

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

GABRIEL CALAZANS BAPTISTA

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: DIÁLOGOS ÍTALO-BRASILEIROS ATRAVÉS
DO MÉTODO *COMMUNITY LAB*

PORTO ALEGRE

2017

GABRIEL CALAZANS BAPTISTA

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: DIÁLOGOS ÍTALO-BRASILEIROS ATRAVÉS
DO MÉTODO *COMMUNITY LAB*

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientação: Prof. Dr. Frederico Viana Machado.

PORTO ALEGRE

2017

GABRIEL CALAZANS BAPTISTA

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: DIÁLOGOS ÍTALO-BRASILEIROS ATRAVÉS
DO MÉTODO *COMMUNITY LAB*

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientação: Prof. Dr. Frederico Viana Machado.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Augusta Nicoli.
Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale Emilia Romagna.

Profa. Dra. Carla Albert.
Confederação Nacional dos Municípios.

Prof. Dra. Lisiane Boer Possa.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Cristian Fabiano Guimarães.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

CIP - Catalogação na Publicação

Baptista, Gabriel Calazans

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: DIÁLOGOS ÍTALO-BRASILEIROS
ATRAVÉS DO MÉTODO COMMUNITY LAB / Gabriel Calazans Baptista. -- 2017.
80 f.

Orientador: Frederico Viana Machado.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto
Alegre, BR-RS, 2017.

1. Participação Social. 2. Participação em Saúde. 3. Saúde Coletiva. 4.
Community Lab. I. Viana Machado, Frederico, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Fred, meu orientador, pela presença constante, disponível e cuidadosa durante todo o período de pesquisa e escrita. Amigo e companheiro de militância.

Aos professores que aceitaram o convite para compor esta banca.

À Rede Governo Colaborativo em Saúde por ter propiciado os encontros que permitiram a realização desta dissertação.

Ao Alcindo Ferla, por me ensinar que pesquisa e militância andam necessariamente juntas.

A todos os colegas do Laboratório Ítalo Brasileiro de Formação Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva que contribuíram com a minha trajetória. Cristian, Ardigò, Brígida, Francesco, Andrea.

À Maria Augusta Nicoli e todos os colegas da *Agenzia* que me acolheram de forma tão cuidadosa e espontânea.

À professora Vincenza Pellegrino, da Universidade de Parma, que ajudou a estruturar todo o projeto de pesquisa e as suas alunas, Caterina, Tania e Clara, companheiras de pesquisa em solo Brasileiro e Italiano.

Aos colegas da Comissão de Educação Permanente do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre por aceitarem o desafio de refletir comigo sobre o fazer de participação social em saúde.

À minha mãe, Mari, por ser exemplo de resiliência neste ano tão duro. Sempre alegre e amorosa. Minha maior inspiração.

À Marina, minha namorada. Sem ela este trabalho não teria sido concluído. Obrigado por acreditar em mim mesmo quando eu duvidei.

Obrigado.

“Se nada ficar destas páginas, algo, pelo menos, esperamos que permaneça: nossa confiança no povo. Nossa fé nos homens e na criação de um mundo em que seja menos difícil amar.”

Paulo Freire

RESUMO

Esta pesquisa busca compreender o método de planejamento de políticas e ações no âmbito socio-sanitário, desenvolvido na Itália, denominado *Community Lab*. Considera a aproximação histórica entre Itália e Brasil, entendendo a influência recíproca na estruturação de sistemas de saúde públicos e universais baseados na Atenção Primária em Saúde, nos quais a participação é uma das diretrizes fundamentais, assim como a responsabilidade de defender os princípios teóricos da equidade, universalidade, nas práticas e na formação dos profissionais de saúde. O objetivo desta pesquisa foi o de identificar e descrever boas práticas de participação social capazes contribuir para o cenário brasileiro. Trata-se de uma pesquisa exploratória realizada através de análise documental, revisão bibliográfica e observação participante, onde são apresentados casos que utilizaram a metodologia em questão. Percebe-se a potência do método e sua capacidade em promover mobilização social, articulação de redes e políticas, de ampliação do número de atores envolvidos nas propostas, colocando a população e a comunidade, com suas características, como o centro do processo no qual são desenvolvidos ações e políticas menos setoriais e pautadas pela integralidade.

Palavras-chave: Participação Social; Participação em Saúde; Saúde Coletiva; Community Lab.

RIASSUNTO

Questa ricerca cerca di capire il metodo di pianificazione delle politiche e delle azioni nella sfera socio-sanitaria, sviluppata in Italia, denominata *Community Lab*. Considera l'approccio storico tra l'Italia e il Brasile, comprendendo l'influenza reciproca nella strutturazione dei sistemi sanitari pubblici e universali basati sulla sanità primaria, in cui la partecipazione è una delle linee guida fondamentali, nonché la responsabilità di difendere i principi teorici di equità, l'universalità, nelle pratiche e nella formazione dei professionisti della salute. L'obiettivo di questo progetto era identificare e descrivere buone pratiche di partecipazione sociale in grado di contribuire allo scenario brasiliano. Si tratta di una ricerca esplorativa condotta attraverso l'analisi documentaria, la revisione della letteratura e l'osservazione dei partecipanti, in cui vengono presentati casi che utilizzano la metodologia in questione. Si percepisce il potere del metodo e la sua capacità di promuovere mobilitazione sociale, l'articolazione delle reti e le politiche, l'aumento del numero di attori coinvolti nelle proposte, collocando la popolazione e la comunità con le sue caratteristiche come centro del processo in cui sono sviluppati azioni e politiche meno settoriali e basate sull'integrità.

Parole Chiavi: Partecipazione Sociale; Partecipazione in Sanità; Salute collettiva; Community Lab.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: PERCURSO METODOLÓGICO.....	10
Fases da Pesquisa	14
Aspectos Éticos	18
CAPÍTULO II: SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN).....	20
CAPÍTULO III: O MÉTODO <i>COMMUNITY LAB</i>	24
CAPÍTULO IV: EXPERIMENTAÇÕES DO <i>COMMUNITY LAB</i> : EXPLORANDO OS CASOS.....	35
Caso 1: O Sofrimento Feminino no Mundo do Trabalho – Comacchio.....	36
Caso 2: Projeto Sentinelas: Bem Estar Social Através do Engajamento – Cervia.....	41
Caso 3: Portas Abertas - Ferrara.....	45
Caso 4: Baixa Romanha 2020 – Lugo.....	49
CAPÍTULO V: ANÁLISES E RESULTADOS	53
<i>Community Lab</i> em análise: entre novas práticas institucionais e possibilidades de participação	53
<i>Community Lab</i> e educação permanente: diálogo com a experiência de participação social em saúde no Brasil.....	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS.....	68

INTRODUÇÃO

As inspirações para a realização desta pesquisa derivam de experiências profissionais, acadêmicas e pessoais e sua elaboração e desenvolvimento se dá por meio de minha inserção nas equipes de pesquisa da Rede de Governo Colaborativo em Saúde, do Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde (LAPPACS/UFRGS), e do Laboratório Ítalo Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva. Estes grupos vinham desenvolvendo pesquisas interessadas em fenômenos relacionados à participação social em saúde, das quais passei a fazer parte, sendo que meu envolvimento acentua-se quando ingressei no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL) como mestrando e colaborador da Rede Governo Colaborativo em Saúde.

Trabalhei por três anos na Assessoria Técnica de Planejamento – ASSTEPLAN da Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS. Durante esse período tive contato regular com o Conselho Estadual de Saúde e com as políticas da área da saúde que pretendem promover maior participação social e controle social. Realizar a apresentação de relatório de gestão ou discutir a análise situacional do Plano de Saúde no plenário do Conselho Estadual de Saúde tornaram-se atividades constantes durante este período. Além disso, fui incumbido de fazer a interlocução da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa- ParticipaSUS, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE. Esta política oficializada pela portaria MS 3.027 de 2007 compreende “um conjunto de ações que visam o aperfeiçoamento da gestão do SUS [...] incluindo o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde” (BRASIL, 2010).

O envolvimento com essa política, pautada na ideia de gestão participativa¹, levou a proposição de um grupo de trabalho ampliado na SES/RS para discutir as temáticas da participação social em saúde, equidade e integralidade da

¹ A gestão participativa pode ser compreendida como “(...) a estratégia transversal que objetiva agregar legitimidade às ações de governo, de forma a assegurar a inclusão de novos atores políticos e possibilitar a escuta das necessidades por meio da interlocução com usuários e entidades da sociedade. Requer a adoção de práticas e dispositivos de controle social, mecanismos de escuta permanente das opiniões e demandas da população, processos participativos de gestão, intersetorialidade e mecanismos de mobilização social” (BEZERRA, 2012.p.885).

atenção à saúde. As atividades desempenhadas transformaram-se no tema para ser o meu trabalho de conclusão de curso de graduação em psicologia, intitulado: “A Participação Social em Saúde em Debate: Análise da Formulação da Política de Gestão Estratégica e Participativa no SUS” (BAPTISTA, 2014).

A pesquisa relatada no TCC foi de caráter qualitativo, realizada através de revisão bibliográfica sobre a participação em saúde, análise documental e observação participante no grupo de trabalho que discutiu a questão gestão participativa no estado do Rio Grande do Sul. Os dados permitiram a percepção sobre o campo de tensão existente entre gestores e instâncias de controle social na formulação da política de gestão estratégica e participativa. Principalmente como resultado da análise das atas das reuniões do Plenário do Conselho Nacional de Saúde - CNS durante o período de surgimento da SGEP e da formulação e implantação do ParticipaSUS, destaquei que eram evidentes os conflitos derivados desse processo entre MS e CNS, que também se refletiam a nível estadual e municipal. O MS apontava que os conselhos estavam atuando de forma burocrática e em constante distanciamento das bases, sobretudo dos movimentos sociais. Já o CNS defendia que a nova secretaria e a política estavam ocupando o lugar que era de direito do controle social (BAPTISTA,2014).

Foi possível entender também que o desconhecimento e não interesse da gestão estadual e dos gestores municipais sobre o tema da gestão participativa dificultou a implementação do ParticipaSUS. Esse fato podia ser notado pelo baixo percentual de recursos utilizados nos mais de seis anos de implementação da política e liberação de recursos pelo estado para os municípios (menos de 20 por cento do total entre 2007 e 2013) e pelo fato de diversos gestores dos municípios afirmarem que gostariam de devolver o recurso por não saber que ações propor para utilizar um recurso destinado a gestão participativa (BAPTISTA, 2014). Corroborando esse argumento, em 2015, a SES/RS optou por utilizar o recurso disponível dessa política para realizar o pagamento dos Hospitais Filantrópicos.

Além disso, a observação participante do grupo citado acima, composto por populações específicas (Grupo técnico LGBT, população indígena, população negra, população de rua, entre outras minorias), que historicamente não participam do processo de formulação e avaliação das políticas, trazia a impressão de que somente os grupos mais organizados e com maior capacidade de articulação conseguiam acessar recursos e realmente “participar”. Neste espaço as demandas

relatadas eram muito individualizadas e claramente não existia o interesse ou possibilidade de discutir questões mais amplas e de forma coletiva. A dificuldade de acesso, por exemplo, era vista como uma questão específica para cada população e não como uma característica do SUS, pautado na integralidade do cuidado e universalidade do acesso, mas que ainda tem dificuldades de acolher de forma humanizada, o usuário em necessidade (BAPTISTA, 2014).

Durante a pesquisa, as leituras da produção do sanitarista italiano Giulio Alfredo Maccacaro foram importantes para refletir sobre os desafios e perigos de um sistema de saúde que cria instâncias participativas, políticas e normas, sem criar as condições para que os usuários do sistema e a sociedade civil não organizada como um todo, possam participar. Esse processo é definido por ele como sendo uma participação delegada (MACCACARO, 1979). O autor se refere a processos burocráticos de esvaziamento das demandas que muitas vezes são acessíveis à população, como no caso das ouvidorias, mas que trazem pouca possibilidade de diálogo ou interferência na situação vivenciada ou relatada. Maccacaro (1979) entendia que não são as estruturas físicas, as paredes ou espaços com determinada distribuição de cadeiras que irão promover a participação, mas sim, a possibilidade de encontrar objetos de discussão que façam sentido para os participantes. Afirmava que a participação deveria ser incentivada em todos os níveis da gestão, mas que as unidades de saúde locais teriam sempre o maior desafio de encontrar os meios para dialogar com a população e propor ações capazes de influenciar toda a gestão do sistema.

Nesse período ao me questionar sobre possibilidades de planejamento participativo ou gestão participativa que pudessem ampliar o número de atores envolvidos e realmente envolver os usuários não pertencentes a algum grupo da sociedade civil organizada, tive contato com a metodologia proposta na Região *Emilia Romagna*, norte da Itália, denominada *Community Lab*. Este método é utilizado para o planejamento de ações e políticas pautado na mudança social compartilhada (de "mapeamento social", de reflexão sobre os equilíbrios e os conflitos sociais) baseado em estudos de caso e com a finalidade de compreender melhor as comunidades de hoje e as possíveis formas de evolução em matéria de bem estar social graças à participação dos cidadãos (ASSR, 2014).

Esta experiência na Gestão me fez entender a necessidade de estudar e buscar novas metodologias e ferramentas capazes de aproximar o processo de

planejamento à realidade das comunidades e territórios. Dessa forma, ainda em março de 2015, fui convidado para participar do Grupo de pesquisa da Rede Governo Colaborativo em Saúde, mais especificamente para atuar em um grupo que se ocupava de uma pesquisa sobre participação social. Esse contato fez com que conhecesse diversos pesquisadores. A aproximação do grupo de pesquisa despertou meu interesse pelo mestrado em saúde coletiva e permitiu que, ao ingressar no PPGCOL, o meu projeto estivesse relacionado à pesquisas desenvolvidas pelo meu orientador, junto ao Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde (LAPPACS/UFRGS), e pelo do Laboratório Ítalo brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, uma rede internacional que envolve várias universidades e instituições governamentais brasileiras, a Universidade de Bolonha e a Universidade de Parma, bem como a *Agenzia Sociale e Sanitaria della Regione Emilia Romagna*.

Deste modo, o estudo que aqui apresento recorta partes de duas pesquisas em andamento, contribuindo para seu desenvolvimento e utilizando dados produzidos coletivamente pela equipe que integro. A primeira pesquisa, com foco em dispositivos da atenção básica/atenção primária em todo o território nacional e em interface com a região da Emilia Romagna, está intitulada: “Cartografia da ação pública nos serviços socio sanitários de base territorial: análise das práticas de participação na Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde no Brasil e na Itália”. A segunda, com foco mais restrito nos conselhos locais de saúde das unidades básicas de saúde de porto alegre e dispositivos similares presentes na Itália, definida como: “Desafios da participação social na Atenção Básica: análise dos conselhos locais de saúde na cidade de porto alegre e estudo comparativo com experiências de participação nas casas de saúde na Itália”.

Nesse contexto, a questão principal desse estudo se respalda numa ideia - da participação social em saúde- que adquire caráter central no cenário brasileiro, desde o período de redemocratização e surgimento do SUS e sobre a qual gestores e sociedade civil têm se debruçado para formular alternativas. E, mesmo reconhecendo os avanços e a importância da institucionalidade de todas as instâncias de participação propostas e legitimadas por lei, assegurando um espaço democrático e de reflexão comunitária, de controle social, encontramos na literatura diversos estudos que questionam o papel desses espaços na democratização e no aprimoramento das políticas públicas (CÔRTEZ, 2006): pela “qualidade” da

participação e pelo processo de deliberação (STRALEN, 2005); o envolvimento e a mobilização da comunidade nos espaços de participação (CÔRTEZ, 2009); a capacidade destes arranjos em fomentar a troca de informações necessárias ao aprimoramento da gestão pública (Côrtes, 2009b); a efetividade do controle social e fiscalização das contas públicas (Fernandes, 2010; LABRA, 2009), problemas com autonomia, organização e bom desempenho no acesso (MOREIRA & ESCOREL, 2009), falta de articulação entre conselhos (Almeida, 2014), entre outros. Como argumentam Kohler & Martinez (2015:8), falando especificamente sobre os conselhos de saúde que apesar da sua intenção de serem inclusivos e participativos, “na prática, eles parecem ter pouco impacto sobre o processo de elaboração de políticas de saúde no Brasil (...) e suas deliberações são muitas vezes estreitas e controladas”.

Alguns destes questionamentos acompanharam minha trajetória profissional e, em pesquisa anterior (BAPTISTA, 2014), ao analisar o processo de implantação da política ParticipaSUS, foi possível entender que a simples existência de políticas e instâncias não garantem que ocorra ampliação dos atores que participam de tais instâncias. Logo, a criação de novos espaços para populações específicas, historicamente excluídas dos processos decisórios, também não significa por si só que as demandas e solicitações dessas populações tenham algum impacto na gestão e formulação de políticas no sistema de saúde e muito menos que estes espaços sejam responsáveis por ampliar o protagonismo dos cidadãos e usuários sobre suas vidas.

Percebe-se que, ao longo dos anos diversos arranjos participativos e legislações específicas, definidas e garantidas por lei, não foram capazes de superar a lógica burocratizada da participação, nem de garantir o protagonismo da população nesses espaços (PEDROSA, 2014). Aliás, conforme nos aponta Maccacaro (1979), sanitaria italiano, a burocratização dos espaços de participação é justamente uma das práticas que operam para não permitir que os usuários e cidadãos possam se aproximar de questões importantes e influir sobre as decisões tomadas a respeito do sistema de saúde e que influenciam diretamente as suas vidas.

Minhas aproximações com a realidade serviços de saúde (Unidades Básicas de Saúde, Conselho Municipal, Conselhos Locais e Distritais de Saúde) de Porto Alegre e atuação na Comissão de Educação Permanente do Conselho Municipal de

Saúde reforçaram o entendimento de que existem, no cenário brasileiro, muitos e diversos arranjos participativos, ao passo que parece ser necessário pensar novas formas de fazer participação através destas estruturas. Ou seja, para além de pensar estruturas participativas e políticas participativas, parece ser necessário pensar outras formas de fazer participação, formas renovadas e processuais de aproximar Estado e sociedade.

Neste sentido, nos aproximamos de pesquisadores e parceiros italianos, com a finalidade de melhor compreender as práticas realizadas na Região Emilia Romagna, norte da Itália, onde têm sido desenvolvidas ações de caráter inovador através da metodologia do *Community Lab* (GINO *et al*, 2013), que tem desafiado a forma burocrática e insuficiente de afrontar os problemas socio sanitários atuais. Importante ressaltar que não é nosso interesse realizar uma comparação entre as formas de participação social desenvolvidas em cada contexto, mas sim, estudar e compreender a metodologia do CL de modo a oferecer elementos que sirvam como boas práticas, sobretudo, para inspirar inovações em participação social para o cenário brasileiro.

Preservadas suas singularidades, Brasil e Itália possuem similaridades na organização dos sistemas saúde que permitem que os dois contextos sejam colocados em “diálogo”. Ambos pressupõem o acesso universal da população aos serviços de saúde, assim como a defesa e efetivação dos princípios da equidade e da participação da comunidade na construção das políticas e das ações de saúde e na gestão dos serviços. Além disso, Itália e Brasil apostam na expansão da Atenção Primária em Saúde como estratégia de organização da atenção à saúde. Seja na construção do Sistema Único de Saúde, especialmente com a implementação da estratégia da Saúde da Família, assim como nas mais recentes orientações do Sistema Sanitário Italiano sobre a estruturação das *Casas da Saúde*², entendidas como unidades de cuidado territoriais baseados nos princípios da *Primary Health Care* - PHC.

Nos dois contextos existe a necessidade de encontrar alternativas para criar uma mudança na crescente individualização das experiências nas práticas socio sanitárias cotidianas, tendo em vista construir uma lógica diferente de participação social em saúde, que responda ao preceito dos cuidados primários, no

² Os termos em *italico* indicam termos traduzidos do italiano.

qual a participação aparece como elemento estruturante da organização do cuidado e aposta para a integralidade (GUIMARÃES, 2015).

Isto se torna ainda mais evidente no cenário atual, caracterizado pela interconexão entre processos globais e locais, onde alguns fenômenos se destacam: a crise econômica que tem contribuído fortemente para o aumento da vulnerabilidade social, elevando a taxa de desemprego e ampliando as desigualdades; a sensação de insegurança e violência vivenciadas em praticamente todos os continentes do globo; a transição demográfica e epidemiológica, caracterizada pelo envelhecimento da população e aumento das condições crônicas de saúde.

Estes fenômenos revelam os limites de uma abordagem técnica e setorial, focada no cuidado hospitalar, e a necessidade de articular recursos formais e informais dos serviços e da comunidade bem como favorecer a integração entre social e sanitário. Em outras palavras, revelam a importância da participação social para a qualificação da gestão e do funcionamento dos serviços de saúde.

Na Itália, as experiências institucionalizadas de participação na área da saúde se resumem aos *Comitês Consultivos Mistos* e as *Conferências do Terceiro Setor*, que conforme nos apontam os parceiros de pesquisa e a literatura (SERAPIONI, 2006), são estruturas burocratizadas e possuem caráter somente de consulta, dificultando a inovação de práticas participativas, a proposição de ações e políticas e a necessária aproximação entre políticas públicas, serviços e sociedade. Apesar desse processo de burocratização dos arranjos de participação, estão surgindo experiências interessantes de renovação da participação social na Região da Emilia Romagna. Estas iniciativas são convocadas pela *Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale - ASSR*, encarregada da avaliação de políticas e serviços de saúde e assistência social, e buscam mobilizar os cidadãos em suas localidades, em torno de problemas de saúde e sociais típicos de cada comunidade.

Destaca-se esta metodologia denominada *Community Lab*(CL), objeto de nosso estudo³, criada por pesquisadores da Universidade de Parma e gestores da *Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale*. O *Community Lab* tem inovado o processo de planejamento de políticas e ações, desafiando a burocratização no contexto regional

³ A metodologia do CL será apresentada mais detalhadamente nos capítulos três e quatro.

da *Emilia Romagna*. Trata-se de práticas experimentais cidadãs, que envolvem comunidades e municípios em torno de temas de interesse comum.

Com a finalidade de desenvolver e apresentar os resultados da nossa pesquisa, este trabalho encontra-se estruturado em seis capítulos. O capítulo um contém o percurso metodológico adotado, contendo a descrição sobre as fases da pesquisa. Este capítulo é especialmente relevante, pois a trajetória desta pesquisa agregou diversas estratégias de coleta de dados que precisamos descrever detalhadamente. Além disto, compreendemos que os passos metodológicos constituem em si mesmos, informações relevantes sobre como fazer pesquisa sobre participação social em um contexto diferenciado e de forma a incluir intervenções e ações em parceria com o campo estudado.

O segundo capítulo contém uma breve apresentação e histórico do sistema de saúde italiano, com a finalidade de apresentar o contexto onde o método *Community Lab* foi criado e tem sido aplicado.

O terceiro capítulo descreve o método *Community Lab*. É o momento onde o pesquisador apresenta, de forma resumida, os elementos teóricos e práticos que serviram como base para o desenvolvimento do método em questão e permitem a sua aplicação. É resultado da análise documental dos materiais produzidos pela ASSR; das entrevistas realizadas com os idealizadores do método e com os casos que aplicaram o CL ao longo dos anos; e da observação participante na Itália, em momentos distintos.

O quarto capítulo apresenta casos do *Community Lab* que foram entrevistados durante as experiências de campo do pesquisador. Tem a intenção de ilustrar como os elementos teóricos e estruturantes do método são aplicados na prática e na mais variadas realidades, complementando o capítulo anterior. Não foi possível construir uma narrativa exatamente igual para todos os casos, uma vez que cada um apresenta características e desenvolvimentos bem distintos. Além disso, a experiência do pesquisador com cada caso gerou dados e entendimentos também diferentes. De qualquer forma, foram assinalados os momentos e fases que caracterizam o método, buscando permitir um maior entendimento sobre o objeto deste estudo.

O quinto capítulo é dividido em duas partes: a primeira contém as reflexões do pesquisador sobre o método *Community Lab*, resultado do processo de pesquisa. A segunda parte reflete o entendimento do pesquisador sobre quais elementos deste

método podem contribuir no cenário brasileiro de participação social e controle social. Destacamos que não houve a intenção de estabelecer uma comparação entre as duas realidades, mas sim de aproximar cada contexto, permitindo a troca de ideias e de boas práticas.

O sexto capítulo contém as reflexões finais, indicando os limites da pesquisa, e as possibilidades para a utilização das reflexões oriundas desta dissertação, além das perspectivas para continuidade e ampliação do objeto de estudo deste trabalho.

CAPÍTULO I: PERCURSO METODOLÓGICO

Definir o objeto de estudo dessa pesquisa não foi tarefa fácil uma vez que esse projeto buscou dialogar com pesquisas muito mais amplas e complexas que já se ocupavam do tema em questão: o da participação social em saúde. Somente através do campo de práticas e da relação com o objeto é que foi possível delinear essa pesquisa. A priori não existia o entendimento que a metodologia do *Community Lab* poderia auxiliar a problematizar a questão da participação no Brasil.

As entrevistas iniciais e diálogo constante com outros pesquisadores que compõem o Laboratório Ítalo Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva permitiu elaborar um percurso de pesquisa. Posteriormente, a observação participante realizada na Itália, mostrou-se fundamental para pensar elementos capazes de serem colocados em diálogo com o cenário brasileiro. A participação em seminários, eventos e discussões, sempre em companhia dos parceiros italianos e brasileiros foi o que possibilitou estruturar esse desenho. Inegável reconhecer que a pesquisa foi se constituindo juntamente com esses parceiros, sem os quais o estudo não teria sentido nem forma.

Um primeiro momento de troca com os pesquisadores italianos aconteceu ainda em setembro de 2015, quando analisamos o Questionário do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que tratava sobre a avaliação dos serviços pelos usuários do SUS. A discussão levou em conta as transformações do novo cenário epidemiológico global, entendendo que os sistemas e serviços de saúde do Brasil e da Itália necessitam modificar a lógica da assistência com a finalidade de produzir novas formas de cuidado. A chave de leitura utilizada foi Atenção Primária em Saúde, considerando a Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família no Brasil e a implantação das Casas da Saúde na Itália. Destacou-se a importância de colocar no centro dos processos de produção de cuidado os indivíduos e a comunidade, com os próprios valores, objetivos e trajetórias de vida (NICOLI, *et al.* 2016).

O resultado deste trabalho foi transformado em artigo com o seguinte título: “Não é só um Problema de ‘Satisfação dos Usuários’: Considerações sobre a Participação dos Usuários na Avaliação da Atenção Básica”, publicado pela revista

Saúde em Redes⁴. O material foi produzido juntamente com coordenadora da Área de *Innovazione Sociale* (Inovação Social) *della Agenzia Sociale e Sanitaria della Regione Emilia Romagna*, um grupo de pesquisadores do Centro de Estudos Internacionais da Universidade de Bologna, Universidade federal do Rio Grande do Sul, que integram o Laboratório ítalo-brasileiro.

Outro passo importante foi o de poder estar junto desses pesquisadores italianos em unidades de saúde, conselhos de saúde e dialogando com profissionais que atuam no SUS. Em dezembro de 2015, uma professora da Universidade de Parma, estudiosa do tema do *Welfare Partecipativo* na Itália e na Europa, uma das responsáveis pelo desenvolvimento do método *Community Lab*, esteve no Brasil, a convite da UFRGS, com a intenção de fortalecer a parceria entre as instituições e desenvolver o projeto *Overworld*⁵.

Durante a sua estadia, fui uma das pessoas que a acompanhou nas suas atividades. Visitamos conselhos de saúde e estivemos em diversos serviços. Em cada local, ela explicava casos do CL que se assemelhavam com a nossa realidade. Ficava evidente que nossos contextos eram muito diferentes, e que mesmo os casos desenvolvidos na Itália tinham complexidades e desfechos dos mais variados, mas que a metodologia desenvolvida por eles parecia ser capaz de propiciar processos de mudança social desde o nível local (micro) até o nível de formulação e avaliação de políticas públicas (macro), independente do contexto inserido.

Com o intuito de permitir melhor compreensão sobre o método CL, a professora fez um convite: conhecer as experiências que têm sido desenvolvidas através do método em questão, participando de atividades juntamente com os pesquisadores e com os casos que estavam sendo desenvolvidos na Itália.

Reunido com os demais pesquisadores do Laboratório ítalo-brasileiro, entre eles o meu professor e orientador, decidimos conjuntamente que esta pesquisa seria o resultado da aproximação e interação com os facilitadores do método CL, na condição de pesquisador externo, auxiliando na fase de avaliação dos casos que já estão concluídos. Dessa forma, trabalharia somente com casos iniciados em 2013, 2014 e 2015, considerados como encerrados. A Rede Governo Colaborativo em

⁴ Texto disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/658>

⁵ O projeto *Overworld* é uma iniciativa Europeia que financia, por um período de 3 meses, a pesquisa de estudantes em diversos países, entre eles, o Brasil. Em Porto Alegre, foram três estudantes da Universidade Parma que estiveram em Porto Alegre e participaram diretamente das pesquisas citadas na introdução deste trabalho.

Saúde, comprometeu-se a financiar a minha estadia na Itália, como parte das atividades de campo da pesquisa citada na introdução deste trabalho, e a Rede Unida, indicou que utilizaria a síntese deste trabalho de pesquisa e avaliação dos casos, compilando e publicando um livro, através da sua editora.

Dessa forma, com finalidade de criar maior compreensão sobre o *Community Lab*, e produzir elementos para a rede de pesquisadores do laboratório ítalo-brasileiro este estudo teve como objetivo estruturar uma pesquisa exploratória (GIL, 2008) e de caráter qualitativo, através da descrição de casos selecionados e do método em questão.

A pesquisa-intervenção foi escolhida como marco norteador por possibilitar a utilização de diferentes técnicas e ferramentas de pesquisa e por tratar-se de uma metodologia que busca a produção coletiva e cooperativa com vistas à ação crítica sobre a realidade, entendendo a complexidade de atores e fatores, como no caso da participação social. Pode-se dizer que nesta metodologia, o caminho do pesquisador é constituído na relação com o campo de prática e objeto de estudo (ROCHA, 2003).

Essa metodologia é adequada para o nosso estudo uma vez que não existe a pretensão de comparar as experiências em si, nem de esgotar a discussão sobre o tema. Por mais que tenhamos aprendido que “comparar é buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, para melhor compreendê-los” (CONIL, 2012.p. 564), vamos evitar o termo comparação neste trabalho.

Reforça este entendimento sobre a não possibilidade ou pretensão de comparação entre as realidades apresentadas nesse estudo (a brasileira e a italiana), a atuação do pesquisador durante todo o período da pesquisa, como integrante da Comissão de Educação Permanente do Conselho Municipal de Saúde. Espaço que atua diretamente na formação, capacitação e desenvolvimento de atividades juntamente com os Conselhos Locais do Município de Porto Alegre e, portanto, apresenta-se como local privilegiado para entender como o tema da participação social tem sido abordado e quais os seus impactos nas políticas públicas na área da Saúde em Porto Alegre.

E, mesmo que um dos produtos esperados dessa pesquisa tenha como objetivo a produção coletiva de um livro para auxiliar a compreender melhor o método CL, fizemos questão de reiterar, com os entrevistados e escritores, que o livro seria resultado das trocas e discussões feitas entre os dois contextos e não o

objetivo final. Dessa forma podemos dizer que a função principal dessa pesquisa seja a ideia de conhecer as boas práticas sobre as possibilidades de participação em saúde, valendo-se das experimentações realizadas pelos colegas italianos através do método em questão.

Entende-se que a pesquisa realizada pode permitir encontros entre a realidade brasileira e italiana, apontando aproximações e diferenças sobre as práticas de participação social em saúde ocorrem em cada contexto. Propomos então a ideia de um “diálogo” que indica, conforme o dicionário, “fala em que há interação entre dois ou mais indivíduos; colóquio, conversa; contanto e discussão entre duas partes (p ex., em busca de um acordo); troca de ideias” (MICHAELIS, 2009).

Este diálogo ou conversa tem sido utilizado como metodologia das pesquisas citadas na introdução deste trabalho, uma vez que foram diversas as possibilidades onde pesquisadores italianos estiveram no Brasil, discutindo ou contribuindo sobre o tema da participação em saúde, assim como foram diversas oportunidades, conforme será relatado a seguir, onde o pesquisador e outros pesquisadores brasileiros estiveram na Itália para acompanhar os desenvolvedores e facilitadores do método em questão.

O leitor precisa estar ciente de que não encontrará neste texto, um manual sobre o *Community Lab*, mesmo porque não existe um “passo a passo” feito pelos colegas italianos. Estão disponíveis, porém, *lineeguida* (linhas guia) de atuação e proposição do método, que podem ser facilmente encontradas no site da Agenzia⁶. Valendo-se desses documentos, das entrevistas e de uma formação realizada especificamente sobre o método, é que capítulo que explica o CL foi desenvolvido.

Importante destacar que a revisão bibliográfica apontou a existência que pouquíssimos trabalhos acadêmicos realizados sobre o tema. Porém, uma das pessoas que utilizou o método pela primeira vez na *Emilia Romagna*, fez o seu doutorado na Universidade de Bologna, analisando diferentes processos de participação social pelo mundo (entre eles o do Orçamento Participativo de Porto Alegre) no qual foi incluído o primeiro período de experimentações do CL na *Emilia Romagna* (2012 a 2014). O trabalho de Martino (2015) foi importante, pois nos

⁶ <http://partecipazione.regione.emilia-romagna.it/iopartecipo/community-lab>

auxiliou a compreender de uma forma menos técnica (como apresentado nas linhas guia) e mais analítica o surgimento e desenvolvimento do *Community Lab*.

No capítulo onde os casos são apresentados é preciso destacar que a inserção do pesquisador e sua relação com cada experiência não ocorreu de maneira uniforme. Portanto, alguns casos são descritos com maior detalhamento do que outros. Este fato reforça a ideia de pesquisa intervenção, uma vez que o contato com o objeto de estudo foi delineando a escrita e permitindo a elaboração de maior ou menor número de elementos para cada caso.

Porém, houve o cuidado de sinalizar no texto as passagens importantes de cada caso, para permitir um melhor entendimento sobre os temas centrais que envolvem o objeto desse estudo, principalmente na tentativa de deixar em evidência quando as três diferentes fases que compõem o método estavam acabando ou modificando.

Fases da Pesquisa

A pesquisa foi dividida em duas diferentes fases: (1) ponto de partida e (2) experimentação.

1. Ponto de Partida

Composta pela revisão bibliográfica e análise de documentos em legislações nacionais, regionais e municipais e normativas sobre a participação nos serviços e instituições da saúde e entrevistas com atores significativos, seja pela produção intelectual e/ou atuação na área, no cenário brasileiro e italiano. Este primeiro momento possibilitou compreender a estrutura de cada sistema, principalmente o italiano, além ajudar a destacar as semelhanças e diferenças que a legislação de cada contexto define sobre os processos de participação, sobre quais são instâncias participativas, sua composição e sobre como essas instâncias se relacionam com a gestão dos serviços e dos sistemas.

Esta fase teve início em setembro de 2015. Através da análise exploratória em legislações e documentos e da contribuição dos demais pesquisadores envolvidos na proposta foram definidos os cenários de prática e da segunda fase da pesquisa (Experimentação).

As primeiras entrevistas foram realizadas entre setembro e dezembro de 2015, com a própria Coordenadora da Área de Inovação Social da *Agenzia Sociale e Sanitaria della Regione Emilia Romagna* e a professora da Universidade de Parma. Tais momentos tiveram papel fundamental para definir o objeto de pesquisa e estruturar o caminho a ser trilhado. Interessava saber quais eram, na Itália, as formas de participação social na área da saúde; se existiam processos institucionalizados de participação como o nosso e quais as legislações que regulavam a forma de participação social naquele território. Destas entrevistas, foram elencadas legislações, normativas e documentos técnicos que serviram para entender quais eram as características, semelhanças e diferenças entre o sistema de saúde italiano e o brasileiro e o surgimento do *Community Lab*, corroborando com Santos (2000) sobre o objetivo da fase de análise documental.

Abaixo estão alguns dos documentos e legislações pesquisados:

- Constituição italiana de 1947;
- Lei 833 de 1978: trata sobre a criação do *Servizio Sanitario Nazionale*;
- Lei 502 de 1992: trata sobre a criação das *aziendas*;
- Lei 509 de 1992: sobre a reforma do sistema de saúde;
- Lei número 328 de 2000: trata sobre o processo de planejamento e divisão de recursos para as áreas de bem estar social e sobre os mecanismos de participação social na área da saúde;
- Lei número 296 de 2007: lei nacional sobre as Casas da Saúde;
- Decreto Regional 291 de 2010: sobre as Casas da Saúde na *Regione Emilia Romagna*;
- Decreto Regional número 3 de 2010: trata sobre o processo de planejamento e divisão de recursos para as áreas de bem estar social na *Regione Emilia Romagna*;
- As linhas guias 2013 e 2015: desenvolvidas pelos técnicos da *Agenzia* para explicar o método CL.

A revisão bibliográfica segundo Gil (2008) é realizada tendo como base materiais já elaborados que geralmente são livros e artigos científicos para conhecer quem já pesquisou ou está pesquisando sobre o tema, quais os métodos desenvolvidos e quais as principais conclusões que os estudos estão obtendo. Foram analisados materiais e produções referentes aos conselhos de saúde no Brasil, as instâncias de participação social em saúde na Itália e sobre a metodologia

Community Lab, que nos permitiu mapear o que os autores apontavam sobre esses temas e instâncias.

A análise documental nos documentos técnicos produzidos pela ASSR sobre o método indicavam conceitos e autores que foram de relevância para a fundamentação do Método, mas explicavam os mesmos de forma muito sucinta, portanto, fizemos uma pesquisa específica sobre os trabalhos e obras desenvolvidos por estes autores. Destacamos Sabel (2012), estudioso de governança local que define um dos conceitos básico do CL, o Experimentalismo e a teoria da Democracia Deliberativa de Bobbio (2007). A pesquisa desenvolvida por Martino (2015) também foi de vital importância para permitir uma melhor compreensão sobre o objeto de estudo.

Sobre as instâncias de participação social em saúde na Itália, destacamos Serapioni (2006) que corroborou com a impressão obtida através das entrevistas iniciais sobre tais espaços, mostrando a burocratização das práticas institucionalizadas de participação no cenário italiano e especificamente da Região *Emilia Romagna*. Sobre o cenário de participação brasileiro, foi feita revisão exploratória, buscando textos e trabalhos que auxiliassem a problematizar o nosso estudo. Côrtes (2006;2009;2009b), Stralen(2005), Fernandes (2010), Labra (2009), Moreira &Escorel (2009), (Almeida, 2014), Kohler& Martinez (2015), Pedrosa (2014) foram alguns dos autores utilizados. O conceito de Educação Permanente (CECCIM, 2004; BRASIL, 2009; CECCIM, FERLA, 2009) e a ideia de Participação de Maccacaro(1979) nos auxiliaram principalmente no quinto capítulo deste estudo, quando analisamos as experiências do *Community Lab* e na reflexão sobre quais as potencialidades e possibilidades que este método podem trazer para a participação social em saúde no Brasil.

2. Experimentação

Na fase da Experimentação foi realizada a imersão em campo na Itália, através da observação participante (SOUZA *et. al.*, 2007), realização de entrevistas, participação de reuniões e encontros com os facilitadores do método em questão. Todas as entrevistas foram realizadas em italiano e o conteúdo traduzido pelo pesquisador.

A ida a campo ocorreu em três momentos: entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016 e no mês de julho de 2016 e em fevereiro de 2017. Durante estes

momentos distintos foi possível conhecer mais sobre a metodologia do *Community Lab*, inclusive tendo participado de uma jornada de formação sobre o método, e acompanhar a discussão, realizada através de entrevistas, com sete diferentes casos que desenvolveram a metodologia nos seus territórios. Todos os casos que acompanhei iniciaram em 2013 e 2014 e já estão “concluídos”. Portanto, possuem resultados e dados para análise e avaliação.

Durante o período de pesquisa na Itália, estive em contato direto com os funcionários da *Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale della Emilia Romagna*, na área de *inovação social*, e com uma das facilitadoras do método e professora da *Universidade de Parma*, que são as instituições responsáveis pelo desenvolvimento e facilitação do *Community Lab*. A escolha dos casos se deu pela diversidade das experiências e pela intenção de contemplar os três níveis de atuação da metodologia, conforme será explicado no capítulo três. Foi possível conhecer sete diferentes experiências, sendo que seis de forma presencial e uma por entrevista realizada por Skype.

- Casos Micro:

- *O sofrimento feminino no mundo do trabalho* – Município de Comacchio;
- *Projeto Sentinelas: bem estar social através do engajamento* – Município

de Cervia.

- Caso Meso:

- *Portas Abertas* – Município de Ferrara.
- *Laboratório do Futuro: quais as faces do trabalho precário?* – Município

de Ferrara;

- Casos Macro:

- *Baixa Romanha 2020* – Município de Lugo;
- *Laboratórios Comunitários para o bem estar social comunitário* –

Município de Casalecchio di Reno;

- *Programação participativa para o bem estar comunitário* – Município de

Forlì.

Para as entrevistas com os casos, foram definidas, juntamente com os demais facilitadores do Método CL, algumas questões para nortear o diálogo. Cada caso foi convidado a registrar sua experiência através da escrita de um texto tendo as questões abaixo como guia:

- Elementos inovadores (quais as metodologias, estratégias que permitiram mobilizar a comunidade e os diversos setores e atores que compuseram as experiências, etc.);
- Impacto ou reflexo sobre as políticas ou serviços (o que mudou após a experiência do Community?);
- Formação (quais eram as capacidades dos facilitadores, gestores, usuários? O papel dos facilitadores foi importante? Durante o processo se percebeu ou foi identificada alguma necessidade ou possibilidade de formação?);
- Avaliação (feita de modo livre onde cada caso deve relatar quais as reflexões feitas durante e sobre o processo);

A produção da escrita por parte dos casos foi dividida em dois momentos: uma primeira oficina de escrita coletiva coordenada pela facilitadora, onde o objetivo foi incentivar a reflexão sobre os casos, e em um segundo momento foram feitas entrevistas no território onde as experiências têm sido desenvolvidas na Itália. Os grupos e entrevistas foram realizados com membros dos grupos condutores de cada caso e que acompanharam os processos desde o início.

A expectativa inicial era a de que estes textos resultantes das entrevistas fossem transformados em um livro, porém a publicação ainda não está concluída. Alguns dos grupos entrevistados já haviam realizado momentos de avaliação sobre as experiências, inclusive com a produção de matérias, o que facilitou a realização das entrevistas e a produção do conteúdo. Outros entrevistados estavam fazendo o exercício pela primeira vez e naturalmente demonstraram maior dificuldade durante a escrita.

Para a elaboração do quarto capítulo foram selecionadas quatro dos sete casos entrevistados. Entende-se que as experiências escolhidas são suficientes para ilustrar os diferentes níveis de abrangência e as distintas possibilidades de atuação do método. Destaca-se que o pesquisador teve o cuidado de utilizar o registro do seu diário de campo (SOUZA *et. al.* 2007) e impressões das entrevistas, na tentativa de preservar a autoria dos textos produzidos por cada experiência.

Aspectos Éticos

Esta dissertação encontra-se inserida como parte da pesquisa: “Desafios da Participação Social na Atenção Básica: Análise dos Conselhos Locais de Saúde na cidade de Porto Alegre e Estudo Comparativo com Experiências de Participação nas

Casas da Saúde na Itália”, aprovada pelo parecer número:1.822.645 do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. O consentimento para a gravação e utilização dos dados foi feito por cada um dos entrevistados e está registrado no áudio das entrevistas.

CAPÍTULO II: SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)

A partir dos anos 60 e até o fim do século XX, a Itália passou por inúmeras reformas no campo da saúde. Conforme tendência mundial, o enfrentamento das epidemias com políticas higiênico-sanitárias em modelo de assistência corporativo (*mutuo soccorso*) foi configurando uma organização sanitária fragmentada. Em 1964, Giovanni Berlinguer, médico social, membro do Partido Comunista Italiano, propôs um plano para criação das Unidades Sanitárias Locais (USL), que operacionalizaria a Atenção Primária por meio da territorialização em lógica de uma distribuição mais equânime. Contudo, em 1968, o parlamento optou por uma Reforma Hospitalar (Lei nº132 12/2/68) que instaurou os hospitais autônomos em substituição às instituições públicas beneficentes de maneira desincorporada das Agências Sanitárias Locais (ASL), enfraquecendo, assim, a proposta de reestruturação da Saúde Pública Italiana.

Somente após dez anos, em completa crise do sistema sanitário, houve movimentos e mobilizações para uma Reforma Sanitária, culminando com a Lei nº. 833 de 23/12/78, que dispõe o Serviço Sanitário Nacional em garantia de acesso, igualdade e participação social, sendo sua implementação responsabilidade do Estado.

Neste mesmo ano foi aprovada a Lei nº180 13/05/1978, também conhecida por *LeggeBasaglia*, importante marco da Reforma Psiquiátrica Italiana. Franco Basaglia, entre as décadas de 60 e 70, coordenou importante movimento de desinstitucionalização das práticas asilares em diferentes cidades do país, marcado pela ampliação da participação das pessoas com transtorno mental enquanto cidadãos anteriormente confinados em hospitais psiquiátricos. Assim, as práticas e as normativas do país demonstravam uma estrutura sistêmica comprometida com a complexidade dos sujeitos com o contexto singular dos territórios e com a legitimação da participação na proposta de cuidado de saúde e doença.

Importante destacar que o processo de reforma italiano influenciou diretamente o processo de reforma sanitária que se desenvolveu no Brasil a partir da década de 70, uma vez que Berlinguer esteve no Brasil por diversas vezes e mantinha contato direto com intelectuais brasileiros que estavam atuando no movimento sanitário.

Nos anos 90, o Estado italiano possuía um sistema muito estruturado, no entanto, enfrentava importantes problemas financeiros - altos custos e baixa eficiência, disparidades entre as regiões com despreparo da gestão dos serviços, mudanças demográficas significativas e insatisfação da população. Foram criados, então, novos arranjos institucionais com a instituição da lei 509 em 1992, em que os governos regionais passaram a possuir maior autonomia política, orçamentária e de gestão. Foram criadas empresas públicas – *Aziende Sanitarie Locali* (ASL), com o objetivo de readequação da gestão sob pretensão de obter mais eficiência com menor custo. Esta lógica empresarial criou mecanismos de competição entre as ASL para a obtenção do direito de coordenar determinados serviços, por determinado período de tempo.

Este cenário mostrou-se favorável para a integração da rede de serviços regionalizada, sendo a Atenção Primária à Saúde instituída como eixo ordenador do sistema, baseada nos princípios da equidade, integralidade e longitudinalidade do cuidado (WHO, 2008). De tal forma, O *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN) é um serviço público de caráter universal, que garante assistência de saúde para todos os cidadãos residentes na Itália. O financiamento do sistema ocorre através do pagamento de impostos e também pelo pagamento direto por serviços acessados (*ticket sanitario*). O SSN se organiza através de um Plano Nacional de Saúde que serve de base para os Planos Sanitários Regionais. A estrutura do sistema compreende níveis diferentes de atuação e complexidade, assim como ocorre no sistema brasileiro.

Assistência primária engloba serviços acessados diretamente pelo usuário no seu território (Médicos de Medicina Geral, Pediatras de Livre escolha e *Guardia Médica, Casas da Saúde*); a Assistência secundária e terciária compreendem todos os serviços que o cidadão acessa a partir do encaminhamento do Médico de Medicina Geral (consultas especializadas, exames, etc).

As estruturas que se ocupam da gestão e organização dos serviços em cada território são as *Aziende Ospedaliere* (Empresas Hospitalares) e *Aziende Sanitarie Locali*- ASL (Empresas Sanitárias Locais). Elas são encarregadas tanto pelas prestações de serviços públicos como dos privados. Entre os diversos serviços que formam a rede de assistência, destacamos alguns.

O Médico de Medicina Geral (MMG) é a base do sistema. Profissionais que trabalham (geralmente sozinhos) em consultórios de bairro e são conveniados com o

serviço público para efetivarem o contato inicial do usuário com o sistema. Estão encarregados de realizar procedimentos básicos (limpar e suturar feridas) e distribuir medicações, além de realizarem o encaminhamento do usuário para os demais níveis do sistema. Importante salientar que consultas especializadas e exames laboratoriais na rede pública somente são autorizados caso tenham sido solicitados pelo respectivo MMG do usuário.

Cada médico pode acolher até 1500 usuários para acompanhamento. Os usuários, por sua vez, podem escolher o profissional mais próximo, ou mesmo um distante que lhe agrade para que seja o seu MMG e podem trocar de profissional no momento que desejarem. Crianças de até 14 anos, são atendidas por Pediatras, que atuam no mesmo modelo dos Médicos de Medicina Geral. No turno da noite, quando os MMG estão com seus consultórios fechados funcionam as chamadas *Guardia Medica*. São os médicos que trabalham de segunda à sexta das 20h às 08h e das 10h de sábado às 08h de segunda. A *Guardia Medica* também é encarregada de fazer visitas domiciliares.

Os hospitais oferecem internação, consultas especializadas e a realização de exames. Existe também o day hospital, que consiste numa internação programada, com duração máxima de um dia, onde o paciente realiza exames e consultas especializadas. O serviço de Pronto Socorro pode ser acessado diretamente ou através do 118 (número nacional que faz a regulação das urgências e emergências). No pronto socorro, a classificação de risco é feita por uma enfermeira especializada que irá definir o nível de prioridade, indicado por quatro cores diferentes (vermelho, amarelo, verde e branco) sendo que o primeiro indica perigo de vida iminente e o último, que a questão poderia ser tratada pelo MMG do usuário. Caso o usuário não esteja em nenhuma das categorias indicadas, é previsto o pagamento de uma taxa para a utilização do pronto socorro.

O sistema de Saúde Italiano, mesmo sendo reconhecido como um dos mais resolutivos da Europa sofre consideráveis críticas por estudiosos da área da saúde por ser considerado tecnicista e pouco humanizado, uma vez que os MMG, considerados a base do modelo de atenção primária, não exercem muito além de um papel de reguladores do sistema, ao encaminharem os usuários para os outros níveis de atenção e serviços que compõem a rede.

Algumas iniciativas têm sido desenvolvidas para modificar essa situação, entre elas podemos destacar o projeto ministerial com a instituição do projeto

ministerial *Case Della Salute* (Casas da Saúde), referendado pela normativa 296 de 2007, fundamentando um serviço que deve atuar na lógica do cuidado territorial, articulando o que pode vir a representar uma nova “reforma” no processo de organização do sistema de saúde italiano, articulando serviços, reunindo equipes multiprofissionais e promovendo uma maior interação entre os serviços de saúde e assistência social (BONATI, 2016).

A Região *Emilia Romagna* foi uma das que maior aposta fez neste novo modelo, implementando uma lei própria (lei nº 291 de 2010). De acordo com relatório produzido pela *Agenzia Sociale e Sanitaria della Emilia Romagna* estavam em funcionamento em 2016, 80 casas da saúde em toda a Região *Emilia Romagna* (ASSR, 2016).

Sobre a participação em Saúde na Itália, percebe-se que a legislação nacional não define o local e a forma como a participação deve ocorrer, apesar de legitimar algumas instâncias participativas como os *Comitês Consultivos Mistos* (lei 328/2000) e as *Conferências do Terceiro Setor* (Lei 328/2000). Estas não se apresentam como obrigatórias ou instâncias às quais os gestores devem necessariamente seguir para realizar o planejamento das ações, pois são consultivas. Todavia, a legislação nacional e mesmo a constituição italiana reconhecem a necessidade e importância de dialogar com a comunidade, e remetem aos estados e municípios a obrigatoriedade de se organizarem para promover a participação dos cidadãos na formulação de políticas (lei 328/2000). Nesse sentido, a Região da *Emilia Romagna* é uma das que mais avançou ao desenvolver ao aprovar uma lei (lei regional 3/2010) que propõem a necessidade de elaborar novas formas de participação dos cidadãos utilizando o método *Community Lab*, que será apresentado nos dois próximos capítulos.

CAPÍTULO III: O MÉTODO *COMMUNITY LAB*

A primeira parte deste capítulo situa a legislação nacional sobre o processo de planejamento e a legislação regional que trata explicitamente sobre o método *Community Lab* (CL) como ferramenta para auxílio na formulação de ações e políticas públicas na Região *Emilia Romagna*. Em seguida, apresentamos os conceitos estruturantes para a elaboração do método CL. Tais conceitos e autores foram apontados pelos facilitadores que entrevistamos, entre eles, uma Socióloga e Professora da Universidade de Parma, que auxiliou a desenvolver o método. Na terceira parte deste capítulo, descreveremos o método CL em si, considerando as suas etapas e a forma como deve ser aplicado. Para descrever o método utilizamos documentos oficiais da *Agenzia*, entrevistas realizadas com facilitadores e as observações de campo dos casos acompanhados, além das anotações do diário de campo feitas durante uma das formações promovidas para os casos na *Agenzia*.

O percurso *Community Lab* iniciou no ano de 2011 com o objetivo de incentivar formas inovadoras de participação dos cidadãos no processo de planejamento das políticas e ações das áreas da saúde e da assistência social na Região *Emilia Romagna*. Sobre esse desafio se centrou o esforço de promover percursos participativos e estruturados a partir de quem institucionalmente tem a responsabilidade e possibilidade de definir quais serão as políticas e a forma de aplicação dos recursos destinados às áreas de Saúde e Assistência (MARTINO, 2015).

Conforme a Lei Nacional nº 328 do ano 2000, o processo de planejamento das políticas públicas ocorre nos planos de zona (*piani di zona*). Fazem parte desse momento os *Assessori* (figuras políticas indicadas pelo Presidente da Região) que coordenam cada área (Saúde, Assistência, Educação) e os *Dirigenti* (figuras técnicas indicados pela junta de Assessores). Por meio do encontro e debate dessas figuras técnicas e políticas nos *tavoli* (mesas de negociação para definição de políticas e alocação de recursos) são elaboradas e definidas diretrizes e metas sintetizadas em um documento com validade trienal - o *Plano Sociale e Sanitario della Regione Emilia Romagna* (Plano de Assistência Social e de Saúde da Região Emilia Romanha). Por mais que a Lei referida mencione o terceiro setor, não deixa claro de que forma estes devem participar do processo. Vale lembrar que as

instâncias participativas na Itália nas Áreas de Assistência Social e Saúde possuem caráter somente consultivo e cabe a cada Região definir a forma de participação.

A *Emilia Romagna* elaborou legislações específicas, sendo a última e mais atual a Lei Regional número 3 de 2010 para tratar do Plano de Zona (PDZ) e torná-lo mais participativo, no qual o *Community Lab* é apresentado como método para ampliar a participação de atores no processo de formulação de políticas sociais e, inclusive, com a intenção de alcançar usuários e cidadãos que dificilmente interagem com as instituições e serviços e pouco conhecem o papel dos mesmos.

No entanto, destaca-se que não foi criada uma fórmula ou uma regra para promover a participação dos usuários, trabalhadores ou outros. Como lembra uma das entrevistadas que auxiliou a elaborar o método:

O *Community Lab* não é uma forma para fazer participação. É um método para promover processos sociais e comunitários, influenciar e pensar novas políticas e ações para as instituições e serviços, onde a participação e a educação são fundamentais.

Existia um entendimento de que os cidadãos têm se distanciado cada vez mais das instituições públicas, que a especialização do cuidado prestado tem gerado a fragmentação e burocratização das instituições e, com isso, das práticas de participação. O aumento das condições precárias de trabalho e a crise da classe média são todos elementos que aumentam a crise do sistema de *welfare*⁷ italiano (MAZZOLI *et al*, 2012). Em uma situação onde a classe média está cada vez mais empobrecida e fragilizada, a demanda da população em relação aos serviços tende a aumentar, portanto é preciso que os mesmos sejam capazes repensar e adequar a sua atuação em relação aos cidadãos, ou estarão correndo o risco de não superarem os desafios que se apresentam e continuarão produzindo procedimentos e estratégias descoladas das demandas atuais (MARTINO, 2015).

Com base nessa premissa, o *Community Lab* apresenta-se como um método onde os contextos locais experimentam processos participativos capazes de produzir mudança nas políticas e nas organizações encarregadas de elaborar as políticas, no âmbito assistência social e de saúde. De tal maneira, o CL é um método de “transformação”, na medida em que pretende produzir conhecimento através da ação com a comunidade e a partir da análise de dimensões cotidianas do trabalho.

⁷ Os sistemas de *welfare* são compostos de programas públicos através dos quais o estado objetiva melhorar o bem estar dos cidadãos e, particularmente, fornecer algum tipo de proteção social para algumas categorias de cidadãos que se encontram em maior dificuldade: desempregados, com condições de saúde específicas, idosos, crianças (GALASSO, 2012).

Em outras palavras, a questão enfrentada pelo CL foi: “quais são os lugares, os processos, as relações que permitem que os trabalhadores sintam-se à vontade e consigam alargar a participação em direção aos usuários e cidadãos?” (MARTINO, 2015, p. 133).

O método foi criado para produzir mudanças e implementar processos complexos e tem como base o conceito de Democracia Deliberativa (BOBBIO, 2007) e atua através do conceito de Experimentalismo (SABEL, 2012) e da prática da Aprendizagem, sobretudo aquela realizada pelos e com os trabalhadores como potência transformadora. Cabe diferenciar o conceito de Democracia apresentado aqui, a Deliberativa, dos conceitos de Democracia Representativa e Democracia Participativa.

Pelo conceito de Democracia Representativa entende-se como a forma de participação mais comum desde a segunda metade do século XX. Nesse modelo o cidadão escolhe seu representante através do voto (MILANI,2008). Cabe ao representado avaliar o que foi feito pelo depositário da sua confiança. A ideia de participação do cidadão está geralmente somente atrelada ao voto e ocorre a cada nova eleição.

A Democracia Participativa pode ser entendida como aquela forma de participação onde o cidadão consegue exercer alguma pressão sobre os órgãos públicos ou que constrói relações com as próprias instituições interferindo diretamente nos processos de decisão (BOBBIO, 2007; ALLEGRETI,2011). Podemos pensar aqui no caso do Orçamento Participativo, onde parte do orçamento de Porto Alegre era definido diretamente pelos cidadãos (MARTINO, 2015).

A Democracia Deliberativa, por sua vez, não significa uma negação da ideia de representatividade ou de participação direta dos cidadãos nas decisões. Esta salienta, porém, que as decisões dos indivíduos não devem ser tidas como inalteráveis (BOBBIO, 2007), e por isso, devem ser discutidas de forma ampla para gerar reflexão (deliberação, ponderação), sobretudo nas fases que precedem à decisão institucional. Essa ideia de democracia implica criar formas diferentes de articulação para que a participação dos cidadãos não ocorra somente no sentido de avaliar o que já foi decidido (*top-down*) ou que a escolha dos indivíduos seja inquestionável para as instituições (*bottom-up*)(MILANI,2008).

O Experimentalismo (SABEL, 2012) é o segundo conceito que destacamos para compreendermos o embasamento do CL e representa a possibilidade que as

instituições públicas possuem para conseguir fazer frente à fase histórica de mudanças epidemiológicas, econômicas e socioculturais que estamos presenciando através da capacidade de inovar suas práticas. Para isso, defende que experimentações locais devem ser base e objetivo dos gestores dos sistemas, serviços e políticas. Uma aproximação radical das instituições e serviços com os problemas reais das pessoas e dos territórios é a possibilidade de reinventar as próprias instituições.

O autor diz ainda que a força transformadora das experiências locais irá depender da capacidade das instituições de acompanhar, monitorar e repensar tais práticas. Sabel (2012) defende a importância da descentralização decisional, onde cada contexto tem autonomia para encontrar as soluções que julgar mais adequadas, e da coordenação centralizada do monitoramento (cada parte é estimulada a refletir sobre as suas práticas e, paralelamente, sobre as ações dos demais, produzindo uma melhora contínua para todo o sistema). Essa modalidade de trabalho permite a qualificação recíproca de cada contexto, aumentando a responsabilidade dos cidadãos e instituições públicas através da participação dos cidadãos na definição das ações e políticas que os afetam.

O terceiro pressuposto é a ideia de que a aprendizagem, e particularmente aquela dos profissionais, deve ser realizada de forma situada no território (MARTINO, 2015). Entende-se que transformação e conhecimento são produzidos através da reflexão, do fazer e da conexão com os contextos nos quais os trabalhadores são inseridos. Não existe um conceito definido de aprendizagem adotado pelos desenvolvedores do método CL. Porém, ao analisarmos os casos, percebemos que estamos falando de práticas semelhantes ao que no Brasil compreendemos como Educação Permanente (CECCIM, 2004; BRASIL, 2009; CECCIM, FERLA, 2009). O contato com os casos deixa mais evidente essa questão, uma vez que, como veremos no capítulo quatro, quanto maior a integração ensino-serviço-território, maior a potência e capacidade de mudança das experiências em cada comunidade, gerando articulação de redes e instituições, garantindo a centralidade e protagonismo da população e, em alguns casos tendo impactodireto na formulação de políticas e ações.

Dessa forma, o *Community Lab* é um método que se baseia na análise de casos (experimentações locais), cuja elaboração ocorre de forma compartilhada, seja com os sujeitos envolvidos nas experimentações, seja com outros sujeitos de

contextos que vivam ou possam viver experiências similares (ASSR, 2015). Na prática, a *Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale da Emilia Romagna* abre um edital anual onde informa a disponibilidade para auxiliar os municípios no processo de planejamento dos PDZ. Para participarem, os municípios precisam se candidatar e informar quais políticas ou questões pretendem trabalhar.

Geralmente são os coordenadores de áreas de políticas setoriais que compõem o PDZ que fazem a candidatura. As demandas são variadas. Desde questões específicas, como trabalhar doenças com alta notificação em determinado território, até a necessidade de reformulação de todas as políticas do PDZ. Existe um grupo de facilitadores encarregado pela *Agenzia* de monitorar e auxiliar no processo. Cada facilitador acompanha uma parte dos casos, o que inclui supervisão periódica e visita ao território.

Todos os casos que se candidatam passam por uma formação composta de dois momentos: um deles realizado na *Agenzia*, em formato tradicional de aula. Pude acompanhar, em fevereiro de 2016, uma dessas etapas de formação. A segunda etapa é realizada no território, onde cada um dos casos, acompanhados pelos facilitadores, inicia uma reflexão mais específica sobre as questões apresentadas e começa a delinear e aplicar a metodologia.

Alguns documentos elaborados pelos próprios facilitadores servem como guia para a discussão. No texto '*A Programação Participativa para um Welfare de Comunidade*' (NICOLI, 2015) são definidos os níveis de atuação, as metodologias para pensar os grupos de trabalho nos territórios e características gerais do método que irão permitir a atuação do caso em seu contexto.

As práticas de experimentação operam em 3 níveis: Micro, Meso e Macro. O nível Micro é composto por experiências que se concentraram sobre um objeto particular ou um território particular. São bairros, serviços (Hospitais, Casas da Saúde, Escolas) que produzem processos participativos, de ativação de grupos e populações excluídas, ensinando os serviços a se comunicarem e a ouvir de outra forma a demanda local, sem necessariamente modificar os PDZ (ASSR, 2015).

Ainda que na maioria das vezes sejam Dirigentes e Coordenadores que apresentem a proposta, eles acabam por enviar outros técnicos ou trabalhadores dos serviços para continuarem o projeto. Assim o caso segue, mas por falta de apoio político, tem maior dificuldade de influenciar os níveis altos de gestão responsáveis pelas decisões no PDZ. Falas como "os políticos não ligam para nós" estiveram

presentes nas entrevistas com participantes de alguns casos. Mesmo assim, tais experiências não são vistas de forma alguma como menos valiosas. Conforme será demonstrado nos relatos do próximo capítulo, são aquelas experimentações onde ocorre contato e maior envolvimento dos cidadãos e onde as mais diversas formas de comunicação e ativação de recursos comunitários são utilizados.

Os casos Meso são os casos onde geralmente os ativadores da proposta no território trabalham também com o processo de planejamento do PDZ, mas escolhem ou conseguem aplicar a metodologia sobre um objeto específico, como a reformulação da Política do idoso ou da Pessoa com Deficiência sem que para isso sejam modificadas as demais políticas (ASSR, 2015). Pude conhecer dois casos que atuaram nesse nível. Em todos eles ficou evidente a capacidade de mediação entre os trabalhadores que estavam desenvolvendo as atividades no território e os responsáveis pelo processo de planejamento. O caso escolhido para ser relatado no próximo capítulo tem intenção de mostrar essa interação.

Os casos de abrangência Macro são aqueles casos que nascem com a proposta de modificar todo o processo de formulação de políticas nos PDZ, onde geralmente são desenvolvidas políticas menos fragmentadas com questões transversais a todo o território (ASSR, 2015). Os casos deste tipo que pude acompanhar tinham necessariamente uma articulação considerável entre os níveis de atuação da metodologia no território e os níveis mais elevados de gestão, muitas vezes incluindo figuras políticas também no grupo que conduziu o caso.

Outro aspecto importante apresentado para os casos durante a formação é referente aos termos desenvolvidos durante os anos e as diversas experimentações. Uma das facilitadoras ajudou a desenvolver um glossário próprio do método CL, tudo com vistas à compreensão sobre as novas formas de habitar o espaço público e mantendo visível a ideia de que cada grupo irá se relacionar de forma diversa no mesmo território, dependendo do contexto, história e cultura. São definidos três grupos principais: “Dentro - Dentro” (DD), “Dentro - Fora” (DF), “Fora - Fora” (FF).

O primeiro grupo (DD) é composto por movimentos sociais e ONGs que entendem os funcionamentos das políticas, instituições e serviços e, dessa forma, sabem como influenciar e pressionar para conseguir seus objetivos; o segundo (DF) refere-se a grupos que utilizam os serviços com frequência, mas que desconhecem o funcionamento dos mesmos e por esse fato, não interagem com os serviços e com as políticas, nem participam de espaços institucionalizados de representação da

sociedade civil. São um exemplo os imigrantes e jovens adultos de 30 a 35 anos (ASSR, 2015). O terceiro grupo (FF) é composto por jovens, imigrantes ilegais, e pela antiga classe média que se encontra em situação de pobreza, que não utilizam os serviços e instituições por falta de conhecimento, vergonha de pedir ajuda ou por não acreditarem que os serviços possam ajudar em alguma questão (ASSR, 2015).

Essa distinção permite uma primeira reflexão sobre as características do território. Foi consenso entre os presentes na formação que realizei na *Agenzia* que o terceiro grupo apresentado é o que representa maior desafio tanto para os serviços como para o envolvimento no processo de formulação de políticas, pois mesmo tendo demandas bem evidentes, dificilmente interagem com as instituições.

O método em si prevê três fases distintas: 1) Identificação do objeto de trabalho; 2) Elaboração do projeto; 3) Realização (ASSR, 2015). Não é um processo linear, uma vez que cada território tem uma característica e recursos(técnicos, políticos e sociais) para desenvolver o método de forma diversa, mas geralmente todos os casos acompanhados acabam passando pelas três fases.

A fase de identificação do objeto de trabalho geralmente ocorre nos territórios e conta com a presença e apoio dos facilitadores. Esse também é considerado um momento de formação, pois os responsáveis pelo caso são encarregados de apresentarem dados e elementos para a reflexão coletiva. Estes encontros podem ocorrer várias vezes. Em algumas experimentações, esta fase só foi concluída após mais de um ano de trabalho. De forma geral, são definidos objetos amplos de trabalho, sem distribuir responsabilidades ou pensar em ações. “Novas fragilidades familiares” ou “novas formas de pobreza” são exemplos de objetos de trabalho definidos.

É um momento fundamental do método CL, pois nesta Fase é estruturada uma *cabine di reggia ristretta* (grupo condutor restrito) que será encarregado de acompanhar todo o desenvolvimento do processo. São pessoas comprometidas e que tem identificação com o objeto inicial de trabalho, mesmo que ao longo do tempo este sofra alguma modificação. São os atores encarregados de pensar estratégias para desenvolver o caso, as maneiras de envolver os cidadãos, e que irão acompanhar as experiências no território junto com os demais trabalhadores e usuários, que estarão presentes nas formações na *Agenzia* e que manterão contato direto com os facilitadores. Enfim, são condutores do passo a passo. De forma geral, é formado por atores institucionais, ou grupos “dentro-dentro”, convidados pelos

idealizadores do projeto ou que acabam sabendo do processo e demonstram interesse. Pouquíssimos casos possuem atores “dentro-fora” e “fora-fora” neste grupo.

Na segunda fase (elaboração do projeto) ocorre uma ampliação no número e na representação dos envolvidos. É quando, por exemplo, o grupo restrito define as “novas fragilidades familiares” como tema de trabalho, mas percebe que os indicadores e as informações disponíveis, mesmo fornecendo uma análise da situação, dificilmente irão apontar possibilidades de mudança no processo de formulação das políticas ou gerar algum impacto na vida das pessoas.

A importância do papel dos facilitadores para o desbloqueio das dificuldades do grupo é fundamental. Alguns dos entrevistados relataram as estratégias utilizadas, como por exemplo, terem sido convidados a conhecer experiências que eram semelhantes. Para os facilitadores esse é um momento de *deperimetrare*. O termo *deperimetrare* não tem uma tradução literal, mas tem um significado para aqueles que trabalham com a metodologia. É entendido como a possibilidade de aproximar grupos diversos que possuem similaridades entre si, ou não, mas que ao serem colocados nos mesmos espaços de discussão podem produzir questões mais coletivas, menos voltadas para o interesse de cada grupo específico. Sejam gestores, ONGs, usuários dos serviços e cidadãos que se relacionam pouco ou quase nunca com as instituições públicas, os diversos grupos podem ser convidados a compartilhar experiências e contribuir para a construção de soluções para os problemas comuns (ASSR, 2015).

É comum que este período de maior dificuldade seja utilizado pelos facilitadores para sugerir outras formas de aproximação com o objetivo definido na fase anterior, indicando uma necessidade de “sair do escritório” para conhecer a realidade local. Esse movimento acontece de formas variadas, seja por meio de um evento público aberto, onde são convidados os mais diferentes atores, rodas de conversa nos serviços, uma caminhada por determinado bairro, ou mesmo entrevistando um público específico. Abaixo, um dos exemplos utilizados durante a formação que acompanhei na *Agenzia* sobre a aproximação feita com um grupo de mulheres imigrantes e que ilustra alguns processos da segunda fase:

Fomos até o condomínio onde moraram muitas dessas famílias (imigrantes) e pedimos que elas contribuíssem com o projeto sobre o sofrimento das mulheres no mundo do trabalho, contando a sua história na roda de conversa. Elas disseram que viriam desde que pudessem vender comida. Concordamos, pois parecia bem propício.

Conforme as pessoas se aproximam e contribuem, elas são convidadas a participar de forma mais ativa e contínua. Algumas passam a integrar a *Cabine di Reggia Allargata* (grupo condutor ampliado), uma espécie de grupo de apoio que possui um papel fundamental para ampliar o debate, apresentando novos elementos para o objeto de trabalho, contribuindo na divulgação e formulação de estratégias. Nessa fase, a aproximação com o território aumenta, ocorrem mudanças nos grupos condutores e, conforme a sua composição, fica mais definido o nível de atuação (Micro, Meso, Macro).

A presença e envolvimento de quem faz parte do PDZ no processo parece ter uma influência direta. Uma das facilitadoras destaca: “Em Forlí, Casalecchio e Lugo (*todos casos Macro*) por exemplo, os envolvidos no PDZ estavam presentes e tiveram um papel importante”. Ao final dessa fase que pode durar alguns meses, é elaborado o projeto, já tendo mais definidos quais são os recursos (comunitários, capacidades técnicas, etc.) e articulações institucionais (apoio político e atuação junto ao PDZ, etc.) com as quais podem contar. Ou seja, são definidas as ações e os responsáveis pela sua articulação e realização.

O Município de Comacchio (um dos casos apresentados no próximo capítulo) definiu como objeto da fase 1 o tema: “sofrimento das mulheres no mundo do trabalho”, na fase dois ocorreu uma forte aproximação com todos os grupos que são objeto de trabalho (DD, DF e FF) e o teatro foi utilizado como técnica para fazer o trabalho de *depremetrazione*. O projeto teve vários momentos elencados para divulgação e diálogo com a comunidade sobre o recorte de gênero em relação a questões de emprego e renda.

A Fase 3 (Realização) é o momento de colocar em prática todo o processo desencadeado. Conforme definido pelo documento guia (ASSR,2015) a fase 3 é complexa, pois exige um exercício de implementar tudo que foi programado, o que é uma tarefa muito difícil, sobretudo se as fases anteriores foram elaboradas de forma muito genérica. Como será descrito no próximo capítulo, cada caso apresenta uma forma para lidar com a sua situação. Por exemplo, alguns municípios que definiram a aproximação com os grupos Fora-Fora como prioridade, precisaram elaborar eventos para recolher mais informações e contato com estes, outros apresentam no PDZ, as propostas para a modificação das políticas.

Cabe destacar ainda que são utilizadas diversas técnicas e metodologias de ativação e trabalho em grupo para cada uma das fases, conforme a necessidade revelada e a capacidade dos participantes e facilitadores. As metodologias são divididas em 3 grandes grupos: “quentes”, “frias” e “mornas”.

As “quentes” utilizam procedimentos participativos capazes de envolver os participantes de forma emotiva, aptas a quem deve elaborar problemas e condições sobre as quais não têm sido feitas muitas reflexões. São modalidades que buscam a conscientização de cada indivíduo em relação ao problema e a ativação de formas de escuta e aceitação sobre o posicionamento dos outros indivíduos. Essas técnicas são empregadas quando as diferenças entre os atores são consideradas grandes, seja em termos de conhecimentos, seja como relação à posição institucional que ocupam (exemplo: discutir a questão do desemprego e da violência de gênero entre moradores da cidade, imigrantes, trabalhadores e gestores dos serviços).

Geralmente é utilizada com grupos “dentro-fora” das instituições, aqueles que “consomem”, mas que não encontram a possibilidade de expor seu ponto de vista e necessidades ou no caso daqueles grupos que não se aproximam das instituições, como no caso dos jovens e imigrantes ilegais, intitulados “fora-fora”. Muitas vezes os facilitadores e trabalhadores dos serviços fazem caminhadas no bairro para falar com a população, em outros momentos são criados espaços de narração, onde os cidadãos são convidados a contar as suas histórias, e ainda muitas dessas narrativas podem se transformar em apresentações teatrais. Todas essas são técnicas utilizadas e fazem com que os serviços saiam a explorar o território, aprendendo com a realidade local (ASSR,2015).

As soluções metodológicas “frias” são entendidas como procedimentos para mediar diferentes conhecimentos e saberes técnicos. São mais apropriadas para quando já existem propostas e reflexões feitas sobre o objetivo da discussão e tem como finalidade propor novas e ainda impensadas possibilidades. Open Space Technology⁸ e Grupos Focais, entre outros, são muito utilizados com os cidadãos

⁸ Trata-se de uma técnica de gestão de grupos que permite a qualquer grupo de pessoas, em qualquer tipo de organização, a elaboração de reuniões e discussões produtivas e de forma interessante. A metodologia se baseia na auto-organização e permite o trabalho sobre temas complexos com grupos que variam de cinco a mil pessoas, seja para uma reunião, uma oficina de um dia ou um seminário de três dias. Os temas para a discussão são propostos pelos participantes e assim que forem selecionados são organizadas sessões paralelas onde serão focalizados que devem definir quais questões são de importância estratégica. Ao fim do evento, cada participante terá em posse um material compilado com a descrição de todos os argumentos e ações propostas (MARTINO,2015).

“dentro-dentro” das instituições ou naqueles contextos onde existem conflitos e discussões temáticas de longa data. As soluções “mornas” são aquelas onde o encontro ou processo é dividido em duas fases, contemplando passagens mais emotivas e outros momentos mais racionais e de síntese (ASSR, 2015).

Dessa forma, a ativação do método *Community Lab* não utiliza o tema da participação somente como princípio inspirador, mas como uma nova forma de confronto e de relação entre as instituições e os cidadãos. Os casos ativados têm produzido interações sociais que vão além dos seus objetivos iniciais e auxiliado a desenvolver processos coletivos que dificilmente seriam realizados e mantidos por grupos ou instituições trabalhando de forma individual (MARTINO, 2015).

Entre 2011 e 2015 foram mais de 34 experimentações do método *Community Lab* em toda a *Regione Emilia Romagna* divididas nos 3 níveis (micro, meso e macro). E por mais que tenham sido apresentados alguns elementos estruturantes do processo, o método não é estável, variando sempre conforme a demanda local e as capacidades e articulações propiciadas pela questão inicial apresentada como justificativa para início do caso e pelo contexto que oportunizou a instalação da metodologia. O próximo capítulo tem o objetivo de ilustrar a metodologia relatada até agora e de aprofundar nossa análise com base nas observações e dados coletados em campo.

CAPÍTULO IV: EXPERIMENTAÇÕES DO *COMMUNITY LAB*: EXPLORANDO OS CASOS

Neste capítulo discutiremos quatro casos desenvolvidos através do método CL (conforme Quadro 1). Escolhemos dois casos micro, um meso e um macro, além de um breve relato do processo de elaboração do *Piano Sanitario e Sociale Della Regione Emilia Romagna - 2017/2020*. Estes casos foram selecionados visando compreender como o Método CL é realizado nos diferentes níveis de atuação e seus diversos efeitos sobre o sistema de saúde e assistência social.

Todos os casos visitados estiveram presentes na oficina inicial de avaliação, realizada em Bologna em janeiro de 2017, onde fui apresentado aos facilitadores e representantes dos grupos condutores restritos de cada experiência. No mesmo dia desta oficina, marquei algumas visitas na sede dos municípios onde faria as entrevistas.

Quadro 1. Casos do *Community Lab*.

Caso	Abrangência	Início	Grupo condutor restrito	Grupo condutor ampliado
Caso 1: O Sofrimento Feminino no Mundo do Trabalho – Comacchio	Micro	2013	6 representantes secretaria de saúde 1 representante Cooperativa	4 representantes secretaria de saúde 4 representantes políticas sociais 8 usuárias 6 representantes de ONG e Cooperativas
Caso 2: Projeto Sentinelas: Bem Estar Social Através do Engajamento – Cervia	Micro	2013	1 representante serviço de saúde 2 representantes políticas sociais	1 representante serviço de saúde 6 representantes políticas sociais 3 representantes ONGs 2 Usuários
Caso 3: Portas Abertas - Ferrara	Meso	2013	5 representantes <i>Piano di Zona</i> 2 representantes políticas de saúde 1 coordenador políticas sociais	4 representantes <i>Piano di Zona</i> 5 representantes políticas de saúde 6 representantes políticas sociais 5 representantes de cooperativas
Caso 4: Baixa Romanha 2020 – Lugo	Macro	2013	2 prefeitos 1 coordenador Piano di Zona 1 coordenador da <i>Unione dei Comuni</i> 1 responsável secretaria de Saúde 1 Responsável políticas sociais	1 coordenador Piano di Zona 13 representantes políticas sociais 4 representantes serviço de saúde

Fonte: Elaboração própria.

Caso 1: O Sofrimento Feminino no Mundo do Trabalho – Comacchio

Comacchio foi o primeiro caso que visitei durante o período de pesquisa realizado na Itália, em janeiro de 2016. Fui recebido na pequena cidade de 23 mil habitantes, localizada no delta do Rio Pó, por praticamente todas as participantes do grupo Condutor Ampliado, totalizando um número aproximado de trinta mulheres. A maioria eram usuárias “dentro-fora”, outras eram representantes de ONGs e associações feministas tradicionais da região. Havia também entre elas a representante da Secretaria da Cultura e a encarregada pelo Departamento de Igualdade de Oportunidades do município.

Minha entrada em campo neste caso do método CL foi amparado por uma entrevista de quase três horas com integrantes do grupo restrito e todas as integrantes do grupo ampliado. Foi impressionante ouvir o relato empolgado de tantas mulheres diferentes. Jovens mães, mulheres aposentadas, militantes de ONGs da área da Saúde e gestoras deixavam bem claro que eram um grupo coeso, apesar de sua diversidade.

A experiência do CL no município de teve início em 2013 com uma etapa concluída em 2015. Entretanto, a experiência continua sendo repetida no município ainda hoje, o que denota a formação de vínculos e a consistência do trabalho em grupo desencadeada. O projeto foi proposto pela *Azienda Unità Sanitaria Locale - AUSL de Ferrara*, órgão regional que faz a gestão de saúde do Município de Comacchio. O objetivo inicial desta experiência foi construir processos participativos mais dinâmicos e representativos sobre as necessidades e expectativas femininas em relação a questões de saúde e bem estar social. Existia também, um problema de “depressão”, diagnosticado pelos serviços de saúde, sobretudo no inverno. “Quando o projeto teve início, esta era a demanda. Trabalhar questões referentes a esta doença”, relata uma das facilitadoras do método.

Inicialmente foi criado um Grupo Condutor Restrito composto pelo *Dirigenti* da AUSL de Ferrara, o *Assessore* para as políticas Sociais e de Trabalho, o *Assessore* para Igualdade de Oportunidades, e um técnico do PDZ. Com a ajuda dos facilitadores da *Agenzia* foi feita uma análise de situação do território. Uma questão ficou muito evidente: dadas as características sazonais de Comacchio, grande parte das mulheres consegue trabalhar durante o verão, mas na baixa temporada pouquíssimas têm emprego garantido. Além disso, os filhos e maridos acabam

saindo de casa para procurar renda em outros locais, acrescentando um componente de solidão à vida destas mulheres.

Dessa forma, o problema que antes se apresentava genericamente como “depressão”, agora passava a ganhar densidade incorporando características sociais e econômicas relacionadas ao contexto e ao cotidiano da comunidade. A dimensão do “sofrimento” gerado, principalmente por esta situação de precariedade, foi escolhida, na Fase 1 (identificação do objeto) como o tema central, e seria encarada em termos de seus determinantes sociais. Esta noção de ampliação do tema de trabalho foi revelada, não apenas pelos facilitadores, mas também pelos membros do grupo condutor, como pudemos identificar nas entrevistas e observações de campo.

Para iniciar a Fase 2, elaboração do projeto, o grupo condutor compreendeu a necessidade de ampliar o número de atores que iriam contribuir na formulação de ações. Conforme relatado pela responsável pelo Departamento de Cultura de Comacchio, integrante do Grupo Condutor: “não é sempre que as instituições entendem a necessidade de irem ao encontro dos cidadãos. Nós percebemos que era preciso ouvir diretamente essas pessoas para poder fazer algo por elas”.

A ideia inicial foi a de criar rodas de conversa com as mais variadas representações femininas da região, para debaterem o problema e juntas encontrarem soluções de forma participativa e criativa. Foram convidadas ONGs e Associações que historicamente têm se ocupado de pensar a saúde e as diversas questões que atravessam a vida feminina em Comacchio e na Província de Ferrara. Os convites foram feitos por meio de contatos pessoais dos membros do grupo condutor, bem como e-mails e convites formais enviados pela Secretaria de Oportunidades Iguais.

Nos serviços, o tema foi apresentado nas salas de espera por trabalhadores dos serviços de saúde que se disponibilizaram a contribuir com o Grupo Condutor. Algumas mulheres se sentiram à vontade para contribuir contando a sua história aceitando o convite para participarem da roda de conversa que estava marcada para acontecer. Além disso, trabalhadores foram até os bairros que apresentavam os maiores índices de depressão da cidade e abordaram mulheres para saber se estariam disponíveis para contribuir, ou mesmo se poderiam relatar a situação que presenciavam de pessoas próximas (preservando a identidade das mesmas). Este

processo também fez com que mais mulheres passassem a se interessar pela participação na roda de conversa.

Em campo, uma das integrantes relatou os motivos que a levaram a participar. Este trecho ilustra como se deu o acolhimento da participante pelo grupo:

Eu vim para falar sobre a situação da minha filha: jovem, com duas formações, mas sem perspectiva de trabalho na sua área, ela estava em casa, depressiva. Minha filha achou um espaço para ser acolhida e compreendeu que ela não era a única que estava naquela situação. Teve forças para continuar lutando. Eu acabei permanecendo com o grupo e hoje sinto que posso contribuir e auxiliar outras pessoas(R, 64, aposentada).

O objetivo era o de conhecer o relato das pessoas comuns, que pouco conheciam os serviços de saúde, mas que certamente teriam como contribuir sobre o tema com suas experiências pessoais e formas de enfrentamento de situações análogas. Esta perspectiva pode ser identificada por uma coordenadora de um dos serviços de saúde que esteve presente na roda de conversa que participei: “Isso permitiu que nós trabalhadores pudéssemos fugir de um tecnicismo extremamente comum. É normal que o gestor ou trabalhador pense somente no que o serviço pode fazer, mas ao colocar o foco no relato do cidadão comum, que nem sempre conhece o serviço, fomos obrigados a mudar o olhar”.

Os integrantes do grupo condutor realizaram entrevistas fora dos serviços, nos locais onde as pessoas se encontravam: “Também tivemos a oportunidade de entrevistar as mulheres no seu ambiente de trabalho, ou em casa, no caso das mães que abriram mão do trabalho pela família”, relata uma usuária do grupo condutor ampliado. Dessa forma, Cooperativas, ONGs, Serviços (de saúde, escolas, prefeitura), mães recentes, jovens imigrantes, senhoras aposentadas, puderam refletir coletivamente sobre as dificuldades impostas pelo mundo do trabalho e pelo contexto social. O material das entrevistas serviu de subsídio para as discussões e reflexões.

As rodas de conversa se transformaram em grupos focais. Contando com a ajuda de uma das facilitadoras do Método CL, que estava acompanhando o caso, experiente teatróloga, o material recolhido nestes encontros foi traduzido em pequenos esquetes inicialmente atuado pelas e para as próprias integrantes dos grupos. A expressão teatral se tornou, assim, marca dessa experiência, uma parte importante da metodologia empregada.

Muitas das convidadas passaram a integrar o grupo Condutor Ampliado do caso e foi estabelecido um “tavolo” no Plano de Zona para tratar e propor políticas

específicas sobre o tema no processo de elaboração do Plano de Saúde e Bem estar Social de Comacchio. Surgia então o projeto: “Sofrimento das Mulheres no Mundo do Trabalho”.

Este ocupou-se de incorporar uma perspectiva de gênero para intervir na formulação das políticas e programação sanitária e social local; entendendo o peso de vínculos não protegidos e contratos temporários de trabalho, e sua incidência nos projetos sobre maternidade, sobretudo das mulheres jovens, entre outras questões que eram apresentadas pelas participantes como os reais motivos do sofrimento (ASSR,2015).

Assim começava a Etapa 3 da metodologia, onde seriam definidas e executadas ações para corresponder aos objetivos elencados pelo grupo. Apresentar à comunidade o que estas mulheres estavam falando foi elencado como um procedimento necessário para o desenvolvimento desta etapa. Como afirma a representante do Departamento de Igualdade de Oportunidades do Município: “era preciso mostrar para estas mulheres que o sofrimento que cada uma estava encarando de forma isolada era, na verdade, uma característica do território”. Frases como essas nos mostram como ao longo do desenvolvimento do projeto, foi-se ampliando o conceito de saúde dos envolvidos, passando de uma perspectiva mais individual, para uma mais coletiva.

O teatro foi definido como a ferramenta “quente” que seria utilizada para representar o trabalho e chamar a atenção sobre os temas elencados. “O teatro foi uma metodologia de ativação das pessoas. Foi através dessa forma de expressão que conseguimos comunicar nosso sofrimento e pensar sobre novas possibilidades para o futuro”, relata uma usuária participante de ONG e integrante do grupo condutor ampliado.

Seis meses após o início do projeto, foi realizada a primeira grande encenação. Entre dezembro de 2013 e outubro de 2014 foram realizados três grandes laboratórios teatrais, todos abertos ao público e contando com a presença de cidadãos, trabalhadores e coordenadores dos serviços, além de autoridades. As esquetes foram apresentadas na rua, numa praça próxima ao serviço de saúde e de escolas.

Após a encenação inicial eram criados grupos focais para discussão sobre as questões representadas. “Quando nos apresentamos, a plateia entendia o que queríamos dizer, pois eram questões referentes a vida de toda a comunidade”, diz

uma das participantes. Vemos como a metodologia proposta ampliou a capacidade comunicacional do grupo ampliado com a comunidade, o que melhorou a capacidade participativa e organizativa da comunidade, aproximando assim, a gestão, dos serviços e da comunidade. Veremos adiante, que muitos dos encaminhamentos serviram como base para a Análise Situacional do Plano de Saúde e Bem Estar Social de Commacchio.

A grande surpresa por parte da gestão foi que poucas demandas e encaminhamentos estavam relacionados com os serviços públicos, mas a equipamentos que facilitasse a própria dinâmica comunitária. A Coordenadora do Serviço de Saúde relata que: “outra proposta que surgiu deste diálogo foi a necessidade de ter um parque aberto no inverno e no verão, para que servisse de ponto de encontro e lazer para as mulheres. Ações simples que não modificam o PDZ, e que se não ouvirmos as pessoas, não poderemos jamais saber”.

Sobre este caso, uma facilitadora do método CL também nos indica outro encaminhamento importante: “outras mulheres queriam poder vender pratos e refeições durante os eventos”. Vemos que são demandadas e ações simples, mas que certamente fazem a diferença na vida dessas mulheres, sobretudo porque partiram de um diagnóstico coletivo enraizado nas dinâmicas sociais e no próprio cotidiano da comunidade.

O objetivo inicial de modificar o processo de formulação de políticas não foi alcançado da forma pensada. Por esse motivo caracteriza-se como um projeto de abrangência Micro. Quando questionada se era uma problema não ter gerado uma mudança em todo o processo de planejamento do PDZ, a resposta da Assessora da Área da Saúde foi: “Aqui neste caso, não houve uma mudança na ideia original que era modificar o Piano di Zona, ou seja, impactar no processo de formulação das políticas no território, mas ocorreram mudanças diretas na vida de diversas pessoas”.

Um dos impactos do projeto que merece destaque foi a criação de um grupo de teatro pelas próprias usuárias que participaram das oficinas e que atualmente têm realizado outras oficinas sobre temas diversos. Um dos objetivos do novo projeto tem sido trabalhar com a questão da violência contra a mulher, estabelecendo redes de suporte utilizando serviços formais e informais da comunidade.

Importante destacar também que o processo desenvolvido nesse caso, mesmo não alterando o PDZ teve um impacto significativo nas escolhas da AUSL. Provavelmente sem a aplicação do método CL, a resposta do gestor da saúde perante o seu indicador apontando o elevado número de casos de depressão, seria a de contratar mais psiquiatras, psicólogos e profissionais para área da saúde mental, ou seja, de entregar uma solução técnica e setorial, para um questão social e que perpassava toda a comunidade.

Caso 2: Projeto Sentinelas: Bem Estar Social Através do Engajamento – Cervia

A cidade de Cervia tem cerca de 30.000 mil habitantes, banhada pelo Mar Adriático e fronteira com Milano Marítima, a costa mais visitada da *Emilia Romagna*, o que a transforma em uma cidade turística durante o verão. Além disso, possui uma zona agrícola importante e uma característica empreendedora da sua população. São diversas pequenas e médias empresas que garantiram por muito tempo uma qualidade de vida elevada para os habitantes da região.

A visita à Cervia ocorreu em fevereiro de 2016. Foi um dia intenso, com atividades em três momentos. Cedo pela manhã, eu e uma colega de pesquisa fomos recebidos por integrantes do Grupo Condutor Restrito (coordenadora e funcionários da Área de Assistência Social). Logo após fomos conhecer a Casa da Saúde, serviço que foi referência e ponto de partida para a reflexão que resultou no início do método CL que também integrou o grupo restrito. No início da tarde, conversamos com os integrantes do Grupo Condutor Ampliado composto por voluntários e trabalhadores dos serviços de saúde, assistência e educação.

Como projeto, o caso teve início em 2012, por iniciativa da administração municipal de Cervia e da Casa da Saúde IsottaGervasi. Havia o entendimento entre os envolvidos de que era preciso pensar novas formas de relação entre serviços, usuários e comunidade, entendendo que os problemas sociais e características do território estavam mudando. Em 2013, quando houve a adesão ao percurso do Community Lab, muitas reflexões já haviam sido feitas. Era bastante evidente que a falta de projetos e políticas de *welfare* havia deixado marcas no território ao longo dos anos:

A crise econômica fez aumentar diversas formas de sofrimento e uma parcela nova da sociedade passou a precisar cada vez mais dos serviços de

saúde e assistência, não somente para questões de cuidado médico, mas também para tratar de situações referentes a depressão, solidão e impacto da falta de renda no núcleo familiar e social, por exemplo (Coordenadora do serviço de assistência social).

A crise econômica enfrentada pela região e seus impactos na classe média também aparecem como temas geradores:

Cervia sempre teve diversas empresas de comércio de mármore. Com a crise dos anos 2000, acentuada na Itália, a partir de 2008, diversas delas fecharam, gerando desemprego e levando toda uma parcela da classe média a lidar com novas formas de adoecimento. Homens na faixa dos 50, 60 anos, foram levados à falência, gerando dificuldade financeira e a falta de perspectiva no mercado de trabalho. Além disso, estes ex-empresários tinham dificuldade em contar o que havia acontecido para seus familiares e pessoas próximas (Médico e Coordenador da Casa da Saúde).

É interessante entender a estratégia utilizada para que essa e outras situações pudessem ser acolhidas nos serviços e transformadas em alguma possibilidade de intervenção, conforme relata o médico coordenador da Casa de Saúde:

“A situação do impacto do desemprego para além da falta de renda, passou a ser considerada quando um destes homens veio em uma consulta na Casa da Saúde e contou a sua situação para o médico. Ele disse que precisava contar para a mulher que estava sem emprego e não sabia como.

Este profissional nos traz outro exemplo:

“o idoso que estava com o diabetes desregulado. Conversando, conseguimos entender que após a morte da sua esposa, ele não se preocupava muito com o que estava comendo. Nosso trabalho foi de conversar com ele sobre a importância de uma alimentação um pouco mais regulada e então, ajudamos ele a encontrar um local que fornecia refeições em casa”.

Identificando a necessidade de maior aproximação entre profissionais e usuários, a Casa da Saúde passou a fazer um café coletivo semanal, na sala de espera. Esse espaço permitiu pensar e desenvolver uma forma de diálogo e acolhimento, focado na pessoa e no seu contexto social e familiar, sem discussão clínica: “Mudou a demanda”, afirma uma das assistentes sociais que acompanha o caso desde o início.

Esse foi o ponto de partida para iniciar uma reflexão institucional que iria para além da atuação dos profissionais da Casa da Saúde. Ficava evidente a dificuldade dos trabalhadores dos serviços que não sabiam ir ao encontro dos cidadãos, para acolher demandas diferentes daquelas tradicionalmente apresentadas. Entender que as demandas trazidas pelos cidadãos se constituem como recurso essencial para a

leitura do território e que era preciso utilizar novas formas de escuta e acolhimento dos usuários foi um dos desafios desse projeto (ASSR,2015).

Como abordado antes, esta reflexão foi feita antes mesmo da adesão ao projeto Community Lab. Quando os facilitadores chegaram para contribuir, perceberam que a Fase 1 da metodologia já havia sido executada e que seria possível elaborar o projeto de intervenção (Fase 2). Dessa forma o primeiro passo foi o de constituir os grupos condutores.

Diferentemente de outros casos, foram compostos desde o início dois grupos. O Primeiro, que já estava acompanhando a discussão desde o princípio, foi designado como grupo condutor restrito. Nele estavam os responsáveis pelos serviços de saúde, coordenadora da área de assistência social e da Casa da Saúde. O grupo condutor ampliado foi composto por trabalhadores dos serviços, usuários e voluntários, além dos participantes do grupo menor.

Das reuniões realizadas entre os grupos foi definido que para a elaboração do projeto e seus objetivos seria necessário envolver uma quantidade maior de pessoas. A ideia era a de “agganciare” novas pessoas. “Gancio” significa gancho em italiano. “Agganciare” novos cidadãos, sobretudo aqueles “fora-fora”, representava a possibilidade de trazer visões diferentes sobre problemas atuais e de ativar estes recursos informais para auxiliar os serviços a pensarem alternativas, diz uma das entrevistadas.

Em janeiro de 2014 foi elaborado o primeiro grande evento que reuniu mais de 200 pessoas. O teatro do oprimido foi utilizado como metodologia para a abertura dos trabalhos, considerada como metodologia “quente” conforme classificação apresentada no capítulo 3. Todos os atores foram convidados, nenhum deles fazia parte do grupo que estava acompanhando o caso. Durante a apresentação, as pessoas contribuíram com diversos temas para a encenação: desemprego, solidão na terceira idade, violência de gênero. Este último tema seria um dos principais a serem confrontados durante o projeto.

As pessoas presentes nesse encontro trouxeram informações que os serviços dificilmente teriam acesso pelas formas tradicionais de relação que estabelecem com os usuários. Uma cabeleireira disse que sabia quando as mulheres estavam machucadas, pois podia ver os sinais na cabeça e nos ombros das mulheres. Sobre essa questão, uma das entrevistadas destaca em forma de monólogo:

Por qual motivo a mulher que sofre violência conta para a sua cabeleireira, mas não para a assistente social? Simples: a assistente social tem um projeto pronto para aquela mulher, a cabeleireira não. Ela está pronta para ouvir sem ter uma resposta exata!

Diferentes pessoas, entre as que participaram desse primeiro grande evento foram chamadas para contar melhor as suas histórias. Trabalhadores dos bares sabiam quem eram aqueles que passavam o dia todo bebendo, ou quem eram os idosos que gastavam boa parte do dinheiro em jogos de azar; gerentes de banco identificavam quantias consideráveis de dinheiro sendo enviadas para países estrangeiros diretamente da conta de idosos que moravam somente com seus cuidadores. Enfim, uma série de situações que normalmente não seriam percebidas pelos trabalhadores dos serviços.

Surgia dessa forma o projeto “Sentinelas”. Estas pessoas seriam também convidadas a participar de uma formação, com o objetivo aprender a acolher e auxiliar as pessoas que precisassem de ajuda. Não teriam que atender ou substituir o papel dos serviços, mas passariam a ter uma ideia de como poderiam encaminhar as pessoas às instituições adequadas. A Coordenadora dos Serviços de Assistência Social de Cervia deixou bem claro que esta formação foi um desafio considerável, uma vez que os próprios trabalhadores estavam aprendendo outra forma de escuta e acolhimento (Diário de campo, 5 de fevereiro de 2016).

Pude entrevistar um grupo de sentinelas e durante a conversa perguntei se existia diferença entre um voluntário e uma sentinela e obtive a seguinte resposta: “um voluntário doa um pouco do seu tempo, quando possível, sem compromisso. Ser um sentinela é uma escolha de vida” (Diário de Campo, 5 de fevereiro de 2016). Ainda buscando entender melhor sobre esta função, perguntei sobre a formação oferecida para que alguém se tornasse sentinela: “Eu trabalhei a vida toda nos serviços de assistência, então já sabia do funcionamento, mas certamente pra quem não era um conhecedor dos serviços fez muita diferença” (Diário de campo, 5 de fevereiro de 2016).

Usuários dos serviços e comunidade estavam se transformando em um recurso e demonstravam aos serviços que era necessário estabelecer uma outra forma de diálogo e cuidado e foi possível compreender que houve um impacto bem forte sobre os trabalhadores, conforme destacou o médico da Casa da Saúde:

“A necessidade de integração entre saúde e assistência ficou muito clara. Os trabalhadores criaram uma banca itinerante para dar informações sobre

os serviços disponíveis no município. Dessa forma, tiravam dúvidas e faziam encaminhamentos quando necessário”.

Cervia desenvolveu várias ações no seu projeto. “Sentinelas” foi somente uma delas. Outra iniciativa foi a de utilizar a experiência daqueles usuários que estavam passando por dificuldades e que de alguma forma conseguiram auxílio nos serviços. Os que aceitaram cooperar passaram também por uma formação. “Pretendiam fazer com que as pessoas tidas como mais frágeis pudessem contribuir com outras realidades e se transformassem em pontos fortes”, diz a coordenadora dos serviços de assistência. Estas são as “tégolas” (telhas em italiano). Pessoas que já passaram por determinadas dificuldades e hoje através do seu exemplo servem como apoio e incentivo para pessoas em situação semelhante.

Um exemplo claro de tégola é o do senhor de meia idade que perdeu o emprego e não sabia como contar para família e amigos. Ao assumir a sua situação, buscar auxílio do serviço e receber uma forma de escuta menos tradicional, este se sentiu à vontade e disponível para conversar com outros homens e mulheres que estivessem atravessando uma situação semelhante.

Perguntei o motivo por terem escolhido este nome. Um dos membros do grupo se aproximou e disse: “Olha aquele telhado. Cada telha sozinha é fraca. Mas quando colocadas umas sobre a outra elas aguentam chuva, tempestade e ainda seguram as outras telhas”. As *tegolas* atuam nos serviços, nas associações, fazem intervenções isoladas com pessoas em dificuldade e servem como apoio em momentos difíceis. Tudo isso em constante contato com os trabalhadores dos serviços.

Mesmo tendo realizado diversas atividades e reconhecendo os méritos do projeto, ao longo dos três anos, a coordenadora dos serviços de assistência social, admite muitas dificuldades:

É uma coisa que realmente os políticos querem, ou estamos levando em frente nós que somos técnicos? Este é um outro problema porque seguidamente a participação para os políticos é uma espécie de ‘deixa prá lá’, mas na verdade eles não querem dividir as decisões”. As atividades do projeto continuam sendo executadas, com novas turmas de formação para *tegole* e sentinelas, conforme foi previsto no pacto comunitário aprovado no Conselho Municipal de Cervia em dezembro de 2015.

Caso 3: Portas Abertas – Ferrara

Visitei a cidade de Ferrara em 28 de janeiro de 2016. Fui recebido pelos dois representantes da *Azienda Unità Sanitaria Locale- AUSL* que integraram o grupo

condutor restrito e por uma representante do Grupo de Teatro do Núcleo que fez parte do grupo condutor ampliado. A entrevista durou aproximadamente três horas e foi realizada de forma conjunta com as três pessoas na própria sede da AUSL.

O percurso *Community Lab* nesta cidade se iniciou em 2013 e teve como objetivo principal valorizar a participação de familiares de pessoas com deficiência e associações que trabalham com essa temática, considerando os diversos contextos que estas pessoas estão inseridas e buscando possibilidades de autonomia e socialização. O trabalho foi desenvolvido em um bairro da cidade tendo como base associações que trabalhavam com a temática.

De acordo com o relato dos entrevistados, pude identificar que já existia um diálogo entre a AUSL e uma ONG chamada “*Dopo di Noi*” (depois de nós) que discutiam a questão das pessoas com deficiência. Para iniciar o projeto foi criado um grupo condutor restrito, composto pelo responsável do PDZ, representantes das áreas de Pessoa com Deficiência e Saúde do Idoso, o coordenador e representantes da AUSL e um representante da ONG mencionada anteriormente. Sobre o início do processo, um dos entrevistados comenta:

se eu penso nos primeiros encontros do CL, que foram fundamentais, mas eram muito tradicionais. Eram na *Agenzia*, tinham os super coordenadores. Depois, lentamente, tivemos algumas sortes, por exemplo, estávamos presentes eu e ele (o outro técnico que acompanhou o caso). Caso viessem somente os coordenadores, Portas Abertas nunca teria sido realizado, talvez. Isso é hipotético, não sei.

Foram praticamente seis meses de articulação e negociação interna, entre o grupo condutor restrito. De acordo com o relato foi fundamental o papel dos facilitadores da *Agenzia* ao conseguirem explicar para os gestores envolvidos no processo, a importância de envolver outros atores, principalmente cidadãos comuns, capazes de apresentar outro olhar sobre a questão. Como estratégia para sensibilizar os envolvidos, os facilitadores convidaram os participantes para conhecer outros casos.

Foi preciso mostrar a eles a potência dos processos desenvolvidos em outros territórios e a forma como uma aproximação com os cidadãos permitia a reflexão sobre elementos, que os gestores isolados em seus escritórios e olhando somente para os indicadores nunca alcançariam. “Foi importante termos visto outros casos e aprender como eles estavam fazendo (...) Uma caminhada no bairro não é um passeio e sim uma ferramenta potente para encontrar outras possibilidades e abrir diálogo com a população”, comenta o coordenador da política da pessoa com

deficiência. A estratégia dos facilitadores surtiu efeito, pois foram convidadas associações e ONGs atuantes no território para compor o grupo condutor ampliado.

Foi definido também que cada grupo condutor teria um papel. O grupo ampliado seria encarregado de realizar a aproximação com o território e com a população, além de propor e executar as ações para o projeto. O grupo restrito teria uma atuação institucional, articulando as decisões para influenciar no Plano de Zona.

Através dos encontros entre grupo condutor e facilitadores da *Agenzia*, novos elementos de discussão passaram a ser considerados e o objeto de trabalho começou a ser delineado. Uma das maiores preocupações da Associação era justamente garantir alguma possibilidade de autonomia para os seus filhos, considerando que a maioria dos integrantes tinha uma idade avançada.

(...) Ferrara é uma das cidades mais velhas de todo o mundo ocidental. Já tem 27% de pessoas com mais de 65 anos. (...) nossa taxa de natalidade é muito baixa, então nossa pirâmide não é uma pirâmide. Está de cabeça para baixo. São poucas crianças e muitos idosos” (Coordenador da Política da Pessoa com deficiência).

Foi decidido pelo grupo condutor restrito que iriam realizar encontros descentralizados em espaços fora dos locais institucionais. Houve o entendimento de que era preciso sair fisicamente do espaço onde estavam acostumados a trabalhar, para que fosse possível desacomodar da forma tradicional de propor e avaliar políticas. Um dos locais visitados foi uma cooperativa que há décadas se dedica a questão da moradia, sobretudo composta por funcionários públicos e trabalhadores da indústria e que estava localizada no mesmo bairro da Associação “Depois de Nós”. De acordo com o relato, esse simples movimento já rendeu uma aproximação bem forte entre instituições que antes não se conheciam: “as cooperativas de habitação colocaram à disposição um apartamento para um grupo de pessoas com deficiência. (...) outro apartamento vai ser disponibilizado para um grupo de refugiados”. Esse foi um dos momentos em que começaram a ampliar o objeto de trabalho, o encarregado pela política da pessoa com deficiência comenta:

(...) partindo disso, chegamos ao ponto de fazer esta reflexão sobre a valorização da capacidade das pessoas que vivem no mesmo território, descobrindo uma dimensão social. E sobre isso existe toda uma reflexão que chega exatamente no mundo dos idosos.

Nossos informantes foram precisos em indicar a ampliação do campo de problematizações disparado pelo CL. A questão inicial, que havia partido da gestão e indicava a necessidade de reformulação da política da pessoa com deficiência,

mas gradualmente passou a ter o seu objetivo ampliado, ao integrar a diversidade de questões que emergiram com a participação de novos atores. O processo dialógico mostrou-se fundamental para a qualificação deste processo, o que nos remete à noção de democracia deliberativa, na qual as decisões políticas são sempre precedidas de momentos de diálogo e contato com a população.

Representantes da Cooperativa Castello passaram a integrar o grupo condutor ampliado e relataram justamente que a maioria dos habitantes da cooperativa era composta por idosos. A AUSL e o grupo condutor pretendiam conhecer melhor a realidade das pessoas que ocupavam os diversos condomínios e mais de 300 apartamentos geridos pela cooperativa.

Foram realizadas caminhadas pelo bairro. Quanto mais se aproximavam da realidade do território, mais o objeto de trabalho foi se modificando:

(...) fazendo uma análise das pessoas que moram nesse lugar percebemos que não são tantos os idosos que precisam de assistência continuada. Nós estávamos pensando em disponibilizar cuidadores para os idosos para cada condomínio, ou por bairro para auxiliar em atividades cotidianas. Mas descobrimos que na realidade, a maior parcela de habitantes desse bairro eram pessoas na faixa de 63, 65, até 70 anos, que não são os idosos tradicionais. São aqueles que chamamos de *Silver Age*. São idosos ativos, aqueles que tocam guitarra, que cantam, que saem pra dançar. Então pensamos que se eles estavam ali, bem, não trabalhavam e ainda recebiam uma aposentadoria, algo que muita gente não vai mais ter, eles se transformaram em uma riqueza para o bairro. Saímos da área da deficiência e da saúde e chegamos na ideia de participação para o bem social tratando como objeto as novas fragilidades” (coordenador da política da pessoa com deficiência).

Este processo de definição do tema das “novas fragilidades” como objeto de trabalho do projeto CL durou 1 ano inteiro. Para a Fase 2 da metodologia, onde seria elaborado o projeto de intervenção, foram mais alguns meses realizando diversos encontros abertos. Dentre estes encontros, foram realizadas algumas festas comunitárias, dentro da área verde da cooperativa “Il Castello”, que transformaram-se em momento de aprendizado institucional sobre os moradores e necessidades do território.

Foi instituída uma tenda da memória, onde os idosos contavam como haviam ido morar no bairro e toda a história de mobilização e construção da cooperativa e, por fim, um seminário público com a participação de quase 60 pessoas, entre representantes da AUSL, das associações, de ONGs e muitos cidadãos que foram convidados durante as caminhadas de bairro e encontros descentralizados. Entre as prioridades elencadas estava a necessidade de criar espaços de convivência e trocas comunitárias que a muito tempo não mais existiam.

Essa ação passou a ser prioritária e contou novamente com a ajuda da cooperativa habitacional. Conforme o relato, cada condomínio do bairro foi construído com salões de festa e espaços abertos que eram usados no passado para assembleias. Porém, diversos anos se passaram e estes espaços se tornaram inutilizados.

A proposta que resultou dos encontros e discussões foi a seguinte: a cooperativa disponibilizaria, sem custos, os espaços para outras associações, ONGs e grupos que quisessem desenvolver ações para a comunidade (festas, shows, encontros, debates). A contrapartida dos representantes institucionais seria a de isentar as contas de luz, impostos e demais taxas de manutenção anual dos espaços.

Os temas relacionados à política do idoso, da pessoa com deficiência e dos imigrantes, passaram a constituir um grupo de planejamento no PDZ denominado de “novas fragilidades”. O que significou, além de uma aproximação entre estas políticas, uma facilitação dos trâmites burocráticos de algumas práticas, tais como as ações, conforme indicado na ação realizada em parceria com a cooperativa.

Caso 4: Baixa Romanha 2020 – Lugo

Estive em Lugo no dia 01 de fevereiro de 2016. Fui recebido por integrantes dos dois grupos condutores (restrito e ampliado) para uma entrevista de praticamente 3 horas. Após essa conversa, tive a oportunidade de conhecer um dos serviços que foram elaborados como resultado do processo de planejamento desencadeado pelo método CL.

Conforme o relato dos entrevistados, Lugo possuía um processo de trabalho sobre os PDZ sendo realizado desde 2002:

Hávamos feito ao longo dos anos, diversos exercícios para aprimorar o nosso processo de planejamento. O *Community Lab* nos deu a oportunidade de refletir sobre o trabalho que estávamos desenvolvendo (coordenadora da área de saúde e assistência social).

Esse histórico Institucional atribuiu características peculiares ao projeto do CL desenvolvido nessa localidade, uma vez que estiveram presentes no grupo condutor restrito figuras com poder decisional e influência direta no PDZ.

O projeto, iniciado em 2013, foi encaminhado para a *Agenzia* como proposta da *Unione dei Comuni*⁹. O grupo condutor restrito foi composto pelo Diretor da própria Unione, o Coordenador da área de *Welfare* que engloba a Saúde, Educação e Assistência Social, dois prefeitos, o Coordenador da *AUSL* da qual fazem parte os municípios, e a coordenadora do Plano de Zona. O Desafio inicial apresentado foi rever todo o processo metodológico do plano de zona que guiava a elaboração do “Plano para a Saúde e o Bem Estar Social”.

Após aproximadamente dois meses de debate, houve um entendimento por parte do grupo condutor restrito sobre a necessidade de ampliar o debate sobre o objeto de trabalho proposto. Este processo iniciou pelos próprios trabalhadores da *Unione*. O grupo passou a fazer encontros entre os diferentes departamentos e logo, trabalhadores e coordenadores de outras políticas passaram a acompanhar as discussões, resultando no alargamento do grupo restrito e criação do grupo condutor ampliado. Ao fim desse primeiro momento, que durou alguns meses, passaram a fazer parte do projeto e do grupo ampliado, representantes e coordenadores das 3 áreas do *Welfare* da *Unione dei Comuni* (saúde, assistência social e educação).

Diferentemente dos outros casos acompanhados, pouquíssimos representantes dos grupos DD, DF e FF participaram dos grupos que conduziram o projeto. Dessa forma, os coordenadores de cada política foram encarregados de pensar formas de “sair do escritório” para dialogar e ouvir os usuários.

Cada política desenvolveu as suas estratégias: a política de educação infantil passou a realizar rodas de conversa com grupos de pais que tinham o costume de se reunir em um bar à noite; a política do idoso e da pessoa com deficiência criou um fórum intersetorial de discussão com cooperativas e associações que se dedicavam ao tema. Todos esses momentos de diálogo fizeram com que trabalhadores e Coordenadores de políticas aprendessem a adotar uma postura menos tecnicista. “Com a ajuda dos facilitadores, fomos aprendendo a criar formas de diálogo e de escuta”, relata a coordenadora do PDZ. Vemos aqui que o movimento criado pelo CL influenciou a perspectiva dos gestores e trabalhadores da saúde, pois ao escutarem os usuários, puderam refletir sobre suas práticas e

⁹Unione dei comuni é uma espécie de Consórcio onde diversos municípios definem juntos a alocação de recursos para determinadas áreas. A Unione de Comuni della Bassa Romagna é composta por 9 municípios: Alfossine, Bagnacavallo, Bagnara di Romagna, Conselice, Cotignola, Fusignano, Lugo, Massa Lombarda, Sant’agata sul Santerno.

reconhecer o valor da articulação entre diferentes saberes para a qualificação da gestão e da elaboração do PDZ.

De acordo com o relato dos entrevistados eram feitas perguntas como “quem sabe sobre o que estamos discutindo e pode nos ajudar?” ou “como podemos convidar tal pessoa para a conversa?”. “A prática de dialogar com os usuários e de mostrar a eles que queríamos realmente saber o que estava acontecendo deixou de ser um interesse individual de cada um de nós e passou a ser uma prática institucional”, disse a responsável da área de Famílias e Menores. Foram alguns meses de encontros e recolhendo relatos e opiniões sobre cada uma das políticas. Paralelamente, foi realizado um primeiro encontro com todos os representantes de políticas que ocupam o PDZ.

Para a fase de elaboração do projeto foi feito um grande evento, com duração de alguns dias, utilizando a metodologia do *Open Space Technology*. Foram apresentados os resultados obtidos com as de discussões descentralizadas no território e debatidas as políticas do PDZ. Estiveram presentes mais de 100 pessoas, entre gestores, trabalhadores, usuários do serviço e até os grupos mais de cidadãos “fora –fora”.

A síntese desse evento deu início a fase 3 do trabalho, que consistiu na tradução de toda a discussão acumulada em instrumentos de programação capazes de dialogar com o processo de elaboração do PDZ. Um dos documentos intitulado “*BassaRomagna2020*” foi a base desse planejamento estratégico, e foi dedicado a apresentar linhas de desenvolvimento, empreendedorismo e Welfare do território da *Unione dei Comunidella Bassa Romagna* (ASSR,2015).

Essa fase de maior articulação interna para a modificação do PDZ durou aproximadamente dois anos e teve como grande resultado a reestruturação de todos os *tavolos* que até o momento faziam uma leitura por categorias (crianças, adultos, idosos, pessoas com deficiência, etc) e por área (saúde, assistência) para pensar questões mais transversais e com a participação de mais atores durante o processo. Foram definidas três diretrizes de atuação e formulação: Família e Relações Intergeracionais; Associações, Redes e Empobrecimento; Habitação e Coesão Social.

Vemos que neste caso, as metodologias apresentadas contribuíram para mudar não apenas as questões colocadas, mas também a própria estruturação das categorias e enfoques das políticas públicas. Se antes a organização do PDZ

enfocava categorias sociais, ou áreas de atuação, estas passaram a se transversalizar por temas que eram mais centrais para as práticas de atenção e dialogavam mais diretamente com as necessidades da população.

Houve uma mudança significativa no processo de trabalho, conforme relata uma das entrevistadas:

Fomos obrigados a trabalhar de forma conjunta com outros setores e políticas. Nos demos conta que não era mais possível falar da saúde da criança, sem falar de escola ou família” (coordenadora do centro para as famílias).

Vemos que um dos resultados mais destacados deste caso foi a abertura para novas estratégias intersetoriais, o que, como sabemos, é um desafio para a gestão em saúde. A rígida estrutura institucional tende a ter muita dificuldade para articular seus setores e departamentos e esta metodologia participativa mostrou ter efeitos positivos para fazer com que a estrutura administrativa se aproxime do cotidiano da população e dos trabalhadores.

Surgiram também novos serviços, como o *Centro per Le Famiglie* (centro para as famílias). Esse espaço foi resultado das longas discussões realizadas com grupos de pais e associações que elencaram a necessidade de um serviço de suporte não somente para as crianças em idade escolar, mas também para os pais deles. Os pais pediam por um cuidado menos fragmentado. Atualmente este centro é encarregado de fazer toda a articulação entre as áreas saúde da criança, educação e assistência social e garantir suporte direto para as famílias com filhos pequenos.

CAPÍTULO V: ANÁLISES E RESULTADOS

***Community Lab* em análise: entre novas práticas institucionais e possibilidades de participação**

Vimos que o *Community Lab* é um método utilizado para modificar o planejamento das políticas públicas na área de *Welfare*, na Região *Emilia Romagna*, no processo definido como *Piano di Zona* (PDZ). Cabe destacar que a metodologia não é obrigatória para todos os municípios desta Região, sendo apenas uma “oferta” do nível central (*Regione*) para aqueles municípios e serviços que pretendem aprimorar o processo de planejamento das ações através de metodologias participativas. Para executá-lo é preciso determinada estrutura e comprometimento institucional (facilitadores, formação e possibilidade de avaliação contínuas do processo).

Conforme a incidência do processo no PDZ, as experimentações são classificadas de diferentes maneiras. Aquelas que não modificam nenhum dos *tavoli*, atuando a nível local ou de um determinado serviço, são chamadas de Micro. Aquelas experiências que modificam um *tavolo* ou mais e se enquadram como Meso e os percursos capazes de modificar todo o PDZ são denominados Macro. Destaca-se o papel fundamental dos grupos condutores e facilitadores do método e sua aparente influência no nível de atuação das experimentações no interior do PDZ.

Os grupos condutores desempenham papéis distintos, mas fundamentais para o desenvolvimento das propostas. Nas experiências acompanhadas, quanto maior o número de integrantes dos grupos condutores restritos que atuam diretamente no PDZ, maior o impacto no processo de planejamento. O caso de Lugo, de abrangência Macro, contava com diversas figuras de chefia envolvidas no processo, incluindo coordenadores do PDZ, o que conforme os próprios entrevistados teve papel fundamental durante a reformulação das políticas da área da Saúde e Assistência. Ferrara (Meso) também tinha representantes do PDZ acompanhando a proposta, o que demonstra que o impacto da proposta está relacionado também à intenção política e envolvimento dos gestores em cada experimentação.

Em todos os casos, os grupos condutores restritos parecem ter um papel de articulação institucional, embora nos casos micro a influência desses grupos no PDZ pareça ser menor. Os participantes dos casos de Commachio e Cervia relataram

que os políticos e cargos de chefia não davam importância para os processos desenvolvidos por eles, mesmo existindo elementos e impactos diretos no cotidiano dos serviços e na vida dos cidadãos. Nestes dois casos, praticamente todos os representantes dos grupos restritos compuseram também o grupos ampliados. Foram os casos entrevistados onde tive contato direto com usuários, demonstrando que a aplicação do método, mesmo sem impacto direto no processo de planejamento, é capaz de aproximar usuários, trabalhadores e serviços.

Os grupos condutores alargados surgem como resultado do aumento do número de atores envolvidos no processo. Em Comacchio, Cervia e Ferrara, diversos usuários e representantes dos grupos “dentro-fora” e “fora-fora” compuseram os grupos condutores. Porém, no Caso de Lugo somente representantes dos serviços de saúde, assistência e da sociedade civil organizada compuseram os grupos. Neste caso, usuários e outros grupos populacionais foram incluídos nas discussões em momentos específicos do processo, de forma menos contínua. Em Lugo, os eventos realizados serviram para colher elementos e subsídios para o processo de tomada de decisão, corroborando com a teoria da democracia deliberativa de Bobbio (2007) que serve como conceito chave para a metodologia.

Cada grupo condutor tem sua forma de atuação, sendo o grupo restrito encarregado de manter o processo ativo, com reuniões frequentes, participando de formações e mantendo contato direto com os facilitadores, enquanto que os integrantes dos grupos alargados tendem a participar de discussões pontuais e de determinadas atividades. Fato que pode ser explicado pela própria composição dos mesmos. O grupo restrito, formado, em sua maioria, por trabalhadores dos serviços e instituições conseguem muitas vezes incorporar o percurso CL no seu processo de trabalho. Dessa forma, mesmo com o relato dos entrevistados sobre a dificuldade em convencer superiores e colegas que estão “trabalhando”, podem dedicar tempo para as atividades. Os integrantes do grupo ampliado são pessoas e usuários dos serviços ou representantes da sociedade civil e, portanto, dispõem de menos tempo para as atividades. De forma geral, o grupo alargado funciona como um dispositivo que potencializa as propostas, colhe informações e participa de ações pontuais.

Os facilitadores da *Agenzia* demonstram também ter um papel fundamental para o desenvolvimento das propostas. Sugerem, de formas variadas, uma aproximação com o território e alargamento do número de atores, tendo em mente a

proposta de Sabel(2012) sobre o Experimentalismo. Buscam e tencionam questões apresentadas pelos territórios e serviços para que sirvam de aprendizado institucional e processo de formação dos envolvidos. E, quando o grupo entende quais os elementos e objetos sobre os quais trabalhar, auxiliam também a pensar em como articular as questões que emergem no território com os cargos de chefia e tomada de decisão.

Conforme os técnicos entrevistados em Ferrara, o papel dos facilitadores foi fundamental para auxiliar a definir a forma de atuação de cada grupo condutor, onde o grupo ampliado foi o responsável por pensar e acompanhar o processo no território, articulando com a comunidade e ampliando o objeto de trabalho. O grupo restrito, por sua vez, fez o papel institucional de articulação com o PDZ. Em Lugo, os facilitadores auxiliaram o grupo condutor a elaborar um evento aberto ao público, mas com todos os cuidados para não afastar da discussão as pessoas em cargos de chefia.

De forma geral, percebe-se que cada caso do *Community Lab* passa por todas as fases do método (1 - Definição do objeto de trabalho, 2- Elaboração do projeto e 3 - Realização), mas adquirem características próprias em cada território, ou seja, as técnicas e o nível de abrangência alcançados dependerão sempre da capacidade de trabalho dos grupos condutores, facilitadores e das características do trabalho a ser realizado. Foram diversas falas, tanto de gestores como de usuários entrevistados, que relataram a mudança de relação entre serviços e usuários, as habilidades adquiridas por parte dos trabalhadores para estabelecer novas leituras sobre o território e uma nova forma de acolher os usuários, sobretudo aqueles mais afastados, definidos como “fora–fora”. Deste modo, podemos afirmar que a plasticidade da metodologia para se moldar às características de cada caso é um elemento fundamental para a efetividade do *Community Lab*.

Vemos que, através do método CL, são alcançadas mudanças significativas nas políticas e objetos de planejamento, que não se produziriam sem uma metodologia participativa. Ocorre uma mudança na forma como as instituições passam a olhar para o sujeito e para si mesma. Quando um médico da *casa dellasalute*, que escutamos na experiência de Cervia, percebeu que o problema do idoso com diabetes que perdeu a esposa e mora longe dos filhos não seria resolvido somente com a prescrição de determinada medicação, ele estava entendendo a saúde de forma mais ampla e integral. Ele estava compreendendo que aquela

situação não seria resolvida pela forma de cuidado tradicional, reconhecendo o limite do próprio serviço. Da mesma forma aconteceu quando este médico escutou o relato do homem de meia idade que perdeu o emprego e não sabia como contar a situação para a família e amigos. Foi o médico que buscou auxílio para saber como lidar com aquela situação.

Nos dois casos os serviços não foram o local onde os problemas foram resolvidos, mas sim os meios para articular uma rede de saúde e assistência e também uma rede comunitária. Estamos falando de um olhar integral sobre o indivíduo que muda toda a forma como os trabalhadores dos serviços vão se relacionar com os usuários e com a própria comunidade.

O Município de Lugo passou de um planejamento centrado exclusivamente no ciclo de vida (crianças, jovens e idosos, homens, mulheres), para acrescentar uma discussão transversal sobre “novas configurações familiares”. Camacchio passou da discussão focada na depressão, para analisar e discutir a forma como “empregos precários” impactam na vida das mulheres daquele local. Ferrada conseguiu deslocar o olhar da política para pessoas com deficiência e do cuidado estritamente técnico dessas pessoas para entender como esses sujeitos estavam inseridos em núcleos familiares e situações que foram nomeadas de “novas vulnerabilidades sociais”.

Aqui vemos nitidamente os conceitos que fundamentam o método CL ganhando contornos práticos e operacionais. A ampliação dos atores envolvidos na discussão de cada caso e, principalmente, o entendimento de que é necessário situar a discussão no território, permite promover mudanças e deslocar o papel dos serviços e das políticas gerando um cuidado pautado pela integralidade. Esta é a base do conceito de Experimentalismo de Sabel (2012). Da mesma forma, vemos como o processo de educação e aprendizado que os casos provocam fazem com que o objeto de trabalho seja constantemente modificado.

Praticamente todos os casos concluíram a Fase 1 (definição do objeto) da metodologia com discussões realizadas pelo grupo condutor restrito, sem a participação de usuários e cidadãos. Na primeira fase, notamos poucas modificações nos objetivos que fomentam o início do projeto. Porém, quando iniciam a fase 2 (elaboração do projeto) e ocorre a ampliação dos atores, a realização de eventos públicos e consultas, em todos os casos o objeto sofreu modificações. Portas Abertas em Ferrara foi exemplo disto. Os técnicos da AUSL demoraram

paraperceber que eles podiam melhorar a vida dos idosos da Cooperativa Castelo de uma forma menos técnica. Ao saber que a Cooperativa, que estava disponibilizando apartamentos para pessoas em vulnerabilidade social, era composta em sua maioria na maioria por idosos, eles prontamente quiseram disponibilizar cuidados para estes senhores e senhoras.

Até aquele momento, os técnicos da AUSL somente conseguiam associar uma forma de ajuda a um idoso com uma resposta estritamente técnica e pronta: um cuidador. Porém, ao se aproximarem dos prédios e conhecerem a população entenderam que muitos dos homens e mulheres ali presentes, precisavam muito mais de um espaço para cantar e dançar, de promoção de encontros, do que de uma pessoa que os ajudasse a tomar banho. Eles perceberam que era possível promover saúde de outra forma. Entendemos que esse processo é possível somente pela capacidade de aprendizagem significativa (educação permanente) que o processo proporciona.

Outra discussão fundamental é sobre como o método entende o papel da participação. Como dito anteriormente, o CL não é um método para fazer participação, mas sim um processo de formulação de políticas públicas e mudança social coletiva no qual a participação (de trabalhadores, figuras políticas e técnicas de chefia, pessoas em geral) é a chave principal e meio para este processo. Uma das inovações do método, apontada pelos entrevistados e pelos facilitadores, é justamente sobre a não pretensão e obrigatoriedade da participação de todos em todos os momentos.

Lugo fez discussões entre coordenadores e chefes das políticas e setores e elaborou momentos específicos de discussão com a população. O resultado dessas discussões foi incorporado ao processo de planejamento, modificando as ações propostas e pensadas originalmente pelo grupo condutor restrito do caso. Este fato somente foi possível porque os mesmos técnicos e coordenadores encarregados do PDZ e que haviam discutido previamente as questões estavam dialogando com a população naquele exato momento.

Este exemplo demonstra a importância da participação, mas também demonstra que a vontade política dos governantes é fundamental para o sucesso do projeto. Reforça também que o método é capaz de produzir inovação institucional, ao promover momentos intercalados de elaboração e discussão entre os

Coordenadores das Áreas e Técnicos responsáveis pela elaboração das políticas diretamente com representantes da sociedade civil e cidadãos.

Conforme descrito no terceiro capítulo, um dos motivos que levaram a proposição do método CL foi o distanciamento das instâncias de participação social italianas (*comitati consultivi misti e conferenze Del terzo settore*), que possuem caráter somente consultivo e demonstram pouca ou nenhuma articulação com o nível central, encarregado de tomar decisões. Portanto, ao alternar momentos de formulação *top downe bottom up*, propiciando subsídios para o processo de tomada de decisão, percebemos que o método CL mantém a ideia de democracia deliberativa proposta por Bobbio (2007), na qual a quantidade participantes não é o mais importante, mas sim que a participação das pessoas tenha impacto sobre o sistema e conseqüentemente sobre as suas próprias vidas. Maccacaro (1979) também defendeu a ideia de que era impossível promover a participação de todos em todos os momentos, mas que era necessário promover momentos de diálogo entre serviços, sistemas e comunidade, onde a vontade da população fosse considerada nos momentos decisoriais mais importantes.

Vemos que cada nível de atuação desempenha de forma diferente as propostas, justamente porque as demandas em cada serão sempre diferentes. Percebe -se que os casos meso e macro atingem impacto direto no processo de planejamento de ações e serviços, enquanto que os casos micro demonstram ser aqueles onde a metodologias de aproximação entre serviços e territórios ocorre de forma mais natural. Nos dois casos micro acompanhados tive contato direto com usuários que participaram das atividades e integravam o grupo condutor restrito e ampliado, enquanto que nos casos de abrangência Macro e Meso visitados, todos os entrevistados integravam o grupo restrito e eram funcionários ou ocupam cargos institucionais.

Por fim, destacamos que o *Community Lab* mais do que um método de planejamento de políticas públicas é uma proposta político pedagógica que assume em sua radicalidade as inquietações que resultam do processo de educação permanente. As diferentes fases do método permitem uma constante ampliação do processo participativo e, ao situar as experimentações no território, ocorre um deslocamento significativo na forma como os objetos de trabalho e questões são afrontadas. Com isso, o entendimento sobre os limites dos serviços e dos trabalhadores permite um aumento significativo do número de atores envolvidos na

proposta e uma necessária articulação entre políticas (saúde e assistência), resultando também em práticas de cuidado pautadas pela integralidade.

***Community Lab* e educação permanente: diálogo com a experiência de participação social em saúde no Brasil**

Entendemos que o *Community Lab* e as experiências de participação social acompanhadas no Brasil, sobretudo no Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais de Saúde, são experiências muito distintas para serem comparadas. Estaríamos correndo o risco de tentar igualar processos com estruturas e objetivos diferentes. De qualquer forma, percebemos ao longo da pesquisa que existem pontos de aproximação entre as experiências desenvolvidas no Brasil e aquelas que estão sendo implementadas na Região *Emilia Romagna*, no Norte da Itália. Destacaremos a seguir, alguns fatores que nos permitem estabelecer esse diálogo.

A participação social em saúde no Brasil tem características históricas que remontam o período da reforma sanitária e a luta pela redemocratização do país. O lema Democracia é Saúde, representa de forma bem clara o imaginário construído naquele período por movimentos sociais, profissionais da saúde e acadêmicos. Um sistema de saúde pautado pela universalidade do acesso, integralidade do cuidado e equidade. Com a Constituição de 1988 e a lei nº 8.080 de 1990 temos o surgimento do Sistema Único de Saúde. Por meio da lei nº 8.124, deste mesmo ano, ocorre institucionalização dos processos de participação social na área da saúde, através dos conselhos e conferências de saúde.

A partir desse momento observa-se a gradual perda de potência do processo participativo se considerarmos as características de articulação popular ocorridas na década de 70 e 80 no Brasil, com forte engajamento popular. Diversos são os pesquisadores que apontam para a fragilidade desses espaços, sobretudo dos conselhos, ressaltando o caráter cada vez mais burocrático e a dificuldade de representar a diversidade de opiniões e necessidades da sociedade brasileira (COELHO 2008; NICOLATO, 2010; PEDROSA 2014). Podemos pensar que essa fragilidade se deve ao fato de termos criado as instâncias de participação, mas não as formas efetivas para que a participação ocorra. Estamos falando aqui de uma forma de participação institucionalizada e burocratizada e de uma participação *delegada* (MACCACCARO, 1979).

Temos a sinalização de que a participação burocratizada e restrita a determinados espaços não é uma verdadeira participação e sim uma maneira desenvolvida pelo Estado para delegar por tempo determinado o processo decisório (MACCACARO, 1979). Quando Coelho (2008) afirma que os Conselhos e Conferências não bastam para contemplar a diversidade de opiniões da sociedade em toda a sua complexidade de atores, ele não está dizendo que tais espaços são desnecessários, mas simplesmente trazendo a ideia de que estas instâncias se tornam insuficientes quando representam a única abertura da gestão à participação popular.

Vemos em Pedrosa (2014) a necessidade de pensar novas formas e constituir outros processos de troca entre comunidade, serviços e gestores do sistema para que seja então possível romper com as formas hierarquizadas e verticais de participação instituídas. Espaços que sejam mais abrangentes e não baseados somente nos preceitos da democracia representativa.

Em vista disso, é importante colocar em jogo essas formas prontas de participação e os espaços pré-determinados onde ela pode ocorrer. Justamente por entender que esse movimento tende a uma captura dos atores e a uma perigosa perda de potência da participação no cenário atual, o que significa, em última análise, o recrudescimento da cidadania, e não a sua expansão. Pensar em novas formas de participação significa desviar o olhar da instituição para o sujeito, colocando esse último na centralidade do processo. Maccacaro (1979) aponta que, além de provocar a participação, é necessário criar condições para que ela aconteça, afirmando que os trabalhadores de saúde e os serviços devem funcionar como mediadores de processos de participação.

Mediar, para Maccacaro (1979), significa que a linguagem do processo deve ser sempre aquela do usuário; que este deve ser abastecido com informações; que as decisões do usuário devem poder alcançar, de forma verificável, outros pontos do sistema. Para esse autor, garantir minimamente esses critérios seria uma forma de garantir a eficiência da participação, desviando o olhar da instituição para o sujeito, com a consequente valorização das subjetividades no cenário da saúde.

Nesta ideia de participação, ao permitir que o usuário acesse a informação de forma menos burocrática e, principalmente, utilizando a informação produzida pelo usuário na sua relação com o serviço/sistema, estaremos transformando um

sistema/serviço de saúde num mecanismo informativo e capaz de conectar o sujeito com o objeto, ou seja, a sua própria saúde.

Nessa perspectiva, a experiência do *Community Lab* pode ser de grande ajuda, uma vez que as experimentações conduzidas pelos colegas italianos apontam justamente para “um outro lugar” da participação. Esse desafio tem tencionado trabalhadores e gestores a saírem do espaço tradicional de que estão acostumados (escritório, serviços de saúde) e a forma como tem proposto ações (setorizadas) e políticas (fragmentadas) para desenvolverem novas formas de comunicação e relação com a comunidade, o que nos parece um movimento potente de deslocamento do olhar da capacidade da instituição para a necessidade e centralidade no sujeito.

Em Comacchio, o teatro foi a maneira de comunicação utilizada para tratar sobre um tema que vai muito além da questão da saúde, mas que tem reflexo direto sobre esta. As entrevistas realizadas com usuárias foram transformadas em esquetes teatrais e encenadas pelas próprias usuárias, justamente porque o método CL entende que utilizar metodologias “quentes” permite a discussão e elaboração de temas sociais que tem grande apelo, mas que dificilmente são discutidos pela sua complexidade. Estas e as demais metodologias “frias” e “quente-frias” podem ser entendidas como possibilidades de mediação. Pensar em novas formas de comunicação e mediação com a população e a comunidade é um dos ensinamentos do CL.

Este e outros casos ilustram também como o espaço pré-determinado não é necessariamente o mais propício para a participação. Em Comacchio os trabalhadores do serviço de saúde e membros dos grupos condutores foram até o bairro da cidade onde existia a maior taxa de notificação sobre a questão da depressão para falar com essas mulheres. Quando ficou claro que a depressão era o resultado de uma situação de precarização do trabalho e conseqüente fragilidade familiar, o grupo condutor decidiu assumir a situação. A partir de então o que ocorreu foi o alargamento da rede de serviços que se envolveu com a proposta agregando atores da área da saúde, assistência, educação e cultura.

A *Casa della Salute* de Cervia assumiu um compromisso radical com a necessidade dos sujeitos, aceitando a limitação do serviço. A partir disso foi possível a articulação com a área da assistência social que obrigou serviços e trabalhadores a criarem outra forma de acolhimento na *Casa della Salute* e da conseqüente

articulação com o território. Houve uma mudança na postura do serviço que causou uma mudança na demanda dos usuários. Em ambos os casos, a demanda dos usuários e população em geral não estava relacionada especificamente aos serviços.

As mulheres de Comacchio solicitaram parques e espaços públicos de encontro, e algumas delas queriam poder vender seus alimentos nos eventos organizados durante o processo e conseguir alguma fonte de renda. Elas não solicitaram psicólogos e psiquiatras para tratar os sintomas da depressão. Foram soluções “simples” para questões complexas que os serviços talvez nunca teriam conhecimento não fosse a utilização do método CL e, principalmente, jamais saberiam ou aceitariam que seriam responsáveis por promover tais mudanças e melhoria na vida das pessoas.

Os dois casos de abrangência micro apresentados durante essa pesquisa parecem ser aqueles que podem fornecer mais elementos para pensarmos processos de participativos na realidade brasileira, uma vez que mesmo relatando pouco apoio político para a realização das atividades propostas, estas experimentações foram capazes de produzir processos complexos de articulação entre serviços e instituições e, principalmente de promover melhoria na qualidade de vida dos usuários e cidadãos das respectivas comunidades.

Estas experiências conseguem colocar em relevo a subjetividade dos usuários, deslocando o sujeito da posição de objeto ao colocá-lo no centro do processo saúde-doença em sua relação com a organização dos serviços e com a formulação das políticas públicas. Entendemos que esse processo somente foi possível pela potência das estratégias de educação permanente desenvolvidas em cada caso. Aliás, entendemos que o método *Community Lab* apresentado no terceiro capítulo desta dissertação poderia ser definido também nas palavras de Ceccim e Ferla(2009):

1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases locorregionais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em ‘co-operação’ para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersectorialidade. O eixo para formular, implementar e avaliar a ‘educação permanente em saúde’ deve ser o da integralidade e o da implicação com os usuários.

A educação permanente causa estranhamento de saberes a partir da prática e das questões que emergem do cotidiano do trabalho e das necessidades do território. É exatamente esse estranhamento que o serviço em Comacchio experimenta quando vai lidar com a precariedade do trabalho ou Cervia ao se questionar sobre outras formas de acolhimento e escuta dos usuários. Da mesma forma ocorre em Ferrara quando os técnicos da saúde do idoso se deparam com senhores saudáveis que não precisam de cuidadoras.

O que nos interessa, e parece realmente potente é o que cada trabalhador e gestor fez com as inquietações que surgem desse processo. O método CL tem ensinado que estas situações podem gerar aprendizagem e produzir formas de trabalho e bem estar social mais condizentes com as necessidades de cada local. Quem é capaz dizer sobre quais são as dificuldades das mulheres no mundo do trabalho? Considerando que os idosos não querem uma cuidadora, como saber então o que eles precisam? Trabalhadores e gestores entendem que quem pode responder tais questionamentos são os próprios sujeitos em questão.

O que o *Community Lab* nos mostra é justamente que o espaço da participação não é um espaço físico, institucionalizado e imutável. A experiência brasileira de participação fez, em certa medida o contrário. Criou os espaços, conselhos (locais, distritais, municipais, estaduais e federal) e as conferências de saúde que ocorrem a cada quatro anos onde a população tem o papel e a atribuição legal de deliberar sobre a política de saúde. Obviamente, como já dissemos, não temos a pretensão de fazer uma análise comparativa, mesmo porque o Brasil tem desenvolvido práticas de educação permanente e de educação popular capazes também de desafiar de burocratização da participação social e controle social (PEDROSA, 2014). Mas é importante sinalizar estes elementos para contribuir com as práticas de participação, acompanhadas pelo pesquisador e desenvolvidas no cenário brasileiro.

Cabe retomar que as esquetes produzidas na rua, em praças ou locais abertos eram parte da estratégia de aproximação entre serviços e comunidade. A praça “era o local da participação”, simplesmente porque as pessoas estão na praça. O grupo condutor de Ferrara decidiu realizar reuniões descentralizadas, por entender que estando dentro dos serviços e de seus gabinetes eles não seriam capazes de produzir outra forma de cuidado, ou produzir políticas públicas de maneira setorial. Realizaram festas, utilizaram o espaço disponibilizado pela

cooperativa Castello para as reuniões sobre a discussão da política da pessoas com deficiência.

Esses exemplos servem para ilustrar que o espaço da participação deve ser o espaço onde as pessoas e ou as situações ocorrem e não o espaço disponível ou mais cômodo para o serviço, trabalhadores e gestão. Novamente, reforçando que não estamos tratando de uma comparação, o que nos parece evidente é o conselho local ou conselho municipal de saúde não podem ser o objetivo final da participação, mas podem e devem necessariamente atuar como meios, mediando a necessidade da população com a rede de serviços e com a própria comunidade.

Da mesma forma, O método CL nos mostra que a discussão que ocorre no espaço que se cria para a participação não deve ser aquela que o serviços ou os trabalhadores conseguem ou querem fazer, mas sim a discussão que tem relevância ou que é apontada em cada território. Nos parece, tanto pela literatura pesquisada como pela experiência de anos frequentando Conselho Estadual Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, representando a gestão, assim como pela experiência dos últimos dois anos de pesquisa e militância, frequentando o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e diversos conselhos locais do mesmo município, que a nossa experiência ou prática de participação é ainda muito setORIZADA (discussões sobre violência e desemprego parecem pautas não tangíveis) e focada em questões estritamente relativas ao setor saúde e que reforçam um modelo de atenção que não é o que foi preconizado pela reforma sanitária.

Reitero porém, que o caminho que os nossos colegas italianos nos apontam com as prática do *Community Lab* é de justamente o de assumir a educação permanente enquanto prática político - pedagógica (CECCIM; FERLA,2009) na sua radicalidade, utilizando tal ferramenta como possibilidade de articulação de redes, intra e intersetoriais, pautando o cuidado na integralidade e centralidade do processo sobre sujeito e o seu território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação social em saúde é uma marca e diretriz do Sistema Único de Saúde - SUS. Percebe-se, porém que após a institucionalização dos processos de participação nos conselhos e conferências de saúde, tais espaços demonstraram ser insuficientes para fazer frente às necessidades socio sanitárias atuais. Neste sentido essa pesquisa buscou elementos na experiência denominada *Community Lab*, desenvolvida pela *Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale*, órgão gestor da saúde na *Emilia Romagna*, norte da Itália e pela Universidade de Parma, ambos parceiros de pesquisa do Laboratório Ítalo- Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva através do método *Community Lab*, que conforme aproximações iniciais, indicavam e elaboração de experiências de participação mais sintonizadas com a necessidade em saúde de cada território, e que portanto, poderiam contribuir com o cenário de participação brasileiro.

Brasil e Itália apostam na expansão da Atenção Primária como estratégia de organização dos sistemas de saúde e pressupõem universalidade do acesso, pautando-se no princípio da equidade e da participação da comunidade na construção e avaliação das políticas e ações em saúde. Estas características permitem que as experiências de participação em saúde de cada contexto, mesmo não sendo comparáveis, possam ser colocadas em diálogo na tentativa de identificar elementos em comum e boas práticas.

Esta pesquisa assumiu a característica de um estudo exploratório, tendo a finalidade de compreender melhor o método *Community Lab*. A primeira parte da pesquisa foi resultado de entrevistas iniciais, análise documental e revisão bibliográfica. Este primeiro momento auxiliou na compreensão da estrutura e funcionamento do Sistema de Saúde Italiano e sobre o surgimento do método em questão. Essa fase também foi a que permitiu a definição dos casos que seriam objeto de estudo. O segundo momento da pesquisa foi de inserção do pesquisador no campo realizando as entrevistas com os casos e mantendo contato com os facilitadores do método CL.

Assim, pudemos compreender que o *Community Lab*, método desenvolvido pela *Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale* na *Regione Emilia Romagna*, Norte da Itália, surge como proposta para modificar o processo de planejamento das políticas públicas socio sanitárias. Possui três distintas fases que se alternam durante a

realização das propostas e tem como base conceitual o Experimentalismo (SABEL,2012), Democracia Deliberativa(BOBBIO,2007) e a ideia da aprendizagem como força de mobilização e mudança do processo de trabalho. Apresenta-se como ferramenta potente de mobilização social, articulação de redes e políticas, ampliação do número de atores envolvidos nas propostas, colocando a população e a comunidade(e suas características) como o centro do processo no qual são desenvolvidos ações e políticas menos setoriais e pautadas pela integralidade.

Os quatro casos apresentados demonstram as possibilidades e limites da metodologia do *Community Lab*. Percebe-se de forma positiva que o objeto de trabalho inicialmente proposto sofre mudanças significativas ao longo do processo, conforme ocorre a ampliação do número de atores envolvidos na discussão. Os casos meso e macro que incidem diretamente no processo de planejamento do PDZ, parecem ter maior ou menor êxito nesta tarefa à medida que figuras políticas e cargos altos de gestão compõem os grupos condutores. Os casos de atuação micro, por sua vez, são aqueles onde o método consegue se aproximar de forma mais natural e contínua dos territórios e população em geral. Mesmo não gerando impacto direto no PDZ, as atividades propostas por esses projetos (grupo teatral de Comacchio e projeto sentinelas e tegolas de Cervia) continuam ativas ainda hoje.

Percebemos que o *Community Lab* aproxima-se muito enquanto método, da proposta de educação permanente desenvolvida no Brasil. Mesmo assim, indica a necessidade de utilizar outros espaços que não somente os institucionalizados como no caso dos conselhos locais e conselho municipal. Indica também que é possível utilizar outras metodologias menos formais (festas, teatro, caminhadas de bairro) para promover diálogo com a população. Indica também, que talvez dessa forma, seja possível ampliar a discussão extremamente setorializada feita nos espaços de controle social, sobretudo nos conselhos locais, tornando-as mais focadas nos sujeitos, e na característica de cada espaço e pautadas pela integralidade do cuidado.

Nesse sentido indicamos que as experiências de abrangência micro são aquelas que nos parecem mais próximas da realidade dos serviços de saúde no Brasil e especialmente em Porto Alegre, das unidades de saúde. Destacamos esses casos, pois mesmo sem contarem com o apoio político ou dos altos cargos de gestão, foram capazes de articular e provocar mudanças significativas no processo de cuidado produzido nos serviços, além de articularem a rede de serviços, linhas de

cuidado e demonstrarem a necessidade de diálogo entre as políticas de saúde e assistência. Portanto, entendemos que um posterior estudo poderia ser realizado com foco específico nos casos de abrangência micro que estão desenvolvidos nas casa da saúde da *Emilia Romagna* com o método *Community Lab*, desde o ano de 2016.

REFERÊNCIAS

- ALLEGRETI, U. Il cammino accidentato di un principio costituzionale: quaranta anni di pratiche partecipative in Italia in *Rivista dell'Associazione italiana dei costituzionalisti*, 1. 2011
- ASSR, 2013. La programmazione partecipata per un welfare di comunità, Linee guida per Piani di Zona, Bologna: Quaderni della Regione Emilia Romagna.
- ASSR, 2015. La programmazione partecipata per un welfare di comunità, Linee guida per Piani di Zona, Bologna: Quaderni della Regione Emilia Romagna.
- ASSR. 2014 *Community Lab* disponível em: http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/partecipazione-delle-comunita/partecipazione-delle-comunita acesso: 20 de junho de 2016.
- ASSR. 2016 *Case della Salute*. Disponível em: http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/partecipazione-delle-comunita/partecipazione-delle-comunita acesso: 20 de junho de 2016.
- BEZERRA, Luciana Caroline de Albuquerque et al . Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, Apr. 2012 . disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2016.
- BOBBIO L. Tipi di deliberazione, in *Rivista italiana di scienza politica*, 3: 359-383. 2007.
- BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. Brasília, 28 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm acesso em: 10 maio. 2016
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde (MS); Portaria nº 3.027, de 26/11/2007a. ParticipaSUS disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3027_26_11_2007.html acesso em: 10 maio. 2016
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009a
- BAPTISTA, G.C. *A participação social em saúde em debate: análise da formulação da Política de Gestão Estratégica e Participativa no SUS*. 30 f. Trabalho de

Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Centro Universitário Metodista-IPA, 2014.

CECCIM, Ricardo Burg and FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* [online].2004, vol.14, n.1 [cited 2017-11-03], pp.41-65. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação E Saúde: Ensino E Cidadania Como Travessia De Fronteiras. *Revista Trab. Educ. Saúde*, v. 6 n. 3, p. 443-456, fev.2009

CONIL, E. Sistemas Comparados de Saúde. In CAMPOS, G. et al (ORG). 2a Ed. São Paulo: Hucitec Editora, pp 563-614, 2012.

CÔRTEZ, S.M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In FLEURY, S. & LOBATO, L. V. C. *Participação, Democracia e Saúde*, p. 102 - 128. Rio de Janeiro: Cebes, 2009b.

CÔRTEZ, S.V. (org.). *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CÔRTEZ, S.V. *Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde*. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de. (Org.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*, p. 311-342. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

FERNANDES, A. Conselhos municipais: participação, efetividade e institucionalização – a influência do contexto político na dinâmica dos conselhos - os casos de Porto Alegre e Salvador. In *CadernosEbape*, v8, n3, 2010.

GALASSO, V. The Role of Political Partisanship during Economic Crises, in *Public Choice*, 122: 1-2.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIMARÃES, C. A variação do coletivo em saúde. Tese (doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de pós Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre, BR-RS. 2015.

ITALIA. Regione Emilia Romagna. Delibera 296. Case Della Salute: Indicazioni Regionali Per La Realizzazione E L'organizzazione Funzionale. Bologna. 2010.

ITALIA. Legge 328. Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. 2010.

ITALIA. DELIBERA REGIONALE 3. Norme Per La Definizione, Riordino E Promozione Delle Procedure Di Consultazione E Partecipazione Alla Elaborazione Delle Politiche Regionali E Locali. 2010.

KOHLER, J.; MARTINEZ, M. Participatory health councils and good governance: healthy democracy in Brazil? In *International Journal for Equity in Health*. Vol 14, 2015.

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: Entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In FLEURY, S. & LOBATO, L. V. C. *Participação, Democracia e Saúde*, p. 176 - 203. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

MACCACARO, GA. *Medicina e Potere: per una medicina da rinovare*. Scritti 1966-1976. Milano: Feltrinelli Editore, 1979

MARTINO, F. La Valutazione Di Modelli E Sperimentazioni Di Progettazione Partecipata Sociale E Socio-Sanitaria. 254p. Dottorato. Università degli studi di Parma. Bologna. 2015.

MAZZOLI, G. Una risposta alla crisi di welfare in *Rivista Secondo Welfare*, 1, 2012.

MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 05 jul. 2017.

MILANI, C.R. (2008). O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. *Revista de administração pública* 42(3), 551 -579.

MOREIRA, M. & ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. In *Ciênc. saúde coletiva*, v14, n3, 2009.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. II Caderno de educação popular em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa- Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 224p.

SABEL C. F., ZEITLIN J.. Experimentalist governance in *The Oxford handbook of governance*, 1: 169-183. 2012.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. *Metodologia Científica: a construção do conhecimento*. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

SERAPIONI, M; ROMANÍ, O., "Potencialidades e desafios da participação em instancias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil.", *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 11, 2411-2421. 2006

SOUZA, Neiva Francenely Cunha Vieira. Observação Participante Na Pesquisa Qualitativa: Conceitos E Aplicações Na Área Da Saúde EnfermUerj, Rio De Janeiro, 2007 Abr/Jun; 15(2):276-83