

Participação social na elaboração dos planos municipais de saúde em capitais brasileiras durante a pandemia de COVID-19

Social participation in the elaboration of municipal health plans in Brazilian capitals during the COVID-19 pandemic

Hebert Luan Pereira Campos dos Santos (<https://orcid.org/0000-0003-2722-7945>)¹
Níliá Maria de Brito Lima Prado (<https://orcid.org/0000-0001-8243-5662>)¹
Débora Carolina dos Santos Silveira (<https://orcid.org/0000-0001-5644-4389>)¹
Fernanda Beatriz Melo Maciel (<https://orcid.org/0000-0002-6421-3940>)¹
Thadeu Borges Souza Santos (<https://orcid.org/0000-0003-2497-3889>)¹
Carmen Fontes de Souza Teixeira (<https://orcid.org/0000-0002-8080-9146>)¹

Abstract *This objective work sets out to analyze whether the construction process of the 2022-2025 Municipal Health Plans (MHP) of the 26 Brazilian capitals and the Federal District (FD) provided for the inclusion of information and communication technologies (ICTs) to enable citizen participation. A total of 37 documents published on the 27 websites of the municipal health secretariats (MHS) were analyzed, in the light of the theoretical concept of the Postulate of coherence, elaborated by Mario Testa for analysis of the health planning process. The results show that ten secretariats adopted strategies to monitor remote social participation in the preparation of the MHP and only nine provided virtual channels for public consultation to define priorities in the context of the pandemic. From the documents analyzed, the adoption of MHS strategies was not identified, such as virtual tents, granting assistance for internet access, tablets, spaces for itinerant access, among others, as a way to enable and encourage broader social participation, in health crisis situations.*

Key words *Health planning, Participatory planning, COVID-19, Unified Health System, ICT in health*

Resumo *Este trabalho objetiva analisar se o processo de construção dos planos municipais de saúde (PMS) 2022-2025 das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal (DF) previu a inclusão de tecnologias de informação e comunicação (TICs) para viabilizar a participação cidadã. Foram analisados 37 documentos publicados nos 27 sites das secretarias municipais de Saúde (SMS), à luz da concepção teórica do postulado da coerência, elaborado por Mario Testa para análise do processo de planejamento em saúde. Os resultados evidenciam que dez secretarias adotaram estratégias de mobilização da participação social remota na elaboração do PMS e somente nove disponibilizaram canais virtuais de consulta pública para definição de prioridades no contexto pandêmico. A partir dos documentos analisados, não se identificou a adoção de estratégias pelas SMS, como tendas virtuais, concessão de auxílio para acesso à internet, tablets, espaços para acessos itinerantes, entre outras, como forma de viabilizar e fomentar uma participação social mais abrangente em tempos de crise sanitária.*

Palavras-chave *Planejamento em saúde, Planejamento participativo, COVID-19, Sistema Único de Saúde, TIC em saúde*

¹ Universidade Federal da Bahia, R. Hormindo Barros 58, Quadra 17, Lote 58, Candeias. 45.029-094 Salvador BA Brasil.
hebert.luan@ufba.br

Introdução

A incorporação do planejamento é premissa fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas e o fortalecimento da capacidade de gestão de sistemas, redes e organizações¹⁻³. Nas últimas décadas, tem se difundido teorias e métodos de planejamento governamental, inclusive na área de saúde, subsidiando o debate acadêmico, a experimentação e a inclusão de práticas de planejamento em distintos níveis organizacionais dos sistemas de saúde^{4,5}.

Na América Latina, nas últimas décadas^{1,2} o desenvolvimento teórico e metodológico do planejamento em saúde contemplou a crítica ao enfoque normativo e a elaboração de correntes de pensamento que enfatizam o caráter estratégico⁵, situacional⁶ e comunicativo desse processo⁷. No Brasil, tais concepções têm subsidiado as propostas metodológicas adotadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)^{8,9}, preconizando um processo ascendente fundamentado nas leis^{10,11}, normas¹²⁻¹⁴ e orientações elaboradas no âmbito do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)³, de modo a atender as necessidades e demandas loco-regionais, com ampla participação social^{15,16}.

Ao longo dos últimos anos, mesmo diante das dificuldades enfrentadas no processo de construção do sistema¹⁷, tem ocorrido a difusão, a experimentação e o aperfeiçoamento de concepções e propostas metodológicas¹, bem como a progressiva institucionalização da prática de planejamento, com a formação de equipes técnicas nas instituições gestoras, que coordenam a elaboração de planos de saúde nos diversos níveis de gestão – municipal, estadual e nacional¹⁷.

Apesar dos esforços para a incorporação da racionalidade do planejamento nos diversos níveis de gestão do SUS, as secretarias de saúde ainda constituem espaços fortemente marcados pelo amadorismo gerencial e o patrimonialismo, evidenciando dificuldades e obstáculos para a consolidação de um processo ascendente, sendo pautado pelas necessidades de saúde e demandas loco-regionais¹⁸⁻²⁰, que conta com ampla participação social.

Especificamente no que diz respeito à elaboração dos planos municipais de saúde (PMS), tem se se colocado o desafio de ampliar e consolidar a participação de distintos atores e sujeitos coletivos no processo de planejamento local, sobretudo para a identificação e satisfação das necessidades em saúde para os gestores da área^{21,22}, processo este atravessado por conflitos cognitivos e de interesses e por relações de poder^{23,24}.

Como apontado por vários autores^{25,26}, a participação ativa requer uma relação bidirecional e dinâmica entre o governo e os cidadãos, baseada numa efetiva parceria. No contexto da elaboração dos PMS, essa participação se materializa na disposição dos indivíduos para atuar, intervir, participar, definir prioridades e normas, obter informações sobre carências locais e regionais, conhecer o perfil dos serviços e bens públicos existentes, para assim reconhecer as demandas sociais e as conjecturas emergentes ao município e então qualificar as políticas sociais e públicas²⁵.

A partir de 2015, com o novo projeto político ideológico predominante no âmbito do governo federal, tem se alterado a direcionalidade da política de saúde, com o fortalecimento do projeto mercantilista²⁷, que não valoriza a prática de planejamento governamental, à medida em que privilegia o processo de privatização dos serviços e da gestão do sistema e não estimula a consolidação da participação social nesse processo. Apesar disso, como o SUS é um sistema federativo, que reproduz certa autonomia relativa em cada nível de governo, configura-se uma situação extremamente diversa no âmbito dos estados e municípios, com maior ou menor adesão ao projeto adotado pelo nível federal, o que resulta em experiências diversificadas de elaboração de planos estaduais e municipais de Saúde, com maior ou menor estímulo à participação social²⁸⁻³⁰.

Em março de 2020, com o surgimento da pandemia de COVID-19, mudanças na organização do trabalho no âmbito das SMS, em especial em função da adoção das estratégias de distanciamento social preconizadas para o enfrentamento da pandemia que tiveram que ser adotadas. Tal cenário acrescentou maior complexidade ao processo de planejamento participativo, assim como às articulações e dinâmicas do relacionamento entre governo e cidadãos²⁶, demandando ajustes para o desenvolvimento dos planos de saúde.

Alguns estudos^{28,31,32} indicam que, a partir de 2021, muitos governos adotaram reuniões remotas com as equipes técnicas dos diversos setores do organograma institucional, bem como com os conselhos locais de Saúde e conselhos municipais de Saúde. Algumas experiências descreveram adaptações operacionais exitosas com o uso de tecnologias digitais para a intensificação do controle social no monitoramento dos sistemas de informações, boletins epidemiológicos e reuniões periódicas com gestores³¹ desde o início da pandemia no Brasil³². Embora experiências bem-sucedidas tenham sido difundidas quanto ao uso das tecnologias no processo de participação so-

cial, nos últimos anos alguns autores^{25,33} evidenciaram a existência de número significativo de conselheiros do segmento de usuários que não tinham acesso diário à internet em casa ou no trabalho, escancarando a forte desigualdade de inclusão digital, principalmente dos conselheiros representantes dos usuários, fator que pode comprometer o efetivo processo de participação social via tecnologias digitais.

A necessidade de transferência do ambiente presencial para o virtual mediado por tecnologias de informação e comunicação (TICs) exigiu um novo modo de relacionamento entre os envolvidos na elaboração dos planos de saúde quadrienais²⁵. A internet extrapola o ambiente comunicacional entre governantes e governados para constituir um canal de expressão cívico³³. Essa perspectiva desperta preocupação quanto ao possível enfraquecimento da participação social, ante as assimetrias de acesso digital, disponibilidade de rede de internet e literacia digital no controle social³³⁻³⁸.

Desse modo, torna-se relevante analisar como se deu o processo de planejamento em saúde no âmbito estadual e municipal, considerando que a pandemia de COVID-19 provocou alterações nas formas de organização do trabalho da gestão em saúde. Assim, este trabalho se propõe a analisar se o processo de construção dos planos de saúde das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal (DF) previu a inclusão de TICs para viabilizar a participação cidadã.

Metodologia

Trata-se de uma análise qualitativa a partir da técnica de revisão documental sobre o processo de elaboração dos planos municipais de saúde no contexto pandêmico.

A coleta de informações foi efetuada a partir da consulta aos *sites* oficiais das secretarias de saúde das 26 capitais brasileiras e do DF, cobrindo as postagens do período compreendido entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2021, obtendo-se 37 documentos (Quadro 1), incluindo textos contendo a descrição de ações e estratégias de convocação, chamadas e/ou notícias e/ou consultas e/ou relatórios de reuniões realizadas pelas SMS para a elaboração do PMS para o quadriênio 2022-2025.

Os dados coletados e sistematizados constituíram a base para a análise das estratégias de participação social, considerando os pressupostos da análise de conteúdo apresentados por Bardin³⁹:

- 1) pré-leitura dos documentos, visando ter uma visão global destes;
- 2) leitura seletiva, em que buscamos identificar as informações pertinentes ao objetivo deste estudo, sendo destacados excertos que tratassem sobre elaboração do PMS para o ano de 2022-2025;
- 3) categorização dos trechos identificados a partir da leitura seletiva;
- 4) análise descritiva e reflexiva dos dados.

Foi elaborado um quadro em Excel para analisar os excertos que mencionavam e/ou descreviam as estratégias adotadas pelas SMS para adaptar o processo de planejamento às restrições provocadas pela pandemia, no contexto de elaboração dos PMS, e se houve ou não incorporação das TICs, em que momento e de que maneira, visando garantir a participação social no processo.

Para subsidiar as análises, adotou-se como referencial teórico o postulado da coerência elaborado por Mario Testa^{1,40,41}. Este modelo (Figura 1) pressupõe a existência de relações de determinação e condicionamento entre três elementos – propósitos, métodos e organização – que conformam o processo de planejamento e gestão em saúde. Assim, os propósitos de um governo (anunciados por meio dos planos) podem contemplar a manutenção/crescimento, a mudança e a legitimação de determinada estrutura de poder no setor saúde, e devem guardar coerência com o enfoque metodológico adotado no processo de planejamento e, consequentemente, com a organização desse processo.

Nesse sentido, se o propósito ou finalidade do governo é a manutenção e o fortalecimento da estrutura de poder no setor, pode-se utilizar o enfoque normativo, apenas tratando de ajustar as metas propostas em determinado período, tendo em vista, por exemplo, o aumento da produção de certos serviços, de modo a ampliar a cobertura, a acessibilidade, e a efetividade das ações de saúde. Se o propósito é de mudança, no modelo de gestão e/ou de atenção existente, o processo de planejamento deve incluir a redefinição de objetivos e estratégias de ação no âmbito institucional, de forma que a implementação do plano possa produzir a modificação desejada¹.

Em ambos os casos, o planejamento pode servir à legitimação do governo, na medida em que o plano contemple respostas aos problemas, necessidades e demandas da população em relação aos serviços de saúde, e com isso contribua para manter a adesão e o apoio da população ao projeto político que orienta a ação do governo.

Para os objetivos deste trabalho, importa especialmente a análise da informação acerca da descrição de proposições e alternativas para

Quadro 1. Síntese das categorias analíticas e critérios analisados por capitais em distintas regiões do Brasil.

Categorias teóricas	Categorias analíticas	Crítérios	Localização das capitais por região					Quantidade
Método	Publicização do processo de elaboração dos PMS;	Existiu menção nos sites e redes sociais sobre a construção do plano municipal de saúde?	Norte	Nordeste	Centro-Oeste + Distrito Federal	Sudeste	Sul	Total
		Sim	4	3	1	1	1	10
		Não	3	6	3	3	2	17
Propósito	Incorporação das TICs no processo de elaboração dos PMS;	Quantitativo de links encontrados nos sites das prefeituras (Independente de sim ou não)	Norte	Nordeste	Centro-Oeste + Distrito Federal	Sudeste	Sul	Total
			17	25	2	10	1	55
Organização	Disponibilização de recursos digitais, para a participação social.	Ofertou consulta pública online para construção do Plano Municipal?	Norte	Nordeste	Centro-Oeste + Distrito Federal	Sudeste	Sul	Total
		Sim	4	2	1	1	1	9
		Não	3	7	3	3	2	18
		Foram disponibilizados meios (para participação remota/online) para que os usuários participassem?	Norte	Nordeste	Centro-Oeste + Distrito Federal	Sudeste	Sul	Total
		Sim	4	1	1	1	0	7
		Não	3	8	3	3	3	20

Fonte: Autores.

participação social no processo de planejamento em meio digital adotadas pelas secretarias de saúde ante as limitações impostas pela pandemia. A partir da análise temática do conteúdo dos 37 documentos (Quadro 1), emergiram categorias analíticas, que foram utilizadas para a organização dos resultados, a saber: 1) publicização do processo de elaboração dos PMS; 2) incorporação das TICs no processo de elaboração dos PMS; e 3) disponibilização de recursos digitais para a participação social.

Resultados

Os documentos analisados nesta revisão não evidenciaram quais mudanças poderiam ser adotadas no processo de planejamento, consi-

derando os três elementos propostos por Testa – propósitos, métodos e organização. Tomando como ponto de partida os elementos do postulado da coerência, compreendemos que, embora os resultados encontrados não tenham apontado claramente as alterações no processo de planejamento, no contexto da pandemia, os três elementos propostos sofreram alterações, determinações e condicionamentos.

A organização do processo sofreu alterações transitórias devido aos períodos de distanciamento social entre os participantes, o que gerou a necessidade de inclusão mais abrangente das TICs e possivelmente influenciou na forma de utilização dos métodos e das técnicas de análise da situação, na elaboração da agenda, dos objetivos e das metas, bem como na definição das ações incluídas nos planos municipais.

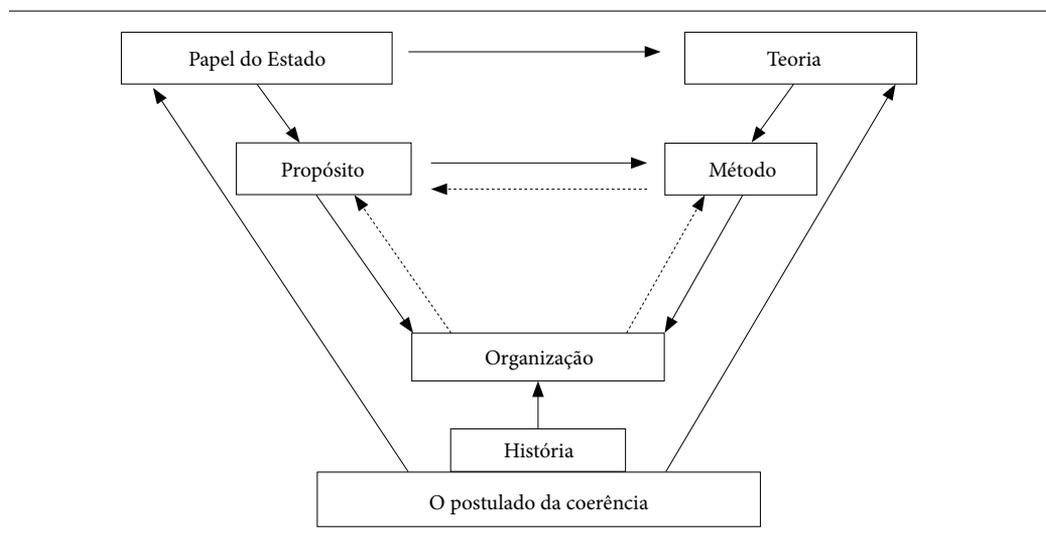


Figura 1. Postulado da coerência⁴⁰.

Fonte: Adaptado de Testa, 1985.

Publicização do processo de elaboração dos PMS

No contexto emergencial, os governos buscaram formas inovadoras para cumprir os propósitos. Ao estabelecer mecanismos de interação e democracia digital, pressupõe a utilização das TICs para aprimorar a participação política, principalmente ao possibilitar o envolvimento crescente da população⁴². Assim, a e-participação (participação política social por meio do uso da internet)⁴³, ou o exercício da cidadania no meio digital, foi adotada para viabilizar a divulgação dos dados e das informações das ações governamentais, inclusive no processo de elaboração do PMS, conforme previsto pela Lei nº 131 de 2009 (Lei da Transparência) e pela Lei nº 12.527 de 2011 (Lei de Acesso à Informação).

Contudo, na análise desenvolvida neste estudo, poucas capitais do país elaboraram convocatórias com vistas à disposição de consultas públicas em plataformas e canais virtuais, entre outros recursos com uso das TICs, como forma de publicizar o processo de elaboração dos PMS 2022-20225 e fomentar um processo de gestão compartilhada. (Tabela 1).

Dos 27 sites institucionais das SMS das capitais brasileiras e do DF, apenas 37% (10 capitais) continham informações referentes ao processo de construção dos PMS para o quadriênio

2022-2025, ainda que divulgados em distintos períodos no decorrer de 2021. As capitais da região Norte (Palmas, Porto Velho, Manaus e Rio Branco) foram as que mais veicularam nos sites institucionais o processo de construção e o formato de adequação adotado para viabilizar, em certa medida, a participação social na elaboração do PMS, seguidas das capitais da região Nordeste (Salvador, Maceió e Fortaleza). As regiões Centro-Oeste (Campo Grande), Sudeste (São Paulo) e Sul (Florianópolis) tiveram apenas uma capital.

Incorporação das TICs no processo de elaboração dos PMS

No que diz respeito ao método ou à forma de inclusão da participação social na construção dos planos de saúde, notou-se que apenas 33% (nove capitais) disponibilizaram nos sites institucionais links para a consulta pública das propostas. Destaca-se a região Norte do país, com quatro capitais (Palmas, Porto Velho, Manaus e Rio Branco), seguida da região Nordeste com duas capitais (Salvador e Maceió) e das regiões Centro-Oeste (Campo Grande), Sudeste (São Paulo) e Sul (Florianópolis) com apenas uma capital. Algumas capitais, como São Paulo e Salvador, referiram buscar ampliar a escuta para além das instâncias de participação e controle já previstas, abrindo consulta eletrônica por subprefeitura.

Disponibilização de recursos digitais para participação social

A partir dos documentos analisados, não se identificou a organização de estratégias pelas secretarias, a exemplo de tendas virtuais, concessão de auxílio para acesso à internet, *tablets*, espaços para acessos itinerantes, entre outras medidas, como forma de viabilizar e fomentar uma participação social mais abrangente, especialmente considerando o cenário desigual de acesso e acessibilidade à tecnologia no país.

Em tal contexto, os governos tiveram que adotar tecnologias digitais, o que pode ter repercutido inclusive em alguma alteração dos propósitos dos planos do quadriênio, na medida em que a participação social restringiu-se momentaneamente, a pessoas que mantiveram acesso a conectividade e aos sites e plataformas online disponibilizadas pela gestão municipal para a sistematização de problemas advindos dos territórios no contexto pandêmico.

Discussão

No curso da pandemia, os governos adotaram metodologias alternativas para propiciar a construção de um planejamento participativo. Para tanto, a inclusão das TICs no processo de planejamento foi a estratégia mais recorrente, com vistas a viabilizar e fomentar a participação social no ambiente digital. Constata-se que a inclusão das TICs, nesse cenário, tornou-se não só uma realidade como uma necessidade para efetivar a construção dos planos de saúde em meio ao distanciamento social. Mas é preciso considerar as dificuldades enfrentadas no processo de adaptação das práticas de planejamento, tendo em vista a urgência com que as SMS tiveram que reorganizar o processo de elaboração dos PMS.

Considerando o disposto no postulado da coerência, podemos constatar que foram enviados esforços para a manutenção dos propósitos do planejamento municipal, sobretudo a participação social no processo de discussão dos problemas e das necessidades de saúde da população e na elaboração de propostas de ação. Isso foi feito a partir da inclusão de tecnologias digitais que favorecessem a participação dos diversos sujeitos sociais – profissionais, usuários, gestores – no processo de elaboração dos planos, o que representa, do ponto de vista do postulado, uma mudança metodológica e organizacional no planejamento, sem prejuízo da busca de coerência interna entre os três componentes.

Contudo, é importante ressaltar que as inovações participativas multicanais (participação social com o uso de diferentes ferramentas e plataformas digitais e da internet ou participação social do cidadão nos mais diversos ambientes digitais), embora contribuam para ampliar a informação e o direito cidadão, podem configurar uma pseudoparticipação, ante as dificuldades para o manejo das TICs, no processo de reflexão, debate, discussão, deliberação e tomada de decisão política⁴⁴. Haja vista que as opções que as enunciam nem sempre são acessíveis a todos os cidadãos.

A análise do método de planejamento, nos momentos e espaços concretos das organizações nas quais se deu a operacionalização dos propósitos, podem não corresponder, necessariamente, com a contribuição dos representantes dos usuários do SUS, e mesmo do conjunto dos trabalhadores, por não conseguirem acesso as informações nos ambientes digitais, de forma que as propostas podem acabar subsumidas pela vontade política dos gestores, possibilitando o acúmulo de poder por certos grupos.

Sobre os aspectos mencionados, Júnior e Moraes⁴⁵ destacam que as experiências na elaboração dos planos de enfrentamento da pandemia evidenciaram forte processo de secundarização da ação dos conselhos de saúde nos processos decisórios, ao passo que a representação da sociedade civil foi composta majoritariamente de integrantes dos setores produtivos e empresariais, com representação incipiente dos segmentos populares e sociais.

É forçoso admitir que, apesar dos métodos e das ferramentas digitais terem possibilitado uma agenda criativa de ações políticas e o desenvolvimento de processos democráticos⁴⁶, observou-se uma ênfase nos processos participativos nas modalidades consultivas, a exemplo da e-informação (canal de informação para os cidadãos) e da e-consulta (canal de comunicação *online* para coletar respostas e alternativas do público), em detrimento das deliberativas, como a e-colaboração (canal interativo entre o cidadão e o governo, pelo qual os primeiros podem participar ativamente do desenvolvimento de alternativas e se manifestar na identificação de soluções preferidas) e o e-empoderamento (facilita a transferência da influência, o controle e a formulação de políticas para o público), que comportam maior descentralização de grau político⁴⁶.

Nesse sentido, cabe destacar que esse processo de participação social digital pode explicitar uma ideia de democracia colaborativa, mas tem combinado aspectos da democracia participativa e da

representativa em uma visão pautada, em boa medida, na ideia de inovação, que traz consequências imprevisíveis nas relações entre Estado e sociedade e pode promover rupturas sociais e institucionais⁴⁶. Assim, a fragilidade implícita ao processo pode resultar em um planejamento tecnocrático, reduzido à operacionalização dos meios, com o objetivo de obter maior controle e produzir mais em menos tempo e com menos recursos, secundarizando os processos democráticos.

Todavia, o acesso a computadores por si só e a disponibilização de *links* para consulta pública não representaram efetiva promoção de inclusão digital, uma vez que a inclusão digital em saúde pressupõe a “inclusão informacional em saúde”³³. Dessa forma, a efetividade da prática da cidadania digital tem sido discutida amplamente pela academia em função de seu alcance limitado a alguns públicos e das restrições de formato para impactar a agenda governamental de forma positiva. Nessa seara, outro desafio emergente diz respeito ao acesso e à acessibilidade aos recursos tecnológicos e à internet.

Considerações finais

O intuito desta análise foi discutir as proposições proeminentes no contexto emergencial, a fim de suscitar reflexões críticas quanto ao alcance dos propósitos democráticos frente à influência política enraizada historicamente nos regimes governamentais locais, por vezes implicitamente centralizados e autoritários⁴⁷. Por outro lado, longe de deslegitimar o papel das tecnologias digitais no processo de gestão em saúde, canais de participação social, ainda que digitais, podem propiciar a incorporação de demandas sociais verbalizadas por diferentes sujeitos e a materialização de um SUS mais efetivo e resolutivo.

A síntese de estratégias e experiências das plataformas colaborativas de participação social digital no curso da pandemia desvelou potencialidades e limitações preocupantes, tendo em vista que a gestão democrática e o planejamento participativo são necessários para a materialização dos planos municipais e o fortalecimento do projeto democrático de país que se deseja construir e efetivar. O desafio que se coloca é quanto à garantia de participação social no processo de elaboração dos planos municipais, pois no âmbito de emergências em saúde pública, como o vivenciado pela pandemia de COVID-19, esse processo depende não só da garantia de mecanis-

mo participativos, mas da ampliação dos canais de comunicação, recorrendo a fóruns de discussão centrais e locais e ao uso de redes sociais e dos meios digitais de comunicação, para criar espaços acessíveis à população nas várias áreas geográficas e definir prioridades concatenadas às reais necessidades locais. Ou seja, perpassa fundamentalmente a capacidade de os governos e os grupos sociais se organizarem e exercerem de fato o controle social, a fim de superar a tradição da administração pública local brasileira, marcadamente autoritária, segmentada e pouco vinculada à realidade territorial.

No cenário de distribuição espacial desigual da malha de telecomunicação e cobertura digital existente no país, do enfraquecimento da participação, do controle social no contexto brasileiro e da aproximação do período das conferências municipais de saúde e da Conferência Nacional de Saúde, há algumas recomendações que visam fortalecer e qualificar a participação social dos conselhos de saúde: implementar e ampliar o Programa de Inclusão Digital, criado em 2006, com vistas a favorecer que os conselhos de saúde apliquem recursos para a oferta de equipamentos a garantia de conectividade à internet, a fim de fortalecer o controle social; capacitar gestores e profissionais para processos de gestão e planejamento mais participativos, potencializando o uso das TICs a partir de princípios da literacia digital, do amplo acesso e da acessibilidade.

Por fim, é importante salientar as limitações deste artigo, relacionadas ao fato de se basear em informações veiculadas pelas prefeituras, que nem sempre refletem a realidade aprofundada de todos os municípios. Ao mesmo tempo, reconhece-se como limitação os dados analisados não permitirem evidenciar de que modo se deu a utilização dessas TICs e em que momento do processo de planejamento ela foi acionada. Outra limitação referente à coleta de dados documental diz respeito ao fato de não terem sido realizadas análises quanto à elaboração dos planos do quadriênio 2018-2021, que poderiam indicar se já existiam estratégias de fomento à participação social por meio das TICs no processo de construção dos planos.

Contudo, reconhece-se que essa pesquisa pode contribuir para estudos que permitam detalhar e aprofundar como vem ocorrendo o processo de participação social no planejamento em saúde a partir da inclusão das TICs, considerando a realidade de cada município e também as estaduais e a nacional.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram na concepção e no planejamento do estudo, na obtenção, análise e/ou interpretação dos dados, na redação e/ou revisão crítica e aprovaram a versão final a ser publicada.

Referências

1. Teixeira CF, organizadora. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA; 2010.
2. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2265-2274.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva*. Brasília: MS; 2006.
4. Paim JS. O movimento pelo planejamento em saúde na América Latina. *Rev Baiana Saude Publica* 1983; 10(1):46-52.
5. Testa M. Tendências em planejamento. In: Testa N. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 89-128.
6. Matus C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Ipea; 1993.
7. Rivera FJU. *Agir comunicativo e planificação social (uma crítica ao enfoque estratégico)*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS) Portaria nº 399, de 6 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 7 fev.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão: diretrizes operacionais*. Brasília: MS; 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
11. Brasil. Lei n. 8.142/90. *Diário Oficial da União* 1990; 28 dez.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 1993; 21 maio.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 1996; 6 nov.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde. *Diário Oficial da União* 2002; 28 fev.
15. Oliveira SRA, Teixeira CF. Avaliação da regionalização do SUS: construção de Modelo Teórico-lógico. *Rev Baiana Saude Publica* 2013; 37(1):236-254.
16. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1723-1728.
17. Teixeira CFS, Santos JS, Souza LE, Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde coletiva; teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2022. p. 124-142.
18. Jesus WLA, Assis MMA. Desafios do planejamento na construção do SUS. Salvador: EDUFBA; 2011.
19. Pinto ICM, Souza LUPF, Santos TBS, Teixeira CF. Gestão do Sistema Único de Saúde. In: Paim JS, organizador. *SUS-Sistema Único de saúde: tudo o que você precisa saber*. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu; 2019. p. 151-170.

20. Pinto, ICM, Chioro A, Teixeira CF, Solla JJSP, Andrade LR, Sants TBS. Configuração institucional e modalidades de Gestão do SUS. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde coletiva; teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2022. p. 228-240.
21. Milani ML, Almeida HA, Pedrassani D, Marchesan JA. Gestão e o Plano Municipal de Saúde do Município de Caçador, Santa Catarina. *DQuestão* 2020; 18(53):266-287.
22. Nascimento AB, Egry EY. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. *Saude Soci*. 2017; 26(4):861-871.
23. Lins AM, Cecilio LCO. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. *Physis* 2008; 18(3):483-499.
24. Rocha MND, Cerqueira SCC, Teixeira CF. Planejamento municipal no SUS: o caso da Secretaria Municipal de Saúde-Salvador. In: Teixeira CF, organizadora. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA; 2010. p. 77-94.
25. Fernandes VC, Spagnuolo RS, Nascimento EN. Percepção de conselheiros de saúde sobre acesso às informações e inclusão digital. *Saude Soci* 2017; 26(1):218-228.
26. Mottin LM. *Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para os municípios: um estudo no Rio Grande do Sul* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
27. Teixeira CFS, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saude Debate* 2018;42(esp. 2):11-21.
28. Wyszomirska RF, Mendonça BCB, Barros AR, Calheiros MNTR, Bandini HM. Plano Estadual de Saúde: representação gráfica do processo de construção de um plano. *Rev Portal Saude Sociedade* 2021; 6:e02106028.
29. Barreto WRL. *Análise do processo de participação social do Plano Plurianual Participativo 2016-2019 do Estado do Rio Grande do Norte* [trabalho de conclusão de curso]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2020.
30. Cruz SSC, Dupim SLM, Nascimento ALD, Ribeiro LCC, Roque RS. Análise dos Planos Municipais de Saúde dos 33 municípios sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina no período de 2014 a 2017. *Vozes Vales* 2017; 6(12): 1-14.
31. Junior DGA, Ágape LCS, Machado ES, Silva DN. Controle social como estratégia de efetivação da boa administração pública frente à COVID-19. *Sanare* 2021; 20(supl. 1):39-46.
32. APSREDES. Laboratório de Inovação: conselhos de saúde e participação social na resposta à COVID-19 [Internet]. 2021. [acessado 2022 nov 22]. Disponível em: <https://apsredes.org/participacao-social-na-resposta-a-covid-19/>
33. Moraes IHS, Veiga L, Vasconcellos MM, Santos SRFR. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):879-888.
34. Prefeitura Municipal de Jaguaraiava. Prefeitura abre canal para sugestão e propostas na elaboração do Plano Municipal de Saúde [Internet]. 2021. [citado 2022 nov 21]; Disponível em: <https://jaguariaiva.pr.gov.br/index.php/habitacao/22-noticias/semus-saude/2576-prefeitura-abre-canal-para-sugestoes-e-propostas-na-elaboracao-do-plano-municipal-de-saude>
35. Prefeitura Municipal de Dourados. Prefeitura convida população para construção do Plano Municipal de Saúde [Internet]. 2021. [acessado 2022 nov 21]. Disponível em: <https://www.dourados.ms.gov.br/index.php/prefeitura-convida-populacao-para-construcao-do-plano-municipal-de-saude/>
36. Oliveira LLC, Estevez ALM, Sacramento J, Kraemer C, Thielmann R. O Portal da Transparência como ferramenta de controle social. *Rev Científica Multidisciplinar Núcleo Conhecimento* 2021; 8(5):5-21.
37. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(supl. 1):1565-1577.
38. Moreira MR, Fernandes FMB, Sucena LFM, Oliveira NA. Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. *Divulg Saude Debate* 2008; 43:48-61.
39. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
40. Testa M. Planejamento em saúde: as determinações sociais. In: Nunes ED, organizador. *As ciências sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. OPAS; 1985. p. 335-367.
41. Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cad Saude Publica* 1990; 6(2):129-153.
42. Silva Neto VJ, Chiarini T. Technological progress and political systems: non-institutional digital platforms and political transformation. *Tech Society* 2021; 64:101460.
43. Ribeiro HLC. *Participação política a partir de iniciativas online: possibilidades, limites e desafios para a democracia* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017.
44. Januário SBB, Correa RF. Contribuições da ciência da informação para a cidadania digital no Brasil: a participação social em questão. *Em Questão* 2021; 26(2):306-329.
45. Bispo Júnior JP, Moraes MB. Participação comunitária no enfrentamento da COVID-19: entre o utilitarismo e a justiça social. *Cad Saude Publica* 2020; 36(8):e00151620.
46. Araújo RPA, Penteado CLC, Santos MBP. Democracia digital e experiências de e-participação: webativismo e políticas públicas. *Hist Cienc Saúde Manguinhos* 2015; 22(supl.):1597-1619.
47. Lotta G, organizadora. *Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil*. Brasília: Enap; 2019.

Artigo apresentado em 21/12/2022
 Aprovado em 18/04/2023
 Versão final apresentada em 20/04/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

