

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE UBERLÂNDIA E JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS, BRASIL

SOCIAL PARTICIPATION AND PERFORMANCE OF THE HEALTH SYSTEM: REFLECTIONS ABOUT UBERLÂNDIA AND JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS STATE, BRAZIL

Julio Cesar de Lima Ramires
Instituto de Geografia
Universidade Federal de Uberlândia
ramires_julio@yahoo.com.br

RESUMO

Este texto tem como objetivo apresentar algumas reflexões sobre os possíveis nexos entre participação da sociedade e o desempenho do Sistema Único de Saúde, tomando como referência empírica os municípios de Uberlândia e Juiz de Fora. Utiliza-se da pesquisa documental, com enfoque quantitativo, com dados socioeconômicos do IBGE, banco de dados do Ministério da Saúde (DATASUS), indicadores do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), e dados do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Os conselhos de saúde deveriam/poderia ter um papel importante na mudança do modelo de atenção de atenção à saúde que ainda destina a maior parte de seus recursos para a média e alta complexidade, influenciado de forma mais incisiva as políticas de saúde, tendo em vista que o orçamento para o setor é definido no âmbito dos conselhos municipais. Assim sendo, pode-se inferir que os conselhos municipais apresentaram um papel limitado na formulação das políticas de saúde.

Palavras-chave: Participação social. Desempenho do SUS. Serviços de saúde.

ABSTRACT

This text aims to present some reflections on the possible links between the participation of society and the performance of the Unified Health System, taking as an empirical reference the municipalities of Uberlândia and Juiz de For a located in the state of Minas Gerais – Brazil . It uses documentary research, with a quantitative approach, with socioeconomic data from IBGE, database of the Ministry of Health (DATASUS), indicators of the Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde) (IDSUS), and data from the Councils of the System of health. Health councils should and could play an important role in shifting the health care model, but still allocates most of its resources to medium and high complexity services. There was no incisive influence on health policies, in view of that the budget for the sector is defined within the municipal councils. Thus, it can be inferred that municipal councils had a limited role in the formulation of health policies.

Keywords: Social participation. SUS performance. Health services.

INTRODUÇÃO

O meio acadêmico acompanhou a trajetória de implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde, produzindo relevante produção científica em diversas áreas do conhecimento. Entretanto, ainda há poucos estudos que procurem avaliar a efetividade dessas instituições participativas.

Recebido em: 12/09/2017

Aceito para publicação em: 24/11/2017

Este texto tem como objetivo apresentar algumas reflexões sobre os possíveis nexos entre participação da sociedade e o desempenho do Sistema Único de Saúde, tomando como referência empírica os municípios/cidades de Uberlândia e Juiz de Fora.

A escolha desses municípios/cidades se deve a sua grande importância, como polos de crescimento econômico e de prestação de serviços de saúde, podendo ser apontados como as duas principais cidades médias de Minas Gerais.

Há exemplos de práticas participativas bem sucedidas em cidades de porte médio, já que “essas cidades têm maior capacidade tributária e um pouco menos visibilidade na luta política nacional, aumentando, assim, a capacidade de gerar experiências bem sucedidas”. (AVRITZER, 2010, p. 17).

A hipótese norteadora desse estudo baseia-se na ideia de que os municípios com maior grau de institucionalização da participação são aqueles com maior propensão às políticas públicas redistributivas e maior aprimoramento da gestão local.

Deve-se ressaltar que nos estudos das políticas públicas municipais é bastante comum que os conceitos de cidade e município apareçam como sinônimos, e às vezes de forma confusa. Isto está relacionado à tradição conceitual oficial de cidade no país que privilegia a dimensão político-administrativa (cidade como sede do município), bem como a questão dos dados sobre políticas públicas, como os de saúde, serem disponibilizados na escala municipal. Além disso, muitas das políticas públicas estão associadas ao fato de em muitos dos casos a maior parte da população estar concentrada nas cidades.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo utiliza-se da pesquisa documental para caracterizar os conselhos municipais de saúde, bem como o desempenho do SUS. O Plano Municipal de Saúde dos dois municípios foi uma referência importante.

Nosso enfoque é predominantemente quantitativo, focado em levantamento de dados socioeconômicos do IBGE, banco de dados do Ministério da Saúde (DATASUS), e indicadores do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). O IDSUS foi composto a partir de um conjunto de dados socioeconômicos e de saúde, cobrindo o período de 2007-2010. É composto por 14 indicadores relacionados ao acesso potencial ou obtido, e 10 referentes à efetividade dos serviços de saúde, contemplando os diferentes níveis de complexidade. Seus dados foram divulgados em 2012. O detalhamento da metodologia de composição desses indicadores pode ser vistos com mais detalhes no site <www.idsus.saude.gov.br>.

Os dados sobre os conselhos municipais de saúde foram colhidos do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), de responsabilidade do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, e são referentes a 2014, e informações adicionais foram coletadas nos sites das prefeituras e algumas publicações acadêmicas versando sobre a temática.

RESULTADOS

Bispo Jr. e Gerschman (2013) destacam que o Brasil tornou-se referência no debate internacional sobre reforma democrática, tendo em vista o aumento significativo de novas experiências participativas. Dentre os diferentes mecanismos participativos implantados no país, o orçamento participativo (OP), os conselhos gestores de políticas públicas e as conferências podem ser apontados como os mecanismos mais consolidados.

Segundo Wampler (2010), a gestão participativa ganha relevo na sociedade brasileira tendo em vista que os tradicionais mecanismos de interação Estado e sociedade civil – partidos políticos e poder legislativo – apresentam muitas fragilidades, colocando o executivo municipal como o principal ator político. Assim sendo,

Na ausência de um sistema partidário forte e na presença de um legislativo fraco e fragmentado, a gestão participativa ocupa, agora, um papel crucial na filtragem das demandas emergentes das comunidades organizadas. As autoridades do governo e os líderes comunitários usam a gestão participativa como parte de um processo de sinalização, por meio do qual as ideias e os problemas podem ser compartilhados. Novos atores políticos, gerados pela gestão participativa, são aqueles criados para intermediar a relação entre as elites políticas (prefeitos, secretários) e os cidadãos

comuns; esses intermediários são funcionários de médio escalão do governo e líderes comunitários, que trabalham em conjunto para resolver problemas sociais e políticos. (WAMPLER, 2010, p. 396).

Dagnino (2002, p. 299) rebate as críticas negativas dos analistas dos processos participativos no Brasil destacando que

[...] o acesso à formulação de políticas públicas por parte da sociedade civil e dos movimentos sociais se constituiria não apenas na “penetração” do Estado pela sociedade, na expressão de Tarso Genro (1995), mas na “infiltração” de um outro projeto político, ainda incapaz de chegar a exercer a hegemonia pelas vias eleitorais convencionais do regime democrático representativo. Se efetivamente esta for a ideia implícita nessas análises críticas, ela pecaria não só por, mais uma vez, homogeneizar equivocadamente a sociedade civil, que está longe de expressar um projeto político único, mas também por conferir um peso desmesurado aos espaços de participação como instrumentos centrais da construção hegemônica. Mas ainda, essa ideia suporia a existência de um projeto político alternativo já capaz de articular as demandas fragmentadas, setorializadas, pontuais, emergenciais, que caracterizam hoje a atuação da sociedade civil.

Dagnino (2002, p. 300) ainda nos chama a atenção para o fato de que

a ênfase na constituição do interesse público no interior dos espaços de formulação de políticas públicas (e fora deles) pode contribuir para combater tendência notória no Brasil hoje, que é a crescente despolitização da participação da sociedade civil. Assim, seu envolvimento com as políticas públicas, no quadro da confluência perversa que mencionamos acima, tende a fazer com que as tarefas da *gestão* do Estado passem a tomar o lugar – e esgotar o significado – da *política*. Resgatar e reforçar esse significado, na disputa, no debate e na deliberação em torno da constituição do interesse público, é tarefa fundamental da sociedade civil.

O setor da saúde foi pioneiro na difusão dos conselhos gestores de políticas públicas na esfera estadual e municipal. Praticamente todos os municípios brasileiros possuem conselho de saúde, criados a partir do início dos anos 1990, tendo em vista a sua obrigatoriedade para repasses financeiros do governo federal por meio do Ministério da Saúde. Eles refletem os avanços, contradições e conflitos da sociedade brasileira, não podendo ser responsabilizados por todos os problemas que afetam o setor da saúde.

Conforme destacam Pires e Vaz (2010, 260), a literatura acadêmica sobre participação social aponta a importância do desenho institucional e dos procedimentos formais na efetividade deliberativa, com estudos que

Indicaram que a existência de normas que garantam o poder de agenda dos participantes, a existência de câmaras técnicas, composições paritárias e a possibilidade de participantes serem eleitos presidentes dos conselhos afetam em grande medida o potencial deliberativo e a efetividade da participação nesses espaços institucionalizados.

Almeida (2013) destaca que a partir do balanço da produção acadêmica sobre participação social no Brasil, é possível contabilizar um saldo bastante positivo, levando-se em conta a magnitude e riqueza dos dados empíricos disponibilizados, o desvendar do *modus operandi* das instituições participativas, e um rico processo de renovação do debate teórico sobre democracia.

Historicamente nunca houve tradição em avaliação de políticas públicas no Brasil, sendo os anos 1980 um marco importante de mudança dessa trajetória, tendo em vista o contexto de crise da dívida externa e estancamento do ciclo de crescimento econômico no país (COSTA; CASTANHAR, 2003).

Conforme destacam Costa e Castanhar (2003, p. 971), a avaliação de programas públicos torna-se uma questão fundamental tendo em vista o aprofundamento da crise fiscal e escassez de recursos no setor público. Assim sendo,

A avaliação sistemática, contínua e eficaz desses programas pode ser um instrumento fundamental para se alcançar melhores resultados e proporcionar uma melhor utilização e controle dos recursos neles aplicados, além de fornecer aos formuladores de políticas sociais e aos gestores de programas dados importantes para o desenho de políticas mais consistentes e para a gestão pública mais eficaz.

Essa dimensão histórica explica, em parte, as grandes resistências de gestores e profissionais de saúde com a implantação do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde em 2012, por parte do Ministério da Saúde. A partir de então, um conjunto de trabalhos acadêmicos tem se debruçado sobre as potencialidades e limitações desse indicador, tais como os realizados por Oliveira (2014), Portlhak, Raffaelli e Scarpin (2013), dentre outros.

O município de Uberlândia localizado na porção oeste do estado de Minas Gerais, região do Triângulo Mineiro possui 669.672 habitantes segundo IBGE, e se destaca pela importância do comércio atacadista, abrigando a maior empresa do setor na América Latina. Também possui um setor agroindustrial, com empresas no setor de carnes, óleos vegetais e processamento de grãos e legumes. Suas vantagens locais podem ser avaliadas a partir

das políticas públicas estabelecidas que induziram e induzem a especialização do território, evidenciada na infraestrutura (rodoviária, ferroviária e aeroportuária), nos serviços de apoio, nos sistemas de transportes e telecomunicações que compõem sua rede de interações espaciais no nível regional e nacional; da especialização produtiva, gestora e tecnológica das instituições privadas que atuam no segmento de transportes (em especial, das empresas do comércio atacadista). (SOARES et al, 2010, p. 187).

Juiz de Fora, por sua vez, localiza-se no sudeste de Minas Gerais, na Zona da Mata Mineira, fazendo divisa com o estado do Rio de Janeiro, contando com 559.936 habitantes, tendo o setor de serviços, comércio e atividade industrial como os mais dinâmicos. O setor agropecuário tem pequena importância na composição das receitas municipais. A partir dos anos 1990, procurou ampliar e diversificar seu parque industrial, coadunando-se com as novas lógicas da reestruturação produtiva.

A implantação da Mercedes-Benz, e empresas do setor siderúrgico e metalúrgico foram iniciativas estimuladas pelo poder público para dinamizar a economia local.

A sua localização estratégica entre as cidades de Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro, além de ser cortada por boas redes de transportes potencializam o desenvolvimento de atividades ligadas à logística de transportes.

A guerra fiscal com o estado do Rio de Janeiro tem impactado negativamente o crescimento econômico de Juiz de Fora e Zona da Mata. Segundo Rodrigues (2013, p. 143)

Embora a cidade se mantenha como a quinta mais rica do estado, sua participação na geração de riqueza caiu de 2,75% para 2,37% entre 2004 e 2010, movimento inverso ao de outras cidades mineiras como Uberlândia, por exemplo. Em 2004, Juiz de Fora respondia por 2,5% do Valor Adicionado Industrial de Minas Gerais, e em 2010 por 1,9%, evidenciando fragilidade do setor quando comparado a outros municípios que também apresentaram maior crescimento.

Na tabela 1 são apresentados alguns indicadores socioeconômicos selecionados que apontam algumas dessas diferenças entre os dois municípios. Em função do maior dinamismo econômico de Uberlândia seu PIB e seu Valor adicionado bruto a preços correntes em 2014 é mais que o dobro de Juiz de Fora.

Tabela 1 – Alguns indicadores socioeconômicos municipais selecionados

Indicadores	Municípios	
	Juiz de Fora	Uberlândia
População estimada 2016	559.936	669.672
IDHM 2010	0,778	0,789
PIB a preços correntes 2014 (R\$ 1.000)	13.720.279	28.342.162
PIB per capita 2014	24.913,80	43.291,56
Valor adicionado bruto a preços correntes (R\$ 1.000) 2014	11.989.186	28.342.162
Nº de empresas 2014	20.235	26.788
Salário médio mensal 2014	2,4	2,8

Fonte: IBGE (2016).

Juiz de Fora e Uberlândia são importantes centros de prestação de serviços de saúde, compondo um mix público e privado no atendimento ambulatorial e internações hospitalares, com uma densa rede de equipamentos, e profissionais da saúde. São sedes de macrorregiões de saúde definidas no Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, tendo atribuição na prestação da atenção ambulatorial e internação de alta complexidade, e determinados ramos da média complexidade para os municípios vizinhos que integram a região de saúde sob sua jurisdição.

Além disso, são centros que concentram instituições de ensino superior privadas e públicas (UFU e UFJF), bem como unidades de Institutos Federais de Educação. As universidades federais das duas cidades tem um papel importante na rede de serviço do SUS, e são importantes centros de formação profissional na área da saúde.

Como pode ser visto por meio da tabela 2, Juiz de Fora possui maior tradição de participação em conselhos gestores de políticas, com valores próximos de Belo Horizonte, capital do estado e com um histórico consolidado de participação nas políticas públicas. Uberlândia, por sua vez, para o período em análise, 1997-2008, possui uma posição modesta.

Tabela 2 - Número de conselhos em Belo Horizonte, Juiz de Fora e Uberlândia, 2009

Municípios	Número de conselhos por gestão			Número médio de conselhos
	1997-2000	2001-2004	2005-2008	
Belo Horizonte	21	24	28	24
Juiz de Fora	20	22	25	22
Uberlândia	três	15	17	12

Fonte: Avritzer (2010, p. 18). Adaptação.

O Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia, foi estabelecido pela Lei 8.142 de 1990, possuindo como principal objetivo o controle social. Das observações realizadas em algumas reuniões pode-se verificar o predomínio de atuações dos representantes dos usuários cujas falas são marcadas por denúncias de funcionamento inadequado das unidades de saúde, com pouca capacidade de discussão sobre as políticas de saúde. Apesar de muitas limitações, o CMSU exerce o seu papel no controle social da saúde pública no município.

O conselho municipal de Juiz de Fora foi criado em 1992, consolidando amplas discussões sobre a política de saúde travada junto à sociedade ao longo de 1991, com destaque para a I Conferência Municipal de Saúde realizada neste ano.

Na tabela 3, apresenta-se a composição dos referidos conselhos. Apesar do CMS de Juiz de Fora apresentar maior número de integrantes, destaca-se uma presença importante de gestores e prestadores de serviços. Atende-se a normatização paritária de representantes de usuários e demais membros.

Tabela 3 – Composição dos Conselhos Municipais de Saúde de Juiz de Fora e Uberlândia – 2014

Segmentos	Municípios	
	Juiz de Fora	Uberlândia
Usuários	17	16
Trabalhadores da Saúde	9	8
Prestadores de Serviços	9	4
Gestores	9	4
Total	54	32

Fonte: SIACS (2016).

Enquanto o Conselho Municipal de Uberlândia até o momento não possui um site próprio, o de Juiz de Fora apresenta um site bem estruturado com atas das reuniões (entre 200-2016), calendário de reuniões, composição comissões, relatórios das conferências de saúde, convocações, resoluções aprovadas (desde 1992) e o plano municipal de saúde. Isso revela compromisso com a transparência das ações e difusão de informações para o conjunto da sociedade local. Além disso, os conselhos locais de saúde, definidos a partir da área de abrangência das unidades básicas de saúde, existem desde os anos 1990, e são importantes instrumentos de descentralização de poder.

Inicialmente deve-se destacar que Juiz de Fora e Uberlândia na avaliação do IDSUS estão inseridos no grupo homogêneo 1, composto por 29 municípios com alto desempenho socioeconômico, médias condições de saúde e muita estrutura de alta e média complexidade. Entretanto, foram incluídos no ranqueamento dos 10 municípios com as piores notas do referido grupo em 2011.

Para cobertura da saúde bucal e consultas de pré-natal, as notas são parecidas, destacando-se a diferença da cobertura das equipes básicas de saúde, conforme pode ser visto na tabela 4. Em 2007, Juiz de Fora possuía 80 equipes de estratégia saúde da família e Uberlândia, 40. Para 2016 os números eram respectivamente 94 e 44, evidenciando o pequeno avanço de Uberlândia nesse processo.

Tabela 4 - Nota IDUS do acesso potencial ou obtido na Atenção Básica

Indicador	Juiz de Fora	Uberlândia
Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde	5,22	2,87
Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal	2,07	3,84
Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	8,49	9,19

Fonte: SIACS (2016).

Uberlândia apresenta melhores notas para procedimentos ambulatoriais e internações de alta complexidade para não residentes indicando melhor posicionamento no cumprimento de sua função de polo de serviços deste tipo de atenção. Juiz de Fora é referência para 93 municípios de sua região, sendo possível que esta dimensão afete sua nota.

As notas para procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade para a população residente também apresenta melhor desempenho para Uberlândia, bem como melhor nota para exames citopatológicos do colo do útero e exames de mamografia. Os procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes apresentam notas que indicam deficiência para este quesito.

Tabela 5 - Nota IDSUS do Acesso obtido na Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência – 2011

Indicador	Juiz de Fora	Uberlândia
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária	4,80	7,38
Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	2,40	6,01
Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente	1,84	5,26
Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	6,16	5,84
Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente	5,18	5,51
Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e	5,27	7,22

população residente		
Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	9,32	8,54
Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes	3,76	3,39
Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes	5,41	1,19
Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes	6,64	1,89
Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes	6,05	3,11

Fonte: SIACS (2016).

Os dois municípios apresentam boas notas para a efetividade na atenção básica (internações sensíveis à atenção básica, taxa de incidência de sífilis congênita e cura de casos novos de TB pulmonar, novos casos de hanseníase, cobertura e vacina tetravalente, e exodontia em relação aos procedimentos), indicando possíveis ações de efetivo acompanhamento dos pacientes.

Juiz de Fora apresenta melhores notas na proporção de parto normal e óbitos em menores de 15 anos, quando comparado a Uberlândia. Esta por sua vez, apresenta nota máxima nos óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio.

Tabela 6 - Nota IDSUS da efetividade na Atenção Básica, Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência – 2011

Indicador	Juiz de Fora	Uberlândia
Proporção de internações sensíveis à atenção básica	9,47	10,0
Taxa de incidência de sífilis congênita	10,0	10,0
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	10,0	8,77
Proporção de cura de casos novos de hanseníase	10,0	10,0
Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano	9,41	10,0
Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada	0,51	2,79
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	10,0	8,42
Proporção de parto normal	5,52	1,78
Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas UTI's	8,29	7,78
Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio	5,57	10,0

Fonte: SIACS (2016).

Com relação ao financiamento, por meio da tabela 7 pode-se contatar que houve maior proporção de gastos por habitante com saúde em Juiz de Fora, e as despesas com pessoal e com serviços de terceiros diminuíram nos dois municípios. As despesas com investimentos permaneceram com baixos percentuais, mas a participação com receitas próprias em saúde aumentaram ao longo do período, com percentuais acima do que preconiza a Emenda Constitucional 29/2000. As pressões da população pela melhor qualidade do atendimento, pode explicar em parte essa trajetória, mas também pode revelar diminuição dos repasses financeiros das esferas estadual e federal, sendo obrigados a assumir maior parcela de responsabilidade de custeio.

Tabela 7 – Despesas com saúde nos municípios de Juiz de Fora e Uberlândia

Indicadores	Juiz de Fora		Uberlândia	
	2002	2015	2002	2015
Despesa total com saúde por habitantes sob responsabilidade do Município (em R\$)	208,26	931,84	118,61	792,69
Participação da despesa com pessoal	40,41	31,33	24,20	11,93
Participação da despesa com medicamentos	2,13	2,87	3,77	0,00
Participação da despesa com serviços de terceiros	49,41	32,97	63,65	28,92
Participação da despesa com investimentos	1,22	1,91	1,23	1,75
Participação das transferências para a saúde	66,85	60,74	39,07	40,21
Participação da receita própria aplicada em saúde conforme EC29/2000	19,16	27,64	18,51	29,63

Fonte: SIOPS (2016).

Deve-se ressaltar que em Juiz de Fora em 2015, 77,74% das despesas estavam concentradas em assistência hospitalar e ambulatorial, e Uberlândia, 73,26%, ou seja, os dois ainda apresentam uma grande inversão de recursos na atenção de média e alta complexidade, que poderia ser diminuída com maiores aportes na atenção básica.

CONCLUSÕES

Os conselhos de saúde deveriam/poderia ter um papel importante na mudança do modelo de atenção de atenção à saúde que ainda destina a maior parte de seus recursos para a média e alta complexidade, influenciado de forma mais incisiva as políticas de saúde, tendo em vista que o orçamento para o setor é definido no âmbito dos conselhos municipais.

Assim sendo, pode-se inferir que os conselhos municipais apresentaram um papel limitado na formulação das políticas de saúde.

Apesar de Juiz de Fora apresentar um maior grau de institucionalização da participação, isso não significou uma maior efetividade da política de saúde, já que apresentou para alguns indicadores, notas menores que Uberlândia. Estudos futuros devem aprofundar essas diferenças.

A dinâmica econômica social e política mais dos dois municípios também deve ser considerada, tendo em vista a complexidade dos interesses envolvendo o setor da saúde, e os conselhos municipais não podem ser responsabilizados por tudo.

No Plano Municipal de Juiz de Fora não há nenhuma menção à participação social, e especificamente sobre o conselho municipal de saúde, enquanto no de Uberlândia há um item específico para este tema. Tendo em vista que o plano é um instrumento norteador das políticas de saúde, é de estranhar a sua ausência em Juiz de Fora.

Estudos sobre o IDSUS apontam a necessidade de incorporação e revisão de alguns indicadores, apontado a importância de incorporação da dimensão do financiamento, que é um dos gargalos do Sistema Único de Saúde.

Deve-se também relativizar os resultados finais do IDUS divulgados em 2012, tendo em vista que possíveis melhoras do sistema de saúde nos dois municípios analisados neste ensaio podem ter ocorrido entre 2010 e 2016.

Por último, deve-se reforçar o papel das universidades federais das duas cidades – UFU e UFJF – enquanto centros de formação de profissionais da saúde, especialmente do segmento dos médicos, mais comprometidos com a consolidação do Sistema Único de Saúde e com os mecanismos de participação social do setor da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. R. de. Prefácio: Dilemas e virtudes da institucionalização da participação. In: SILVA, E. M. da; SOARES, L. B. (org.) **Experiências de participação institucionalizada**. Belo Horizonte: UFMG/FAFICH, 2013, p. 11-19.
- AVRITZER, L. Introdução. In: AVRITZER, L. (org.). **A dinâmica da participação social no Brasil**. São Paulo; Cortez, 2010, p. 7-56.
- BARBOSA, W. de F.; SOUSA, E. P. de. Determinantes socioeconômicos do desempenho do Sistema Único de Saúde nos municípios cearenses. **Qualit@as Revista Eletrônica**, Campina Grande, v. 14, n. 2, p. 1-11, 2013. Disponível em: <www.revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas>. Acesso em: 20/02/2017.
- BISPO JR., J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-16, 2013.
- COSTA, F. L.; CASTANHAR, L. C. Avaliação de Programas Públicos: Desafios Conceituais e Metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-92, Set./Out. 2003.
- DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, E. (org.) **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 279-302.
- IDSUS. Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <www.idsus.saude.gov.br>. Acesso em: 20/11/2016.
- JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde 2014-2017**. Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <juizdefora-plano_de_saude_2014_2017_sspjf.pdf>. Acesso em 10/02/2017.
- OLIVEIRA, L. R. **Saúde pública no Brasil**: proposta de um modelo de avaliação custo-efetividade utilizando o IDSUS. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado em Administração das Organizações) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.
- PORTULHAK, H.; RAFFAELLI, S. C. D.; SCARPIN, J. E. A eficiência das aplicações de recursos voltadas à saúde pública nos municípios brasileiros: uma análise baseada no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). In: ENCONTRO DA ANPAD, 37., 2013, **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2013, p. 1-16. Disponível em: <www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnANPAD_APB2223.pdf>. Acesso em 25/01/2017.
- PIRES, R. C.; VAZ, A. C. N. Participação faz diferença? Uma avaliação das características e efeitos da institucionalização da participação nos municípios brasileiros. In: AVRITZER, L. (org.). **A dinâmica da participação social no Brasil**. São Paulo; Cortez, 2010, p. 253-304.
- RODRIGUES, A. de S. R. **A produção do espaço urbano de Juiz de Fora**: dinâmicas imobiliárias e novas centralidades. 2013. 292 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.
- SOARES, B. R. ET. Uberlândia (MG): leituras geográficas de uma cidade média em transição. In: ELIAS, D.; SPOSITO, M. E. B.; SOARES, B. R. (org.) **Agentes econômicos e reestruturação urbana e regional** – Tandil e Uberlândia. São Paulo: Expressão Popular, 2011, p. 158-285.
- UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal de Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**, Uberlândia, 2013. Disponível em: <www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/.../plano_municipal_de_saude.html>. Acesso em: 20/01/1017.
- WAMPLER, B. Transformando o Estado e a sociedade civil por meio da expansão das comunidades – política, associativa e de políticas públicas. In: AVRITZER, L. (org.). **A dinâmica da participação social no Brasil**. São Paulo; Cortez, 2010, p. 394-439.