível política dirigida ao consórcio regional dos municípios lindeiros, o que não se consolidou até hoje. O trabalho de campo foi realizado entre os meses de Junho a Dezembro de 2009.

Foram visitados 25 municípios de três estados: Paraná, São Paulo e Mato Grosso do Sul. Todos os municípios fazem parte dos reservatórios das hidrelétricas de Rosana (PR - SP) e Porto Primavera (MS - SP).

Destacamos que em quatro municípios (dois paranaenses, um paulista e um sul-mato-grossense) não tivemos acesso às pessoas que seriam objetos das entrevistas (secretários de saúde, finanças e o prefeito), mas mesmo assim, conversamos com alguns cidadãos destas cidades e também com funcionários municipais, para termos uma ideia de como está a situação, para mais tarde averiguar os dados.

As entrevistas tiveram a seguinte metodologia de trabalho: buscamos entrevistar pelo menos duas pessoas ligadas à administração pública. Na medida do possível, as entrevistas foram com os prefeitos (40%), ou secretários de finanças (25%) e de saúde (35%). Ressalte-se, quanto a estes últimos, terem sido, na maioria das vezes, encaminhados para melhorarem as respostas dos prefeitos e/ou dos secretários de finanças.

Nas entrevistas, apresentávamos a todos os gestores um mapa dos estados de São Paulo, Mato Grosso do Sul e Paraná, sobreposto a uma imagem de satélite de 2009 da mesma área e uma tabela com os valores repassados pela Companhia Energética de São Paulo-CESP aos municípios afetados pela formação dos lagos de duas usinas: Porto Primavera e Rosana.

Em algumas situações imprevistas, não tivemos a oportunidade de apresentar a mesma estratégia aos entrevistados. Nestas ocasiões, além da entrevista com os gestores, optamos por conversar com alguns munícipes, quando aproveitávamos para fazer também a mesma dinâmica, no entanto, usando algumas das respostas dos gestores para verificar impressões sobre as questões por eles respondidas previamente.

Durante as entrevistas, primeiramente, explicávamos ao entrevistado do que se tratava a pesquisa e apresentávamos um rol de perguntas norteadoras para a condução da entrevista, as quais tinham as seguintes expectativas:

A primeira pergunta era: "**Noque a formação do lago da usina mudou a vida da cidade?**". A expectativa desta pergunta foi verificar o

que de significativa (na visão do administrador e do munícipe) o lago possibilitou ao município.

A segunda questão, continha praticamente duas questões diretamente relacionadas: "**Com o lago, o município perdeu bens (materiais ou imateriais)? O poder público municipal faz parte de alguma organização (associação, por exemplo) que luta por seus interesses?**". O objetivo destas perguntas era identificar o nível da articulação política do município e com seus vizinhos.

A terceira pergunta era "**Após a formação do lago, a administração pública entende que está na mesma situação (compartilha os mesmos efeitos) dos outros municípios afetados pelo lago?**". O objetivo desta pergunta foi averiguar se o poder público considera os municípios limieiros como parte ou não de um mesmo fenômeno que os atingiu, no caso, o lago. Eram esperados os usos das categorias **região** e **consórcio** nas respostas.

Para a quarta pergunta, primeiramente, apresentávamos uma tabela com os valores em reais dos *royalties* e repasses financeiros. Na sequência indagávamos: "**Ao longo de 13 anos, a CESP repassou para a sua municipalidade valores substanciais em 'royalties' e em compensação financeira: de que maneira estes recursos foram aplicados desde então?**".

Ressaltamos, mais uma vez, que o trabalho busca identificar como as políticas públicas de saúde e os processos de regionalização podem promover o desenvolvimento de uma região afetada por usinas hidrelétricas.

A quinta questão foi a seguinte: "**Alguma parte destes recursos repassados (da CESP e da Aneel) foi aplicado especificamente na Saúde?**" Considerando o objetivo específico para o trabalho, esta pergunta pôde revelar um indicador interessante para verificarmos de que maneira os recursos gerados pela usina hidrelétrica foram aplicados pela municipalidade no setor.

Como sexta pergunta, tivemos mais uma vez duas combinadas em uma: ***“A Lei Orgânica da Saúde estabeleceu algumas formas organizativas possíveis (consórcios intermunicipais e interestaduais, por exemplo) para o SUS. Sabendo que os Conselhos Municipais são dotados de autonomia política e financeira para a gestão dos subsistemas de saúde em seu nível, o que foi realizado neste sentido? Como a sua municipalidade pactuou a organização administrativa destes?”***. O objetivo, com estas questões, era extrair do gestor a maneira com que a municipalidade teria articulado sua gestão. Nesta questão, a expectativa estava na possível formalização dos consórcios, mais precisamente os interestaduais, com os municípios que se encontram nas margens dos lagos, como uma forma de superar a divisão política formal do Estado, situação prevista na lei orgânica e portarias ministeriais da saúde.

A última pergunta: ***“Como o poder público vem pensando no futuro fim dos repasses de compensação da CESP e dos royalties (quando for o caso)?”***; a pergunta tinha como objetivo verificar como o poder público vem se preparando a respeito desta verba extraordinária, uma vez ser certo que irá acabar.

A nosso ver, demonstra-se prudente salientar que os procedimentos escolhidos para a análise foram desenvolvidos de acordo com critérios subjetivos da autoria da pesquisa. O roteiro para a entrevista foi elaborado com o propósito de nortear as perguntas durante a entrevista. No decorrer das respostas, até apresentamos outras perguntas, necessárias à medida que as respostas se tornavam evasivas.

Outro aspecto importante a ser considerado neste ponto do texto é sobre as limitações indutivas da análise. Pela própria essência da análise, não é possível buscar validar a realidade de outros locais ou regiões pelos resultados encontrados no cenário econômico e social dos municípios lindeiros. Esse trabalho limita-se apenas a indicar que há possibilidade de trilhar caminhos alternativos na gestão do SUS, principalmente na escala regional interestadual.

4.2.1 - A VISÃO DA REGIÃO DE FATO

Para este item, adotaremos apenas a origem do gestor, omitindo seus nomes e cargos ocupados no momento da entrevista. Trata-se de uma opção nossa para assegurar ao entrevistado que as respostas não o comprometeriam posteriormente. Mesmo assim, em quatro municipalidades houve recusa dos gestores públicos para a realização da entrevista.

No conjunto de respostas para a primeira pergunta, foi possível perceber um consenso sobre a mudança que as usinas provocaram em cada município. A grande maioria — 19 — ainda acredita que o lago trouxe “algum” desenvolvimento para a municipalidade, no entanto essa percepção é feita com ressalvas, caso de 6 gestores. Foi o caso dos gestores de Presidente Epitácio, Santa Rita do Pardo, Castilho, Três Lagoas, Rosana e Caiuá.

Para o gestor de Presidente Epitácio as belezas naturais foram destruídas, e até hoje é possível discutir o valor desembolsado para o pagamento delas. Ele ainda acredita que os valores foram irrisórios, demonstrando clara insatisfação pela compensação com o lançamento aleatório de perguntas ao longo da entrevista, como *Quanto vale uma ilha? Quanto vale uma reserva ecológica?*

Nesta mesma linha, está o de Santa Rita do Pardo. Ele acredita que o lago, na verdade, piorou a vida do ribeirinho e amenizou a vida do morador da cidade.

Já o gestor de Castilho acha que os impactos do lago no município não são proporcionais aos benefícios recebidos. O de Caiuá argumenta que, por conta da participação no espelho d'água do reservatório, o município recebeu um número de assentamento de moradores atingidos que, em 2009, respondia por quase 45% da população do município. Isso, se considerado apenas os assentamentos decorrentes da atuação da CESP,

pois este número deve ter aumentado em função de outros assentamentos, rurais, promovidos pelo INCRA e/ou pelo ITESP.

Para a segunda resposta, o lado paulista mostrou certa organização política para discutir as obras compensatórias apenas da Usina de Porto Primavera, sem mencionarem a respeito da usina de Rosana. Tanto no lado paranaense como no mato-grossense, não houve nenhuma associação com esta finalidade, o que, de certa forma, influenciou também na terceira resposta.

O gestor de Três Lagoas, por exemplo, disse que, ainda em 2005, o senador Rames Tabet (falecido em 2006) tinha fomentado um encontro com os políticos locais para tentar reunir forças para barganhar junto à CESP e aos governos estaduais uma melhor oferta de verbas indenizatórias. Todavia, tal iniciativa não superou a quantidade de duas reuniões. Depois da iniciativa do senador, não houve nenhum outro político que tenha dado prosseguimento à proposta.

Outros municípios do lado mato-grossense apontaram a existência de uma organização de municípios apenas para atender a demanda da saúde, no entanto somente para as questões estabelecidas pela secretaria estadual de saúde. Fora este tema, não houve menção a nenhuma outra organização política que estivesse à frente dos municípios.

É importante destacar que o lado paulista já contava com duas organizações políticas de cunho regional (UNIPONTAL e NOVA ALTA PAULISTA) antes da formação dos lagos, contudo nem todos os municípios integrantes foram afetados pelo reservatório e, talvez por isso mesmo, suas ações tenham se concentrado apenas em reivindicações regionais para o governo do Estado de São Paulo, sem jamais terem questionado diretamente a CESP ou quaisquer responsáveis pelas obras mitigatórias.

Devemos ressaltar que todos os gestores paranaenses entrevistados, circunscritos na 14ª. Regional de Saúde, citaram a formação do consórcio intermunicipal de saúde que reúne 28 municípios da região noroeste. A iniciativa para a formação deste não foi dos próprios municípios, tampouco teve como mote a instalação das usinas hidrelétricas. Deu-se por iniciativa

da secretaria de estado, por motivos alheios à nossa pesquisa. Apesar do consórcio, é importante destacar que os municípios paranaenses também não apresentam nenhuma organização que articule politicamente os municípios afetados pelos lagos da CESP.

Ressalte-se ainda que em quase todos os discursos, uma entidade política que represente todos os municípios seria algo muito difícil de ser criada, pois muitos municípios alegam ter demandas diferentes, apesar de todos terem em comum o fato de ter sido atingidos pelo lago, como aponta o gestor do município de Anaurilândia:

Essa questão depende de cada político, tem que estar focado em uma realidade local [...] Tem que ver se existe ou não um caminho alternativo, porque cada município tem uma realidade diferente da outra, uns recebem *royalties* a mais e outros a menos, cada caso é um caso.

Outros depoentes não são precisos em responder claramente ao propósito da pergunta. Portanto, podemos deduzir que nada mais existe que uma mera insatisfação da maneira como está ocorrendo a administração dos recursos dos *royalties* e que isso precisa ser melhorado, sem, contudo, indicarem sequer uma alternativa política para a superação deste problema.

A quarta resposta nos surpreendeu pela imperdoável falta de conhecimento dos gestores sobre o orçamento da municipalidade, inclusive, alguns próprios secretários de finanças. Destacaremos a seguir o principal argumento dos entrevistados para esta resposta que, num primeiro momento, alegaram desconhecimento técnico sobre o destino específico do recurso. Vejamos cada uma das respostas.

Para o gestor de Rosana, a verba não recebe um fim específico. Ela é executada segundo suas restrições. Em Euclides da Cunha Paulista, desconhece-se o fim específico; em Paranapoema, alegaram que “a pessoa que saberia responder a esta pergunta havia pedido exoneração recentemente”.

Os administradores de Terra Rica e de Brasilândia sabem sobre suas restrições, porém não têm informações específicas. Pediram para verificar na Câmara Municipal. Tergiversações usadas também por representantes de Inajá, Jardim Olinda, Mirante do Paranapanema, Anaurilândia, Santa Rita do Pardo, Panorama e Paulicéia.

Em Presidente Epitácio souberam responder, dizendo que 90% da verba foi aplicada na construção e ampliação da rede local de água e esgoto em parceria com a companhia de saneamento que presta serviços na cidade, a Sabesp. O restante está empenhado na reforma da Santa Casa de Misericórdia.

Nos municípios de Paranaíba, Caiuá, Ouro Verde e Presidente Venceslau, alegaram que a verba é tão pequena que, muitas vezes, é aplicada na manutenção das ambulâncias do município ou nos prédios da administração pública, não necessariamente apenas em áreas afins com a saúde.

Os gestores de Santo Antônio do Caiuá, Itaúna do Sul e Bataguassu não concordaram em participar da entrevista.

Os gestores de Três Lagoas e Castilho disseram que aplicam os recursos de forma variada, não sendo especificamente apenas na saúde, mas em outros fins que indiretamente influenciariam na saúde municipal. No caso de Castilho, foi possível averiguar esta informação na própria Câmara municipal, quando realizamos o trabalho de campo.

O gestor de Três Lagoas assegurou que a verba foi utilizada para a construção de um lixão — segundo ele, o único do estado a ter todas as certificações ambientais para seu funcionamento. Lembrou também o gestor que toda a indenização deveria ser aplicada em saneamento básico, pois o lençol freático é, segundo o secretário, o que mais sofre com a formação do lago.

A quinta resposta foi marcada pelo desconhecimento da modalidade de consórcio interestadual. Vigia o discurso de que o papel da administração pública é essencial, de que ela não pode trabalhar sozinha, que tem de trabalhar com toda a sociedade, mas muitos dos municípios ainda estavam

discutindo sobre os planos regionais de desenvolvimento de suas respectivas secretarias de saúde.

Em alguns municípios, como Paranaíba, os gestores até citaram o consórcio intermunicipal, contudo nunca não houve em nenhum momento a manifestação ou mesmo um mero interesse sobre o interestadual.

Ao indagarmos se já tinham ouvido falar, ou mesmo ao esclarecermos o que seria este consórcio interestadual, todos, de forma unânime, mostraram-se interessados nesta modalidade. Mas foi a resposta do gestor de Caiuá que a nós se mostrou uma visão interessante sobre esta questão:

Depende de cada administração, mas vendo outros municípios de outras regiões, na minha opinião, nós estamos numa região muito distante à do lago. Esta faixa aqui (apontando no mapa) apresenta um ritmo de crescimento bem menor que outros municípios de igual tamanho da Região Norte paranaense, por exemplo [...] aqui movimenta menos, gira pouco dinheiro tanto no setor público como na iniciativa privada. Agora, se tivesse um hospital, ou mesmo uma boa clínica de especialidades perto daqui, aí sim, para mim seria negócio. [SIC]

A resposta deste gestor permite que compreendamos que, como se trata de redes que ultrapassam as fronteiras de um município e de um estado federativo, dificilmente uma cidade isoladamente teria força política para determinar a estratégia de investimentos e de gestão em infraestrutura na saúde.

Entretanto, a presença ou ausência dessas redes de serviços, sua qualidade e disponibilidade no município, a partir deste debate, demonstraram-se ser absolutamente determinantes do próprio modelo de gestão regional, com enormes impactos na economia das cidades envolvidas.

Muito embora a sexta questão buscasse evidenciar articulações no sentido de evidenciar os possíveis consórcios em saúde, para justamente enfrentar dificuldades como a apontada pelo gestor de Caiuá, todos os

entrevistados demonstraram conhecimentos limitados quanto a alternativas já existentes em suas próprias gestões.

Interessante é que 60% dos entrevistados sabiam o que é consórcio; este mesmo grupo apontou apenas para os comitês de bacias, (com respostas significativas nos três estados federativos) como exemplo de avanço político mais próximo da ideia de um consórcio, mas nenhum deles apontou para o tema saúde. Mesmo com todos os avanços legais para o SUS, o que mais indicaram foi o comitê de bacias.

Outro grupo argumentou que tinha o serviço adequado para aquele momento e, da maneira como se encontravam, não haveria necessidade de se pensar neste assunto.

Para a última pergunta da entrevista, alguns gestores (principalmente os que mais recebem *royalties*) apresentaram opiniões de que se a revisão do Tratado de Itaipu apontar para o fim dos *royalties*, ou mesmo das compensações, alguns municípios estarão preparados, pois fizeram investimentos em setores importantes, outros apresentarão problemas. Transcrevemos abaixo um trecho significativo da fala do gestor de Presidente Epitácio:

Gestor de Presidente Epitácio - Depois do Lago de Primavera, eu acho que com a perda das terras e com os recursos dos *royalties* acho que nós saímos ganhando, seria um ganho de médio prazo, até que se termine em 2023. Vai acabar os *royalties*? Eu acredito que não acaba. Eu acho que tá dando mais do que nós perdemos, agora, os recursos que estão vindo deu uma alavancada muito grande nos municípios Lindeiros, o que acontece, o que a gente observa, que em muitos desses municípios os recursos são mal investidos, esses recursos deveriam ser investidos só no setor produtivo que gere emprego, gere indústria e que gere imposto no município para que possa substituir os *royalties* se não vierem mais. Só que muitos prefeitos não estão preocupados com essa questão, hoje tem mais municípios que estão mais espertos, tomando medidas pra substituir os recursos dos *royalties* se no futuro não vierem mais. [SIC]

A possibilidade de que a revisão possa acabar com os *royalties* não é acreditada pelo gestor de Castilho, por exemplo, que vê, ainda, uma melhoria dos valores dos recursos, pois os lagos transformaram a configuração municipal de tal maneira, que a relação impacto/compensação em determinados municípios “apagou” a verdadeira característica do município, porém permitiu a construção de outra.

Gestor de Castilho - Em primeiro lugar houve um fator: a CESP, tudo mudou, o rumo, o crescimento da região [...] a partir do momento que surge os lagos (ele se refere aos de Jupiá e Porto Primavera) ocorre uma espécie de desenvolvimento singular, que por um lado acaba prosperando a administração pública, mas por um lado, ficando sem identidade [...] de uma maneira geral os municípios Lindeiros acabaram criando uma estrutura, foi feito uma malha viária, mais adequada que antes [...] houve uma recuperação econômica bastante significativa, mas não dá pra dizer assim, que houve uma espécie de destaque econômico [...] conseguiu-se chegar em um nível que o Brasil em uma maneira geral não conseguiu [...] hoje é muito melhor [...] desenvolveu bastante, talvez tenha tomado o rumo que não deveria ter sido tomado, mas na minha opinião desenvolveu. [SIC]

Mesmo com todos os investimentos feitos, ainda haverá mais, segundo este gestor, pois é necessário recuperar um setor e também fomentar uma nova aptidão nos municípios atingidos, que na visão deste gestor seria, o turismo.

Os gestores de Caiuá, Mirante, Ouro Verde, Euclides da Cunha, Paranapoema, Jardim Olinda, entre outros municípios com repasses menores, entendem que a verba não trouxe benefícios extraordinários para seus municípios, mas que falta dela será sentida. Todavia, o que nos chamou a atenção foi um determinado trecho da resposta do gestor de Euclides da Cunha, o qual entende que se deveria fazer outra ponte, ligando à Terra Rica, pois hoje o trajeto é feito por balsa:

“ [...] se eu quiser internar ou consultar alguém urgentemente em Terra Rica ou Paranavaí, tenho que ir até Primavera [...] só ai vai uns 40 minutos e depois para Terra Rica mais 20 minutos, uma nova ponte aqui (*apontando sobre o Paranapanema*) e uma estrada boa, daí dá para ir nuns 20 minutos. Acho que daria para ir até Maringá com menos tempo [...]][SIC]

Se o tema da gestão de regiões de saúde consorciadas na esfera estadual consiste num tema muito obscuro da realidade dos muitos municípios lindeiros, pensar sobre a articulação dos *royalties* ou mesmo das compensações aparenta ser uma barreira clara para uma suposta autonomia do local, mais ainda quando se associa estes investimentos ao tema do desenvolvimento econômico dos municípios afetados.

No decorrer das entrevistas ficou-nos a impressão de uma frase de uma música do Cazuza: “tão perto de mim, tão longe de tudo”. Muitos que são vizinhos, limítrofes, em uma distância de menos de 1500 m no comprimento do lago, passam a sensação de que estão a mais de 100 km de distância!

Nos discursos, as diferenças não ficam apenas na sensação da distância geodésica, mas também nos valores de repasse. Os municípios que mais recebem são os que menos apontam a necessidade de se associar; por outro lado, os que recebem os menos recursos demonstraram desapontamento para a impossibilidade desta ação política.

Embora por razões distintas os gestores não estivessem satisfeitos com a maneira pela qual alguns temas foram discutidos nas entrevistas, como as políticas de investimento e gestão das infraestruturas ou o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, a ausência de um espaço político regional não foi motivo de semelhante insatisfação e, talvez por isso mesmo, em nenhum momento, estes mesmos gestores não tenham apresentado nenhuma proposta de superação das dificuldades por nós percebidas e discretamente apontadas, ou mesmo para o início de uma cena política regional atuante.

Todos os gestores disseram que os recursos provenientes dos repasses, mesmo os menores, eram aplicados nas necessidades locais. Alegação esta que contraditoriamente, nas conversas que tivemos, os municípios discordaram: “(..) *muitos estão metendo a mão no dinheiro*” (sic), disse um senhor, em Rosana. Em outros municípios, onde tivemos a possibilidade de conversar com outros cidadãos, muitos deles apontaram que os gestores locais deveriam ser ou já estão sendo investigados pelo Ministério Público por suposta má aplicação ou desvios dos recursos objetos de reflexão e inquirições nesta pesquisa. Dado interessante.

Por trás desta informação, não há dúvidas de que é importante averiguar se estas suposições sobre a aplicação de verbas são verdadeiras ou não. Esta suposição popular nos permitiria também supor se não seria este o verdadeiro motivo dos gestores das municipalidades não estarem articulados em instâncias consorciadas.

É difícil entender que em municípios como os que estamos discutindo, ao longo de quase 14 anos tenham consumido quase 3 bilhões de reais oriundos de repasses e ainda apresentem dificuldades políticas em melhorar a gestão dos serviços públicos de saúde.

Neste aspecto, a conversa, mesmo que acidental com muitos cidadãos, fomentou a possibilidade de nos motivar a pesquisar sobre este incoerente aspecto.

Para isto, verificamos junto aos ministérios públicos estaduais de cada estado a possibilidade do envolvimento de gestores em atos de corrupção correlacionados aos recursos de repasses financeiros das UHE.

4.3 - FISCALIZAÇÃO DOS INVESTIMENTOS E COMPENSAÇÕES NA REGIÃO DE FATO.

Quando tratamos de instrumentos políticos e democráticos de fiscalização e controle e de órgãos para tais, não podemos deixar de mencionar a importância da Ação Civil Pública e do Ministério Público (nas esferas estadual e federal) para a função de averiguar o exercício do bom uso de bens públicos no Brasil.

Na esfera jurídica, por exemplo, são inúmeros os trabalhos que constataam a importância destas instituições e de seus instrumentos no combate à corrupção e na busca por reparações dos bens coletivos quando são atacados pelos gestores públicos. Todavia, gostaríamos de realçar apenas a importância destes no controle social da gestão pública e alguns estudos comparativos.

Para Cecílio (1999), o controle social consiste em canais institucionais de participação na gestão governamental, com a presença de sujeitos coletivos nos processos decisórios, não se confundindo com os movimentos sociais que permanecem autônomos em relação ao Estado, buscando, via judicial, reparações, ou mesmo prevenir, contra danos ao meio ambiente, ao consumidor, ao patrimônio público, aos bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, por infração à ordem econômica, à economia popular, ou à ordem urbanística, podendo ter por objeto a condenação em dinheiro ou o cumprimento de obrigação de fazer ou não fazer.

Fora da literatura jurídica, existe uma interessante bibliografia que compara o instrumento da Ação Civil Pública e o papel do Ministério Público ao de instituições coletivas, não formais, ou seja, sem vínculos com o Estado, as quais nos permitem criar situações de cooperação (ou não) para que a própria sociedade estabeleça o gerenciamento e a fiscalização dos bens públicos, como aponta Alston & Nowell (1996), Bornstein *et al.* (1996) e Croson (2000).

Primeiramente, o conceito de bem público encontrado nos autores citados é baseado em realidades vividas por comunidades da América Latina, que dependem do meio ambiente ou têm, a partir de impactos ambientais, necessidade de gerir um patrimônio que as sustentarão.

Sem a presença do Estado, a gestão do bem público no sentido em que é tratado pela literatura indicada aproxima-se muito da ideia de benefícios fornecidos pelo Estado aos cidadãos. Todavia, estes benefícios (recursos) somente serão aproveitados se todos colaborarem para sua boa gestão, pois, nos casos de desvio, será a sociedade que arcará com os prejuízos.

Bornstein *et al.* (1996) traz um levantamento realizado nas comunidades rurais, isoladas na América Central. A ideia da participação da sociedade nas esferas políticas permite um interessante exemplo tanto ao Estado como ao cidadão de uma gestão política colaborativa e pouco afastada de seus propósitos. Desta equação sai uma equilibrada relação de controle sobre o bem de todos.

Esta situação tem sido uma alternativa para muitos povos rurais da Guatemala e Nicarágua, a fim de evitar que as corrupções corriqueiras nos órgãos ambientais possam prejudicar as atividades extrativistas das florestas, (bens públicos coletivos), que visam o desenvolvimento da coletividade como um todo.

Para Klooster (2000), todavia, ao ponderar sobre os motivos que ajudam a contribuir para a má gestão dos bens públicos no México, menciona que não se pode esquecer da falta de compreensão sobre as formas de uso dos recursos políticos pelo coletivo e que em todas as situações pesquisadas por ele, este foi um dos fatores que ajudou a desenvolver a prática lesiva do mau uso de recursos.

Para este autor, quando a sociedade permanece distante da participação na gestão pública, somada a pouca compreensão das leis em vigor, encontramos uma situação favorável ao que aconteceu com algumas comunidades que exploram recursos madeireiros no México.

Numa delas, a falta de conhecimento legal sobre a exploração de madeira (que a princípio tinha o objetivo de ser de forma sustentável) favoreceu o contrabando na região do Chiapas. Esta realidade contrapõe-se a outras localidades que possuíam sistemas institucionais semelhantes, nas quais a comunidade, ao se inteirar de todo o sistema legal, tem uma exploração de forma satisfatória. De outra forma, na visão do autor, a prática de contrabandear madeira desestabiliza os esforços políticos da comunidade, legítimos para controlar e gerenciar estes problemas.

Para Alston&Nowell (1996), a problemática dos problemas comuns constitui uma arena apropriada para se explorar as questões pertinentes ao papel das instituições formais na fiscalização do relacionamento entre Estado e sociedade civil em buscar estratégias que propiciem a conservação do meio ambiente, visando o equilíbrio do uso sobre o bem comum.

No caso brasileiro, diferentemente do México e de outros países latino americanos, existem instituições e instrumentos públicos sólidos que permitem este exercício.

Com papéis definidos, o Ministério Público dos Estados e da União são instituições importantes para fiscalizar os gestores e suas ações, de modo que estejam atendendo todas as diretrizes legais estabelecidas.

Com o intuito de verificar de que maneira eram aplicadas as verbas repassadas das UHES (o bem público em questão), fizemos um levantamento nas sedes das comarcas dos municípios lindeiros. Verificamos em quais deles tramitavam ações civis públicas contra gestores que aplicam (ou aplicaram) de forma indevida as verbas do repasse das usinas.

Segundo Arantes (1999), a ação civil pública é um instrumento jurídico que permite a representação, junto ao Poder Judiciário, de interesses coletivos, difusos e individuais homogêneos³⁴. União, estados, municípios,

34Os interesses difusos e coletivos são os "transindividuais de natureza indivisível" (Arantes, 1999:88), e os individuais homogêneos "são os decorrentes de origem comum" (ibidem). O fato é que os interesses são amplos, tornando possível levar à apreciação judicial praticamente qualquer assunto que envolva um grupo de cidadãos. Para mais detalhes, ver Arantes (1999).

autarquias, empresas públicas, fundações, sociedades de economia mista e associações existentes há pelo menos um ano, com objetivos de defesa do meio ambiente, do consumidor ou do patrimônio histórico e cultural e Ministério Público podem lançar mão de tal mecanismo.

Mesmo que a ação civil esteja prevista constitucionalmente na seção destinada ao Ministério Público, ela não é monopólio deste órgão, embora ele próprio responda por 90% das ações existentes (SADEK, 1997). Segundo ainda o mesmo autor, o Ministério Público (MP) é o ator privilegiado, mas não exclusivo, para utilizar este instrumento que permite levar ao judiciário uma gama imensa de assuntos que atingem a coletividade e que muitas vezes não são tratados por outros legitimados por conta de outros interesses.

Desta forma, em um primeiro momento de consulta nas comarcas lindeiras, verificamos um número significativo de ações públicas, que podem ser divididas em dois grupos: o grupo dos municípios que cobram da CESP e o que o Ministério Público cobra a CESP ? No primeiro grupo, em cujo polo passivo está a CESP, há um grande número de processos.

O principal motivo das ações é a demora ou o não atendimento dos acordos firmados antes e depois da formação da UHE Porto Primavera para reparar as reais situações dos municípios lindeiros. Atualmente, são três ações em andamento: duas no estado do Mato Grosso do Sul e uma no estado de São Paulo. Nenhuma no Paraná.

Para se ter uma ideia, em recente decisão do estado de MS, julgada em primeira instância (junho de 2010), a CESP foi condenada a pagar R\$ 34 milhões de indenização ao município de Anaurilândia por danos ambientais causados pela usina hidrelétrica de Porto Primavera. Da decisão ainda cabe recurso³⁵.

35A ação civil pública nº 022.06.500014-7, movida pela própria prefeitura, diz que a segunda fase do enchimento da barragem, concluída em 2001, causou erosão nas encostas do rio Paraná e "a destruição de boa parte das áreas reflorestadas e daquelas a serem reflorestadas".

Na sentença, o juiz, além de condenar a CESP a iniciar obras de contenção das encostas em 30 dias e concluí-las em um prazo máximo de cinco anos, sob pena de multa diária de R\$ 100 mil, o magistrado calculou uma indenização de R\$ 1,7 milhão pelos danos já constatados na perícia e em R\$ 32,6 milhões pela omissão na realização de obras de contenção.

O exemplo acima mostra que o retardamento das obras e o descumprimento dos acordos indenizatórios por parte da CESP são os motivos geradores das ações civis públicas até 2002, correspondendo a 90% dos documentos consultados.

Neste primeiro grupo, é interessante ainda destacar que nele figura também um número razoável de municípios movendo ações de forma coletiva, pois todos cobram a execução e a revisão das obras que deveriam ser empenhadas pela CESP. De 2002 até 2009, surgem ações individuais por parte dos municípios impactados, inclusive aquela por nós citada há pouco (não encontramos mais ações coletivas de municípios), cobrando pontualmente da empresa explicações pela gestão e aplicação dos recursos pelos quais são responsáveis.

O motivo que subsidia as ações coletivas e as individuais é o reconhecimento, por parte dos municípios paulistas e sul-mato-grossenses, como diversas vezes se considerou nesta investigação, de que a CESP trouxe algumas motivações para o desenvolvimento regional e, inclusive trazendo uma melhoria significativa na infraestrutura para os municípios lindeiros. Todavia, o preço pago pelos cidadãos diretamente atingidos nem sempre condiz com a contrapartida oferecida pela empresa, como foi o caso das indenizações e as compensações.

É interessante destacar que, ao analisar as ações, percebemos que enquanto a absoluta maioria da população atingida é aquela que habitava as margens e ilhas dos rios Paraná e Paranapanema e que fora deslocada para assentamentos ou indenizada financeiramente, a maior parte das obras modernas construídas ou em construção, contrariando a lógica, é direcionada às sedes dos municípios, não tendo, dessa forma, um sincronismo entre atingidos e beneficiados. Seguramente, isto nos impôs questionamentos a respeito dos motivos reais de alguns gestores municipais

para o empenho de obras em determinadas localidades que não trariam benefício algum a quem realmente carecia.

De fato, as irregularidades existem, como suspeitavam os cidadãos com quem conversamos ao longo dos trabalhos de campo. Em Presidente Epitácio, o Ministério Público está investigando a possibilidade de verbas da CESP terem sido empenhadas de forma irregular, como se pode verificar no processo de nº: 64503/10³⁶. Lembrando mais uma vez que os processos judiciais de nosso foco de análise versam apenas sobre o uso indevido dos recursos por gestores públicos.

No caso sul-mato-grossense, encontramos duas ações da Promotoria de Justiça do Estado. A primeira está na comarca de Batayporã, onde foi instaurada Ação Civil Pública, registrada sob o nº 027.06.001471-3, de 2006, em face do ex-prefeito de Anaurilândia, em razão de possível ocorrência de ato de improbidade administrativa com as verbas indenizatórias da Companhia Energética de São Paulo (CESP).

A segunda ação tramita na Comarca de Brasilândia, desde 2002, na qual o requerente (Ministério Público Estadual) apura se a Prefeitura Municipal de Brasilândia repassou aos ceramistas do município, sob a custa da CESP, valores superfaturados e com possíveis irregularidades no processo indenizatório do lago da UHE de Porto Primavera.

No lado paulista, no município de Rosana, encontramos uma única ação, já julgada em 2007. Seus culpados, agora em 2010 estão sendo presos pelo mau uso das verbas indenizatórias. Desde 2007, a população deste município está acompanhando o desenrolar das investigações sobre a corrupção que prejudica o andamento da municipalidade.

36Protocolo nº: 64503/10 - 1 Volume(s) - 0 apenso(s)/anexo(s), Número de Origem: 010/09 em Presidente Epitácio. Interessados: Ministério Público do Estado de São Paulo. Descrição do assunto: APURAÇÃO DA APLICAÇÃO DE RECURSOS TRANSFERIDOS PELA CESP AO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE EPITÁCIO

No final de 2007, um ex-prefeito foi preso por suspeita de corrupção³⁷. Fruto de uma ação civil promovida pelo MP em 1999, a justiça paulista conseguiu identificar 36 pessoas — agentes públicos —, as quais somente em 2010 foram presas por se apropriarem de verbas indenizatórias repassadas pela CESP. O humilde senhor que havia nos informado de uma suspeita sobre desvio de verbas estava correto.

Existem ainda 3 procedimentos de investigação que ainda não foram concluídos (até junho 2010), que envolvem improbidade administrativa no município, porém não conseguimos apurar se estes estão ligados ao desvio dos recursos das hidrelétricas.

Mas será que esta situação do mau uso de verbas por parte dos gestores é uma realidade ainda não descoberta em outros municípios lindeiros?

Ao longo do trabalho de campo, levantamos todas as informações possíveis, principalmente junto do Ministério Público. Até agora, os casos acima apontados são os que concretamente foram investigados e julgados. Resta-nos esperar pelo desfecho das investigações.

³⁷<http://www1.folha.uol.com.br/brasil/ult96u354401.shtml> (acesso 25/08/2010)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob o ângulo de um modelo de desenvolvimento, o SUS representa uma política favorável à construção da justiça social e do bem-estar entre os brasileiros.

Embora susceptível a críticas pontuais, mesmo por causa da complexidade das questões a serem enfrentadas, o SUS é um sistema democrático e suprapartidário de redistribuição de poder e de recursos; de redefinição do papel dos gestores públicos (e de suas responsabilidades financeiras); de estabelecimento de relações consensuais entre os diferentes níveis de governo; e de reorganização institucional.

A investigação que serviu de base a esta tese foi motivada pelo intuito de compreender a regionalização dos serviços de saúde a partir das influências de duas usinas hidrelétricas (UHE), a de Porto Primavera e a de Rosana, localizadas em uma região de fronteira entre três estados: São Paulo, Paraná e Mato Grosso do Sul.

A hipótese desta tese foi a existência de uma região de saúde a partir das novas dinâmicas nos fluxos pelos serviços de saúde dos municípios afetados pela formação dos reservatórios da UHE. Desta forma, poderíamos verificar o impacto na regionalização dos serviços de saúde a partir de obras de magnitudes como as de UHE.

A reestruturação dos fixos (pontes e pavimentação de rodovias) trouxe implicações para o planejamento regional oficial. Os novos fluxos resultantes não estão contemplados na gestão do SUS. Outro aspecto estudado foi o conceito de região no planejamento dos serviços. O conceito empregado nos documentos norteadores do SUS não é contemplado em nenhuma gestão municipal, mostrando-se desarticuladas com a realidade.

Entendemos que as potencialidades do recorte regional interestadual para os gestores do SUS estaduais e municipais a partir da usina hidrelétrica

são interessantes e podem ser aplicadas em outras localidades que apresentem configurações semelhantes no Brasil, uma vez que não é uma novidade, já que esta modalidade de região consorciada é prevista na legislação em vigor.

Diante disso, cabe concluir acerca de algumas questões abordadas no trabalho.

Em um primeiro momento, argumentamos que, ao combater as distorções provocadas por modelos de desenvolvimento, o SUS permitiu a construção de uma importante ação política pública sobre a extensão da cobertura dos serviços de saúde como instrumento de superação da desigualdade.

A consolidação do campo da saúde, como estratégia política de desenvolvimento significa uma oportunidade para incorporar a saúde pública um vetor no desenvolvimento regional.

No caso brasileiro, o desenvolvimento econômico está apoiado na matriz hidrelétrica. Desta, é possível refletir sobre as questões de transformações regionais a partir de grandes empreendimentos de infraestrutura como uma usina hidrelétrica (UHE), ao dimensionar o poder de seu impacto no seu entorno.

Muitas vezes, para as compensações se efetivem, é preciso buscar novas fontes de financiamento. No caso da saúde pública, esta alternativa é possível pela legislação atual. O uso dos royalties ou das compensações financeiras pode ser aplicado para este fim.

No entanto, encontramos situações onde as condições de acesso aos serviços de saúde do SUS adotadas nos municípios limítrofes não são entendidos como prioridades, principalmente a partir das aplicações dos recursos financeiros compensatórios que eles recebem. Estes municípios preferem adquirir ambulâncias ao invés de ampliar a oferta de serviços na unidade básica de saúde.

Os mecanismos de gestão do SUS, principalmente nos itens de financiamento dos serviços e organização do sistema são flexíveis. No

entanto, muitos gestores permanecem vinculados fortemente à lógica da oferta de serviços, atrelada à série histórica de gastos e de produção e à capacidade instalada existente. O que de certa forma mantém a concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas e em ações nem sempre compatíveis com o perfil de necessidades da população e que determina a regionalização dos serviços de saúde.

O modelo de região de saúde em vigor privilegia apenas as grandes cidades que já tem uma grande oferta de serviços. Desta forma, esta configuração mantém uma espécie de macrocefalia em três cidades na região de saúde de fato (Presidente Prudente, Maringá e Londrina) e esvazia todas as demais exigindo que outros municípios envolvidos com os reservatórios apenas invistam em ambulâncias e expondo o cidadão a longas e perigosas viagens.

Se o aporte financeiro atendesse os municípios apresentados na figura 8, além das cidades de Presidente Prudente (SP), Maringá (PR) e Londrina (PR) ³⁸, teríamos os municípios de Presidente Venceslau (SP), Paranavaí (PR) e Três Lagoas (MS) como centros intermediários de serviços desta rede, o que aproximaria a realidade dos fluxos.

A regionalização deveria levar em consideração os fluxos e os fixos da região de saúde de fato, desta forma, permitiria aos cidadãos (pacientes), viagens menores, tanto em tempo como em distância e uma melhor distribuição da hierarquia e acessibilidade.

Entendemos que este arranjo permitiria no que se refere ao modelo assistencial, o aumento da resolutividade e a garantia de acesso aos serviços em todos os níveis de complexidade. A região de saúde de fato, como região de gestão de serviços, poderia ampliar o escopo de atendimento mínimo nos municípios lindeiros que são pequenos, e, por conta do seu tamanho e produção ambulatorial, estas medidas permitiriam a eles a superação das dificuldades para a obtenção de recursos, inclusive na atual rede regional.

³⁸Estes já exercem a sua importância como centros de alta complexidade em cada estado.

Essa seria uma ação importante, tendo em vista que o grande problema de quando se pensa na regionalização dos serviços de saúde está na dificuldade de acesso à assistência de média e de alta complexidade, em especial face à enorme concentração desses serviços em poucos municípios e, mesmo a completa inexistência de determinados serviços de alta complexidade em diversos estados.

Os repasses e futuras compensações poderiam servir como um fundo de investimento para melhoria das cidades que atendem a região de saúde de fato. Isto de certa forma viabilizaria a construção ou mesmo a ampliação da rede de serviços em municípios que pela lógica do repasse atual (PAB fixo) não teriam condições de receber este investimento.

A respeito das obras de infraestrutura executadas, é expressivo o investimento em estradas e pontes. O que pudemos evidenciar é que estes investimentos melhoraram a circulação dos municípios lindeiros. A ponte que liga o estado do Mato Grosso do Sul ao de São Paulo é a própria usina, e permite que uma pessoa, por exemplo, de Santa Rita do Pardo (MS) tenha acesso ao serviço de saúde em Castilho (SP) e Araçatuba (SP).

Percebemos que todos os agentes políticos disputam aleatoriamente, os usos, os benefícios dos royalties e as obras compensatórias da região de fato. Diante disto, verificamos junto aos ministérios públicos estaduais de cada estado a possibilidade do envolvimento dos mesmos em atos de corrupção correlacionados aos recursos de repasses financeiros das UHE.

Constatamos numerosas tramas derivadas deste fato, que por sua vez, já desdobram em processos judiciais em função dos desvios de recursos, como apresentado no capítulo 4. Mas havia também aqueles que não concordavam com os valores propostos pela CESP.

Tudo isso permite ajudar na interpretação que essas visões dos gestores sobre os royalties e os processos judiciais impõem obstáculos para efetivação da região de saúde de fato como uma região de serviços.

Destaca-se também que ao longo de quase 14 anos, todos os municípios lindeiros consumiram quase 3 bilhões de reais oriundos de repasses e investimentos em obras compensatórias. Poucos municípios

articularam melhorais significativas para melhorar os serviços públicos de saúde, como foi o caso de Anaurilândia e Eptácio.

Porém, se todas as ações municipais buscassem materializar uma região consorciada, por exemplo, as políticas públicas de saúde poderiam contemplar em um plano com maiores investimentos nos equipamentos públicos de saúde, tão questionado por falta de verbas.

Diante do exposto, conclui-se que existe uma região de serviços de saúde conformada por municípios lindeiros e não lindeiros aos reservatórios das UHE de Rosana e Porto Primavera.

Dessa forma, foi possível demonstrar que as transformações regionais provocadas por empreendimentos como foi o estudo tem efeitos nas diferenciações e na organização hierárquica da rede de serviços de saúde.

As usinas hidrelétricas podem ser estudadas a partir da leitura da geografia, com o intuito de subsidiar o planejamento do SUS os processos sócioespaciais a futura ou a já região atingida, a exemplo do que realizamos nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALSTON, R. M.; NOWELL, C. Implementing the voluntary contribution game: a field experiment. **Journal of Economic Behavior & Organization**, 1996 (31):357-368

ANEEL (Agência Nacional de Energia Elétrica). **Setor Elétrico Brasileiro e Valores Normativos**, out. 2009, mimeo.

ARANTES, R. B. **Judiciário e Política no Brasil**. São Paulo, Sumaré/FAPESP/Educ,1999.

ARAUJO, J. D. Health and economic development: a review. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, n. 4, Dec, 1975.

ARTMANN. E. & RIBVERA, F.J.U. A démarche stratégique (gestão estratégica (Hospitalar): um instrumento de coordenação de prática hospitalar baseado nos Custos de oportunidade e na solidariedade. **Cien Saude Colet**. 2003; 8 (2):479-499.

AYERBE, L. F. **Estados Unidos e América Latina: A Construção da Hegemonia**. São Paulo. UNESP. 2002.

AUGUSTO, L.G.S. Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção. **Epidemiol Serv Saúde**;12(4):177-86, 2003.

BANCO MUNDIAL Y AIF. **Normas y Operaciones: Grupo del Banco Mundial**. Washington D.C., 1973.

BARCELLOS, C.C, SABROZA, P.C, PEITER, P., IÑIGUEZ ROJA L. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Inf Epidemiol SUS** 2002;11(3):129-38.

BARCELLOS, C.; QUITERIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, FEB, 2006.

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2006. Disponível em:
<http://www.seade.gov.br> acesso 25/3/2011.

BECK, U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva, pp. 11-71. In U. Beck, A. Giddens & S. Lash. **Modernização reflexiva - política, tradição e estética na ordem social moderna**. Editora UNESP, São Paulo, 1997.

BECK, C. L. C. **O sofrimento do trabalhador: da banalização a ressignificação ética na organização do trabalho da enfermagem** [tese]. Florianópolis (SC): UFSC/PEN; 2004

BECKER, B. K. A Amazônia e a política ambiental brasileira. In: **GEOgraphia (Revista de Pós-Graduação em Geografia)**. Niterói: Universidade Federal Fluminense, dezembro de 2004, Ano Vin. 11, p.7-20.

BLAXTER, M. Health services as a defence against poverty in industrialized societies. **Social Science and Medicine**, 17: 1139-1148, 1983.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito constitucional**. 7. ed. São Paulo: Malheiros, 1997.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa, Difel/Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1989.

BORNSTEIN, J.; DEAN, A.; HOELLER, P. **Economics and the environment: A survey of issues and policy options**. Paris: OECD, 1996. (OECD economic studies, nº 16).

BRASIL. Ministério das Minas e Energia. **Balanço energético nacional**. Brasília: MME, 2001.

_____. Ministério das Minas e Energia. Comitê Coordenador do Planejamento da Expansão dos Sistemas Elétricos. **Plano decenal de expansão 2003-2012** do setor elétrico. Brasília: MME, 2002. (Sumário Executivo).

_____. Agência Nacional de Energia Elétrica. **Atlas de energia elétrica do Brasil**. Brasília: Aneel, 2009.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Descentralização das Ações e Serviços de Saúde. A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. **Vigilância Ambiental em Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso a**

assistência à saúde no Brasil, 1998 - 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Comissão Intergestores Tripartite do SUS: pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão.** Brasília: MS; 2006. [Série A, Manuais e Normas Técnicas]

BROWN, E. F. **Rockefeller Medicine Men.** Berkeley: University of California Press; 1980.

BANCO MUNDIAL/Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. **Informe sobre Salud** 1973. 1ªed., Washington: Oxford University Press, 1973, 335p.

BUSE, K & WAXMAN, A. Public-private health partnership: a strategy for WHO. In: 141 **Bull World Health Org**; 79:748-54, 2001.

CAMPOS, A. L. V. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o serviço especial de saúde pública. In: GOMES, A. C. (Org.) **Capanema: o ministro e seu ministério.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

CAMPOS, A.L.V. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960.** Rio de Janeiro; Fiocruz; 2006.

CAMPOS, R. P. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o serviço especial de Saúde Pública.** Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, Maio, 2007.

CARDOSO, F. H., Associated dependent development: theoretical and practical implications. In: **Authoritarian Brazil** (A. Stepan, ed.), pp. 142-178, New Haven: Yale University Press, 1973.

CASTRO, Iná Elias de. Problemas e alternativas metodológicas para a região e para o lugar. In: SOUZA, Maria Adélia de et al. (Org.). **Natureza e sociedade de hoje: uma leitura geográfica.** 3. ed. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994. p. 56-63.

CASTRO SANTOS, L. A. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. IN: **DADOS: Revista de Ciências Sociais,** Rio de Janeiro, vol. 28, no 2, 1985, p. 193-210.

CASTRO SANTOS, L. A. **Power, Ideology and Public Health in Brazil** (1889- 1930), Cambridge: Harvard University, 1987.

CASTRO SANTOS, L.A.; FARIA, L. R. **A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República.** Bragança Paulista: EDUSF; 2003.

CENTRAIS ELÉTRICAS BRASILEIRAS S.A. – ELETROBRÁS. **Perspectivas do setor elétrico para 2008 - 2014**. Brasília: Eletrobrás, 2007.

COBBS, E. A. **The rich neighbor policy: Rockefeller and Kaiser in Brazil**. New Haven: Yale University, 1992.

CORRÊA, R. L. Espaço: um conceito-chave da Geografia. In CASTRO, I. E. de, et al. **Geografia: conceitos e temas**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001, p.15-47.

CROSON, C. A. **Cultural relationand U.S. foreignpolicy**. Bloomington: Indiana University Press, 2000.

CUETO, M. (ed.) **Missionaries of science: Latin America and the Rockefeller Foundation**. Bloomington: Indiana University Press, 1994.

DIAS, J. A **construção da paisagem na raia divisória: São Paulo-Paraná-Mato Grosso Do Sul: Um estudo por teledeteccção**. (Doutorado em Geografia), 2003. Faculdade de Ciências e Tecnologia. Universidade Estadual Paulista, 2003.

ELIAS, N. **O Processo Civilizador: formação do Estado e civilização**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

ENGELS, F. **La situación de la clase obrera en Inglaterra**. Ciudad de México: Cultura Popular; 1985.

ENSP/FIOCRUZ. **III Workshop preparatório para a Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável**. Texto para discussão. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

FAORO, Raymundo. A Aventura Liberal numa Ordem Patrimonialista.In: **Revista USP**, nº 17, pp. 14-29, 1993.

FARIA, L. R. **Ciência, ensino e administração em saúde: a Fundação Rockefeller e a criação do Instituto de Higiene de São Paulo**. (Tese de doutorado em saúde coletiva), 2003. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

FAUSTO, B. **Trabalho Urbano e Conflito Sociais (1890-1920)**. Difel, São Paulo, 1977.

FEE, E. **Diseaseand Discovery: a historyofthe John Hopkins School of Hygiene and Public Health (1916-1939)**. Baltimore/Londres: The John Hopkins University Press, 1987.

FEIN, R. Health programs and economic development. In: AXELROD, S. J., ed. - **The economics of health and medical care: proceedings of the first Conference on the Economics of Health Services**. Ann Arbor, The University of Michigan, 1964. p. 271-82.

FERREIRA, Jorge. De Roosevelt, mas também de Getúlio: o Serviço Especial de Saúde Pública. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Dec, 2007.

FIORI, J.L. (org.) **Globalização: o fato e o mito**. Rio de Janeiro, EduERJ, 1987.

FRANCO N., G.; CARNEIRO, F.F. Vigilância ambiental em saúde no Brasil. In: **Ciênc. Ambientais** ;25:47-58, 2002.

FREITAS, C.M, SOARES, M & PORTO, M.F.S. **Subsídios para um programa na Fiocruz sobre saúde e ambiente no processo de desenvolvimento, pp. 1-11. I Seminário Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, 2 a 5 de junho de 1998: o engajamento da Fiocruz**. Fiocruz, Rio de Janeiro. (Série Fiocruz - Eventos Científicos), 1999.

FINKELMAN, J.; CARCAVALLO, R. U.; NÁJERA-MORRONGO, J. Consideraciones epidemiológicas. In: **Las represas y sus efectos sobre la salud** OPAS (OMS), 1984. p. 176 - 186.

FIRKOWSKI, O. L. C. F. ; TIMBO, A. A. . **O processo de regionalização do estado do Paraná e a implementação da Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS**. In: III Encontro Brasileiro de Estudos Regionais, 2004, Belo Horizonte. III Encontro Brasileiro de Estudos Regionais. Belo Horizonte : PUC Minas, 2004.

Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro- FIRJAN (2008). **IFDM - Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal**. Rio de Janeiro: Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. In: <http://www.firjan.org.br>. Acessado em 22/08/2008.

FLEURY, S. (org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. Lemos Editorial, São Paulo, 1997.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Conferência Internacional de Meio Ambiente, Desenvolvimento e Saúde (CIMADES) - Carta da Saúde, Agenda Sanitária e Relatórios Finais**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1992.

FURGUSON, D. L. **Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation**. Oxford University Press, Nova York, 1963.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. In: **Ciênc Saúde Coletiva**. 2006, n°2, pág 521-35.

GEGNER, M. Decline of the European city: a social tendency or a rhetoric figure?. **Soc. Estado**, Brasília, v. 21, n. 3, Dec., 2006.

GEORGE, P. Problemas, doutrina e método. In: GEORGE, Pierre; GUGLIELMO, Raymond; LACOSTE, Yves. **Geografia ativa**. São Paulo: DIFEL, 1980.

GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

GILL, W. WHO under stress: implications for health policy. **Health policy**, v. 24, p. 125-44, 1993.

GOODE, R. Comment on the paper by Raski Fein. In: AXELROD, S. J., ed. - **The economics of health and medical care: proceedings of the first Conference on the Economics of Health Services**. Ann Arbor, The University of Michigan, 1964. p.182-5.

GOMES, Paulo César da Costa. **Geografia e modernidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

GROSSE, R. N. Interrelation between health and population: observations derived from field experiences. **Social Science and Medicine**, 14 C: 99-120, 1980.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, jul./ago. 2006.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**. v. 22, n. 9, p. 1795-1807. set. 2006.

HAESBAERT, R. **Região, diversidade territorial e globalização**. Geographia [revista da pós-graduação em geografia da UFF], Rio de Janeiro, ano 1, n. 1, p. 15- 39, 1999.

HARVEY, D. **A Justiça Social e a Cidade**. São Paulo: Hucitec, 1980.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento**. Hucitec-ANPOCS, São Paulo, 1998.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. A. I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde em debate no Estado Novo. In: GOMES, A. C. (Org.) **Capanema: o ministro e seu ministério**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

HULKA, B.S. & WHEAT, J.R. Patterns of utilization. **Medical Care**, 23(5):438-460, 1985.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **REGIC 2007**. Rio de Janeiro - RJ, 2009.

_____-IBGE. **Perfil dos municípios brasileiros: meio ambiente**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/munic_meio_ambiente_2002/index.htm>.
Acesso em:
26 set. 2009.

_____- **IBGE lança Mapa da Pobreza e Desigualdade 2003** - Comunicação Social 18 de Dezembro de 2008
Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1293&id_pagina=1
Acesso em: 13 de Dezembro de 2010

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Desenvolvimento humano e condições de vida**. Brasília - DF, 1998.

JONES, S. B. Boundary concepts in setting of place and time. In: **Annals of the American Geographers**, v. 49, n. 3, p. 241-255, 1959.

KAISER, B. A região como objeto de estudo da geografia. In: GEORGE, Pierre et al. (Org.). **A geografia ativa**. 3. ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1981. p. 279- 321.

KLIKSBERG, B. **Repensando o Estado para o Desenvolvimento Social: superando dogmas e convencionalismos**. São Paulo, ed. Cortez, 1998.

LABRA, Eliana. **O movimento sanitarista dos anos 20: da conexão sanitarista internacional à especialidade em saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro, EBAP/FGV, 145 mimeo (tese de mestrado), 1985.

LEAL, M. C.; SABROZA, P.C., RODRIGUEZ, R.H. & BUSS, P.M. (orgs.) **Saúde, ambiente e desenvolvimento - processos e consequências sobre as condições de vida**. Editora Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1992.

LIPIETZ, A. **Miragens e Milagres: problemas da industrialização no terceiro mundo**. São Paulo: Nobel, 1988.

LENCIONI, S. **Região e geografia**. São Paulo: Edusp, 2000.

LEFEBVRE, Henri. Estrutura social: a reprodução das relações sociais. In: FORACCHI, Marialice Mencarini; MARTINS, José de Souza (Org.). **Sociologia e sociedade: leituras de introdução à sociologia**. Rio de Janeiro: LTC, 1977. p. 219-252.

LIMA, N. T. **Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representações geográficas da identidade nacional**. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Editora Revan, 1999.

LIMA, S.; GUIMARÃES, R. Determinação social no complexo técnico-patogênico informacional da malária. **Hygeia**, Brasília, DF, 3.5, 08 01 2008. Disponível em: <<http://www.hygeia.ig.ufu.br/viewarticle.php?id=65>>. Acesso em: 09 03 2009

MASSEY, D. Regionalismo: alguns problemas atuais, in: **Espaço e debates**. I (4), São Paulo, Cortez, 1981

MARX, K. & ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Grijalbo, 1977.

MBURU, F. M. Health systems as defences against the consequences of poverty: equity in health and social justice. **Social Science and Medicine**, 17: 1149-1157, 1983.

MCCARTHY, M. **A conversation with the leaders of the Gates Foundation's Global Health Program: Gordon Perkin and William Foege**. *Lancet*, v. 356, 8 July, 2000, p. 153-5.

MCCULLY, P. **Silenced Rivers: the ecology and politics of large dams**. London: ZedBooks, 1996.

MACEDO, C.G. El contexto. In: Organización Panamericana de la Salud. **La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washington, D.C., p. 237-43. (OPS - Publicación Científica, 540), 1997.

MACHADO, L. O. Limites e fronteiras: da alta diplomacia aos circuitos da ilegalidade. **Revista Território**, Rio de Janeiro, n. 8, p.9-29, 2000.

MAGALHÃES, R. Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, June, 2001.

MEDICI, A. C. Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 19, p. 47-59, jan.-abr., 1994.

MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; LIMA-COSTA, M. F. F.; GOTLIEB, S. L. D.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.17, p. 271-281, 2007.

MENDES, R. B. G. Estudo epidemiológico sobre a silicose pulmonar na Região Sudeste do Brasil, através de inquérito em pacientes internados em hospitais de tisiologia. **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo, 13:7-19, 1979.

MENDES, R.B.G. **Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico.** [Dissertação de mestrado, área de Medicina Preventiva do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1982, 209p].

MENDES, E.V. **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1991.

MESA-LAGO, C. **Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de seguridad social.** Cepal/GTZ, Santiago do Chile, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável.** Brasília, 1996.

MINGHI, J. Boundary Studies in Political Geography. **AAAG**, v. 53, n. 3, p. 407-428, sept. 1963.

MOTTA, R. S. **Economia ambiental.** Rio de Janeiro: FGV, 1997.

MOURA, G. **Autonomia na dependência: a política externa brasileira de 1935 - 1942.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

MYRDAL, G. **O Estado do futuro: o planejamento econômico nos estados de bem-estar e suas implicações internacionais.** Rio de Janeiro: Zahar, 1962.

MUSHKIN, S. J. **Health as an investment.** J. polit. Econ., 70(5, Pt. II): 129-57, 1965

NEWMAN, D.; PAASI, A. Fences and neighbors in the postmodern world: boundary narratives in political geography. **Progress in Human Geography**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.186-207, 1998.

OLIVEIRA, F. **Elegia para uma re(li)gião: SUDENE, Nordeste, planejamento e conflito de classes.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. p.13-38.

OLIVEIRA, L.C. **Economia, Instituições e Royalties.** Unioeste/PPE, 2008. 314p. (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual do Oeste Paranaense, Paraná.

OMS/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia.** Brasília: UNICEF, 1979.

OMS Organización Mundial de laSalud. **Ottawa Charter for Health Promotion. An international conference on health promotion.** WHO/Health and Welfare Canada/CanadianPublic Health Association. Ottawa, Canada, 1986.

OCANA - RODRIGUEZ, E. La intervención de laFundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea em España. **Rev. Esp. SaludPublica** , Madrid, v. 74, n. mon, 2000.

OPAS. **La Salud en las Américas**, vol. 1, Washington, 1998.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES - **Declaration of the Presidents of America.** Uruguay, Punta del Este, 1967.

PAIM, J. S.; ALMEIDA F. N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 32, n. 4,Aug. 1998

PAIVA, C. H. A. **A utopia burocrática: um estudo histórico-comparativo das políticas públicas de saúde, Rio de Janeiro e São Paulo (1930-1960)**. Tese de doutoramento em saúde 2004 coletiva, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

PECEQUILO, C, S. **Política externa dos Estados Unidos: continuidade ou mudança?**. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 2003.

PEREIRA, L. C. B. **Reforma do Estado para a cidadania**. São Paulo: editora 34, Brasília:Enap, 2002.

PERLMAN, M. Some economic aspects of public health programs in underdeveloped areas. In: AXELROD, S. J. - **The economics of health and medical care: proceedings of the first Conference of the Economics of Health Services**. Ann Arbor, The University of Michigan, 1964. p 286-99.

PESSOA, S. **Ensaio Médico Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1978

PEITER, P. C. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. Rio de Janeiro. UFRJ/IGEO/PPGG, 2005. 314p. (Tese de Doutorado) Universidade Federal do Rio de Janeiro, IGEO/PPGG.

PIGNATTI, M. G. Saúde e Ambiente: As doenças emergentes no Brasil. In: **Ambiente & Sociedade**, Vol. VII, nº.1, jan./jun. 2004.

PORTO, M. F. S. Saúde, ambiente e desenvolvimento: reflexões sobre a experiência da COPASAD - Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.3, número 2.p.33- 46, 1998.

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2,Junho, 1994 .

PRESCOTT, J.R.V. **Political Frontiers and Boundaries**. London:ALLEN & UNWIN, 1987.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Atlas do desenvolvimento humano**. Brasília, DF, 2008. .

QUIMBY, F. H - ***The politics of global health.*** Washington, DC, U. S Government Printing Office, 1971.

REIS, L. B.; SILVEIRA, S. (Org.). **Energia elétrica para o desenvolvimento sustentável.** São Paulo: Edusp, 2001.

REY, L. **Bases da parasitologia medica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 349 p.

RIBEIRO, L. A. M. Questões regionais e do Brasil. In: RUA, João e outros (Org.). **Para ensinar geografia.** Rio de Janeiro: ACCESS Editora, 2007.

RINGEN, K. Edwin Chadwick: the market ideology and sanitary reform: on the nature of the nineteenth century public health movement. **Int. J. Hlth Serv.**, 9:107-20, 1970.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social.** Rio de Janeiro, Graal, 1980.

ROWLAND, D. W. **History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs: historical report on war administration.** Washington: Government Printing Office, 1947.

RUDERMAN, A. P. Comment on the paper by Perlman In: AXELROD, S. J , ed. - **The economics of health and medical care: proceedings of the first Conference on the Economics of Health Services.** Ann Arbor, The University of Michigan, 1964. p 299-305.

RUMLEY, D. & MINGHI, J. **The geography of border landscapes.** London:Routledge, 1991.

SADER, Emir. **Século XX: uma biografia não autorizada.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1998.

SACHS, I. O Estado e os parceiros sociais: negociando um pacto de desenvolvimento. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J.; SOLA, L. (Org.). **Sociedade e Estado em transformação.** São Paulo: UNESP; Brasília: ENAP, 1999.

SADEK, M. T. **O Judiciário em debate.** São Paulo. Idesp/Sumaré, 1997.

SANTOS, M. **Espaço e sociedade.** Petrópolis: Vozes, 1979.

SANTOS, M. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1985.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo - razão e emoção**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, M. **Da totalidade ao lugar**. São Paulo: Edusp, 2002
SANTOS, Milton. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciênc. Saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003

SCHWARTZMAN, S. **Formação da Comunidade Científica no Brasil**. São Paulo/Rio de Janeiro, Editora Nacional/Finep, 1988

SCHOULTZ, L. **Beneath the United States : a History of US Policy toward Latin America**. London & Cambridge : Harvard University Press, 2002.

SOARES, W.S. **A interface entre eficiência e equidade das taxas ambientais**: uma análise teórica e empírica. 2002. 133 f. Monografia (Bacharelado em Economia) - Departamento de Economia, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

SOLLA, J. J. S. P. Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigações epidemiológicas: uma revisão crítica da literatura. In: **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, June, 2007.

SOUZA, E. (Org.). **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL. SISMERCOSUL: Uma agenda para integração**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: DF. 2005

STEIMAN, R., L.O. MACHADO. Limites e Fronteiras Internacionais. Uma discussão históricogeográfica. In: MACHADO, L. O. / Grupo Retis (Org.). **Terra Limitanea**.

Atlas da Fronteira Continental do Brasil. Rio de Janeiro: UFRJ/CNPq, 2002.

TESH, R. Review of the Geographic Distribution and Epidemiology of Leishmaniasis in the New World, In: **Am J Trop Med Hyg**, 73: 69-73, 1982.

TONI, J.; KLARMANN, H. **Regionalização e planejamento: reflexões**

metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, [2---?]. 19 p. Disponível em:

<http://www.fee.tche.br/sitefee/download/eeg/1/mesa_3_toni_klarman_n.pdf>.

Acesso em: 21 jan. 2009.

TORRES, E. **As Transformações históricas e a dinâmica atual da paisagem nas microbacias dos ribeirões Santo Antônio-SP, São Francisco-PR e Três Barras - MS.** Tese (doutorado). - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia, 2003.

VIANNA JR., A. (Org.). **A Estratégia dos bancos multilaterais para o Brasil:**

Análise crítica e documentos inéditos. Brasília, DF: Rede Brasil de sobre Instituições Financeiras Multilaterais, 1994.

VAINER, C.B. Interdisciplinaridade e estudos regionais. In:MELO, J.G. **Região, cidade e poder.** Presidente Prudente: Gasperr, 1995. p. 11-32.

WAITZKIN, H. The social origins of illness: a neglected history. **International Journal of Health Services**, 11: 77-103, 1981.

WHO. **Macroeconomics and health: investing in health for economic development - report of the commission on macroeconomics and health.**

Geneva, Switzerland: Wolrd Health Organization; 2001

WHO (World Health Organization). **Public Health in progress: Health Report**, 2001b.

WHITTLESEY, D. The impress of effective central authority upon the lanscape.

AAAG, n. 25, p. 85-97, 1935.

WOOD, C. H. & CARVALHO, J. A. M. **The Demography of Inequality in Brazil.** Cambridge: Cambridge University Press, 1998

WOOD, G. Informal Security Regimes: The Strength of Relationships. In. Gough, I; Wood, G (eds). **Insecurity and Welfare Regimes in**

Asia, Africa, and LatinAmerica: Social Policy in Development Contexts. Cambridge, Cambridge University Press, 2004.

WORLD BANK. **Enriching lives: overcoming vitamin and mineral malnutrition in developing countries.** Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development; 1987.