

Governança participativa e a expansão do conceito de saúde na experiência do *community lab* na Itália

Gobernanza participativa y la expansión del concepto de salud en la experiencia del *community lab* en Italia

Participatory governance and the expansion of the health concept in the community lab experience in Italy

Frederico Viana Machado *

frederico.viana@ufrgs.br

Alcindo Antônio Ferla **

ferlaalcindo@gmail.com

Gabriel Calazans Baptista ***

g.calazans.baptista@gmail.com

Maria Augusta Nicoli ****

mariaaugusta.nicoli@regione.emilia-romagna.it

Vincenza Pellegrino *****

vincenza.pellegrino@unipr.it

* Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

** Professor dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS).

*** Psicólogo, mestre em Saúde Coletiva. Doutorando em Psicologia do PPGP/UFPA. Editor da revista Saúde em Redes.

**** Médica psiquiatra. Agência Sanitária e Social da Emilia Romagna.

***** Bióloga, mestre e doutora em antropologia. Professora de políticas sociais e processos culturais e comunicativos na Universidade de Parma/Itália.

Resumo

Este artigo estuda a metodologia do Community Lab (CL), um projeto de welfare participativo desenvolvido na região da Emilia Romana na Itália, que envolve movimentos sociais e comunitários e atores governamentais. Investigaremos duas experiências desse projeto, analisando os efeitos do processo participativo para os atores e para as políticas de saúde. A pesquisa qualitativa, de cunho etnográfico, combinou técnicas como diário de campo e entrevistas, com oficinas de escrita estruturadas em uma pesquisa-ação que envolveu participantes do CL. Destaca-se a flexibilidade metodológica, que responde mais às dinâmicas sócio-culturais e organizacionais dos territórios, do que às normativas institucionais, conciliando os efeitos na gestão, a democratização do processo decisório e a implementação das políticas públicas. O CL amplia as categorias de atores envolvidos e, com isso, as noções de saúde, fomentando a intersectorialidade e transformação dos aparatos estatais.

Palavras-chave: Participação Social; Saúde Coletiva; Community Lab; Participação Comunitária; Democracia Participativa;

Abstract

This article studies the methodology of the Community Lab (CL), a participatory welfare project developed in the Emilia Romana region in Italy, which involves social and community movements and government actors. We will investigate two experiences of this proj-

ect, analyzing the effects of the participatory process for the actors and for health policies. The qualitative research, of an ethnographic nature, combined techniques such as field diaries and interviews, with writing workshops structured in an action research that involved CL participants. The methodological flexibility stands out, which responds more to the socio-cultural and organizational dynamics of the territories, than to the institutional regulations, reconciling the effects on management, the democratization of the decision-making process and the implementation of public policies. The CL expands the categories of actors involved and, with this, the notions of health, fostering the intersectoriality and transformation of state apparatus.

Keywords: *Social Participation; Collective Health; Community Lab; Community Participation; Participatory Democracy;*

Resumen

Este artículo estudia la metodología del Community Lab (CL), un proyecto de welfare participativo desarrollado en la región de Emilia Romana en Italia, que involucra movimientos sociales y comunitarios y actores gubernamentales. Investigaremos dos casos de este proyecto, analizando los efectos del proceso participativo para los actores y para las políticas de salud. La investigación cualitativa, de naturaleza etnográfica, combinó técnicas como el diario de campo y las entrevistas, con talleres de escritura estructurados en una investigación-acción que involucró a participantes de CL. Destacase la flexibilidad metodológica, que responde más a la dinámica sociocultural y organizativa de los territorios, que a las regulaciones institucionales, conciliando los efectos sobre la gestión, la democratización del proceso de toma de decisiones y la implementación de políticas públicas. El CL amplía las categorías de actores involucrados y, con esto, las nociones de salud, fomentando la intersectorialidad y la transformación del aparato estatal.

Palabras clave: *Participación Social; Salud Pública; Community Lab; Participación Comunitaria; Democracia Participativa;*

Introdução

O presente artigo tem como objetivo discutir a participação social na metodologia do *Community Lab* (CL), um projeto de *welfare* participativo desenvolvido na região da Emilia Romana na Itália, que envolve movimentos sociais e comunitários e parte da estrutura do governo regional e dos governos comunais/municípios. Investigaremos duas experiências desenvolvidas no âmbito deste projeto, analisando os efeitos do processo participativo para os atores e para as políticas de saúde.

A participação social é um dos pilares do Sistema Único de Saúde brasileiro, que há 40 anos incorporou e institucionalizou a participação via arranjos de democracia participativa, tais como conselhos e conferências de saúde. Deste modo, a experiência brasileira reforçou formas de participação voltadas para o controle social, para a democratização da gestão do sistema e para a garantia dos direitos sociais conquistados pela população (Cortes, 2009; Costa & Vieira, 2012; Gadelha, 2015). Por outro lado, também encontramos enfoques de participação social voltados para a inclusão dos saberes dos atores na composição de análises situacionais e na elaboração de planos locais de intervenção, com pouca pretensão de impactar os sistemas e/ou as políticas de saúde (Pennel, Burdine, Prochaska, & Mcleroy, 2017).

Os casos estudados no CL mostram dispositivos de participação que articulam elementos dessas duas perspectivas, envolvendo os sujeitos ao longo do processo decisório, que vai da definição do problema que será alvo das políticas públicas, passando pelo levantamento de informações e definição das estratégias de enfrentamento, o que impacta nos processos de cuidado e na modelagem das políticas públicas. Embora seja uma experiência de participação institucionalizada, pois envolve agentes governamentais e legitimidade institucional, tem um sistema de funcionamento mais flexível que os arranjos institucionais de participação brasileiros. Uma das principais diferenças é que os agentes governamentais que participam da experiência pertencem às equipes técnicas das estruturas regionais do aparelho do estado italiano e que as municipalidades (comunas) são arranjos organizativos territoriais com vinculação mais direta com a sociedade civil (a denominação de *sindaco*, para autoridade municipal, e de *conselho comunal*, para o conjunto de representantes escolhidos pelas comunidades mais o *sindaco* de cada comuna, são indicativas do status da organização local). Embora algumas traduções tornem equivalentes essas autoridades ao prefeito e à câmara de vereadores no Brasil, as comunas são independentes do Estado italiano (formado pelos governos central e regionais), tem personalidade jurídica própria que permite estabelecer relações de cooperação com o Estado. A comuna é um arranjo organizativo com participação mais direta da população (Baptista, 2017).

Em uma revisão da literatura, Cortes (2006) separa em dois grupos os autores que se debruçaram sobre a análise da participação nas políticas públicas: os céticos e os esperançosos. Estes autores se diferenciam em função de “acreditarem” ou não na capacidade dos mecanismos institucionais de participação favorecerem a democratização da gestão pública e/ou o aprimoramento da implementação de políticas públicas, tornando-as mais eficientes e assertivas. Para Cortes (2006), os céticos argumentam que os espaços de participação institucionalizados não pressupõem o acesso universal e permitem que o processo político seja dominado por gestores ou por grupos com mais recursos de poder. Nesta leitura, os atores sociais com mais acesso a recursos teriam mais êxito em defender seus interesses em detrimento daqueles que seguiriam excluídos. Os esperançosos argumentam que a participação institucionalizada é uma forma importante para garantir que os interesses de grupos tradicionalmente excluídos do processo decisório passem a ser considerados, o que dificultaria a manutenção de padrões autoritários de gestão e de formas clientelistas de relação entre governos e interesses sociais. Nesta perspectiva, os gestores seriam induzidos a tomar decisões levando em conta um número maior de interesses, favorecendo o aperfeiçoamento das políticas públicas. Os arranjos institucionais de participação seriam responsáveis por aumentar a capacidade de *accountability* e ajudariam no fluxo qualificado de informações entre aqueles que acessam as políticas públicas e os responsáveis pela gestão do sistema. Além disto, destacam-se os efeitos pedagógicos da participação. Avritzer (2004) argumenta que estes espaços funcionam como “escolas da democracia”, nos quais os participantes constroem conhecimentos sobre o funcionamento do estado e sobre a cidadania.

Maccacaro (1979) argumenta que as instâncias participativas só contribuem se forem criadas as condições para que os usuários do sistema e a sociedade civil não organizada possam participar. Quando estas condições não são adequadamente criadas, o autor classifica como participação delegada. O autor se refere a processos burocráticos de esvaziamento das demandas que muitas vezes são disponibilizados para a 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 ou as normativas que irão promover a participação, mas sim, a possibilidade de encontrar objetos de discussão que façam sentido para os participantes. O autor 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 a gestão do sistema.

A criação de novos espaços para populações específicas, historicamente excluídas dos processos decisórios, também não significa que as demandas e solicitações dessas populações terão algum impacto na gestão e formulação de políticas no sistema de saúde (Machado, 2013). Como argumenta Pedrosa (2014), muitos 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 nos espaços de participação. Maccacaro (1979) argumenta que 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. Além da burocratização e da cristalização das hierarquias no funcionamento das instâncias de participação, no caso da saúde estas hierarquias incluem as assimetrias produzidas pela hegemonia dos saberes médicos, que tendem a individualizar e biomedicalizar os problemas e as intervenções em saúde. A predominância do discurso biomédico nas instituições e políticas de saúde garante a baixa permeabilidade às redes de saber popular ou de saberes tradicionais (Luz, 2013), o que é um problema para a ampliação do conceito de saúde e a aproximação das políticas públicas às reais necessidades dos cidadãos e dos territórios.

Ferla (2004), entre outros, defende a participação para além das perspectivas institucionais, buscando o diálogo com as lógicas de mobilização dos “participantes”. Em estudo sobre a participação social/comunitária em saúde, o autor cunha o termo “produção estética da clínica e da gestão em saúde” (Ferla, 2004, p. 86) para fazer referência à capacidade da participação em reconfigurar as políticas e práticas, incluindo de forma justa e abrangente pessoas e coletividades, em seus aspectos comuns, mas também nas singularidades. Essa expressão interroga o que é oferecido, de que forma e para quais grupos populacionais, colocando em questão a permeabilidade das formas de participação a lógicas que não sejam totalmente capturadas pela relação saber/poder da ciência e da técnica. É importante não confundir esta crítica, à ciência e à técnica, com o negacionismo científico atual. Pretende-se apenas questionar a permeabilidade aos saberes dos grupos a que se destinam as políticas públicas e sobre os efeitos pedagógicos das políticas sobre a cidadania e os direitos humanos. É preciso lembrar que a expressão “controle social”, que também define contemporaneamente uma parte dos efeitos da participação social, foi originalmente utilizada para designar o controle, em termos de disciplinamento, da população pelo Estado por meio das políticas públicas (Foucault, 1989).

Este artigo busca ampliar a compreensão sobre o que pode a participação social na configuração de políticas, analisando as formulações italianas na experiência do *Community Lab*. A pesquisa foi desenvolvida no âmbito do Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva (Rede Interstício), que realiza atividades conjuntas desde o ano de 2009, articulando pesquisadores, universidades e serviços de ambos os países.

A experiência e a metodologia do *Community Lab*

O percurso *Community Lab* (CL) teve início no ano de 2011, com o objetivo de incentivar formas inovadoras de participação dos cidadãos no processo de planejamento e organização das políticas e ações

das áreas da saúde e da assistência social na região Emilia Romagna, norte da Itália. Essa iniciativa foi desencadeada pelo governo regional e está atualmente localizada num território compartilhado entre autoridades governamentais e os serviços sociosanitários (Baptista, 2017). Existia um entendimento entre os técnicos das estruturas do governo regional e alguns pesquisadores de que os cidadãos estavam se distanciando cada vez mais das instituições públicas, que a especialização do cuidado prestado vinha gerando 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 se somam para aprofundar a crise do sistema de *welfare* italiano. Com a classe média cada vez mais empobrecida e fragilizada, a demanda por serviços públicos aumenta e, portanto, foi necessário repensar e adequar sua atuação em relação aos cidadãos, para não reproduzir estratégias descoladas das demandas (Martino, 2016).

O *Community Lab* foi criado para desenvolver processos participativos capazes de ensaiar mudanças nas políticas e nas organizações, no âmbito da assistência social e de saúde, principalmente. É um dispositivo de aprendizagem e “transformação” que produz conhecimento por meio da ação com a comunidade e da reflexão sobre o trabalho cotidiano. A questão enfrentada pelo CL é: “quais são os lugares, os processos, as relações que permitem que os trabalhadores se sintam à vontade e consigam alargar a participação em direção aos usuários e cidadãos?” (Martino, 2016, p. 133).

O dispositivo tem como base os conceitos de *democracia deliberativa* (Bobbio, 2007); *experimentalismo* (Sabel, 2012) e da prática da aprendizagem, sobretudo aquela realizada pelos e com os trabalhadores como potência transformadora. A democracia deliberativa 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 e não realizável para as instituições (*bottom-up*) (Milani, 2008).

O experimentalismo representa a possibilidade que as instituições públicas possuem para fazer frente às mudanças epidemiológicas, econômicas e socioculturais que presenciamos em escala global e que caracterizam contextos de complexidade, através da capacidade de inovar suas práticas e aprender com o cotidiano (Sabel, 2012). Para isso, Sabel 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-se. Para Sabel a força transformadora das experiências locais irá depender da capacidade das instituições de acompanhar, monitorar e repensar suas práticas.

O terceiro pressuposto é a ideia de que a aprendizagem, e particularmente aquela dos profissionais, deve ser realizada de forma situada no território (Martino, 2016). 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. A noção de aprendizagem desenvolvida no CL se assemelha bastante a de Educação Permanente em Saúde, diretamente voltada para o cotidiano e as práticas de trabalho (Ceccim & Ferla, 2008).

Dessa forma, o *Community Lab* é uma abordagem metodológica que se baseia na análise de casos (experimentações locais), cuja elaboração ocorre de forma compartilhada, seja com os sujeitos envolvidos nas experimentações, seja com sujeitos que vivam experiências similares (ASSR, 2015). A participação se afasta de práticas e pressupostos pré-determinados, ao contrário, concebe-se que será tão potente quanto mais inclusiva da diversidade de atores (gestão, serviços, formação e participação social). Em cada ciclo, temáticas são escolhidas para a seleção de experiências, a partir da avaliação de necessidades e problemas identificados nos indicadores de monitoramento do planejamento socio sanitário regional, e essas experiências se inserem em processos de *maturação*, de acordo com a metodologia descrita a seguir. O CL envolve equipes técnicas do governo regional, as municipalidades/comunas e as associações ou grupos comunitários envolvidos com as temáticas a que se referem as experiências de cada edital.

As análises das práticas de experimentação no âmbito do Community Lab permitem identificar três níveis de influência nas políticas e práticas socio sanitárias que o compõem, dependendo do escopo de cada projeto selecionado: Micro, Meso e Macro. O nível *Micro* é composto por experiências que se concentraram sobre um objeto particular ou um território particular e têm potência de dar visibilidade a

tecnologias singulares e que expressam modos de relação entre agentes. São bairros, serviços (Hospitais, Casas da Saúde, Escolas) que produzem processos participativos, de ativação de grupos e populações vulneráveis, ensinando os serviços a se comunicarem e a ouvir de outra forma a demanda local, sem necessariamente modificar o processo de planejamento das políticas e ações (ASSR, 2015). Os casos *Meso* são aqueles que modificam uma política específica durante o processo de planejamento e, portanto, têm potência de tornar visível a relação entre grupos populacionais e modos de respostas institucionais em movimento. E, por fim, os casos *Macro* são aqueles que modificam todo o processo de planejamento através de metodologias ativas e participativas. O caráter participativo é sempre um critério de inscrição e seleção de projetos e a ampliação da participação um objetivo da metodologia desenvolvida pelo CL.

O CL diferencia três grupos de atores: “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. 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. Durante nosso trabalho de campo, alguns participantes afirmaram que o grupo FF é o que representa o maior desafio para os serviços e para o envolvimento no processo de formulação de políticas, pois mesmo tendo demandas bem evidentes, dificilmente interagem com as instituições.

A abordagem prevê três fases distintas, que inclui a totalidade dos trabalhos aprovados em cada edital: (a) Identificação do objeto de trabalho; (b) Elaboração do projeto; (c) Realização (ASSR, 2015). Não é um processo linear, uma vez que cada território tem uma característica e recursos sociais para desenvolvê-lo de forma diversa, mas geralmente todos os casos acompanhados acabam passando pelas três fases. A primeira fase é um momento fundamental, pois nela é estruturado um grupo condutor (*cabine di reggia ristretta*), que será encarregado de acompanhar o desenvolvimento do processo. São pessoas comprometidas, envolvendo atores da sociedade civil e dos governos locais por escolha direta dos participantes de cada projeto, e que tem identificação com o objeto inicial de trabalho, mesmo que ao longo do tempo tenha alguma modificação na sua composição. 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. Na segunda fase, de elaboração do projeto, ocorre uma ampliação no número e na representação dos envolvidos. É quando, por exemplo, o grupo condutor define um 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 Fase 3 (Realização) é o momento de colocar em prática todo o processo desencadeado, testando e adaptando as ações planejadas (ASSR, 2015).

No CL são utilizadas diversas técnicas e metodologias de ativação e trabalho em grupo para cada uma das fases, conforme a necessidade revelada a cada momento e a capacidade dos participantes e facilitadores. São divididas em 3 grupos: “quentes”, “frias” e “mornas”. As metodologias “quentes” utilizam procedimentos participativos capazes de envolver os participantes de forma emotiva, ofertadas a quem deve elaborar problemas e condições sobre as quais não têm sido feitas muitas reflexões. Buscam ampliar percepção do 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 grandes, seja em termos de conhecimentos, seja com relação à posição institucional que ocupam. As metodologias “frias” são 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. 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). O CL não utiliza a 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 têm auxiliado a desenvolver processos coletivos que dificilmente seriam realizados e mantidos por grupos ou instituições trabalhando de forma individual (Martino, 2016).

Importante registrar que a metodologia de desenvolvimento dos projetos selecionados tem como objetivo ampliar a participação local e estimular a cooperação horizontal entre iniciativas, formando redes de cooperação entre esses e outras comunas e organizações que identificam problemas similares no seu âmbito de atuação e que reconhecem as experiências participantes do CL como possibilidades de intercâmbio. O Community Lab é uma estratégia de fortalecimento da participação em temas que estão na agenda dos técnicos do governo regional, dos atores das municipalidades e das organizações da sociedade civil. Entretanto, diversos problemas que envolvem a participação ou a execução das políticas públicas no âmbito local não compõem os editais temáticos, que respondem à agenda de cada ciclo. Populações em maior vulnerabilidade, como imigrantes e populações em situação de rua, por exemplo, inicialmente são atendidas com projetos de cunho mais assistencial e a organização de espaços de participação que os envolva acontece mais frequentemente em centros de apoio social. Alguns desses projetos já fazem parte do CL. Mas o CL não é arena de disputa direta de recursos financeiros e assistenciais, mas de formulação de projetos e iniciativas para o fortalecimento da participação da sociedade nas respostas aos problemas comuns.

Aspectos Metodológicos

A pesquisa aqui apresentada é de abordagem qualitativa, de cunho etnográfico e orientada pelo referencial da pesquisa intervenção (Rocha, 2003). Para essa abordagem conhecimento e ação não podem ocorrer de forma desconexa, de modo que técnicas de registro etnográfico, tais como diário de campo e entrevistas formais e informais, foram combinadas com oficinas de escrita estruturadas em uma pesquisa-ação que envolveu participantes do CL. Entre as mais de 35 experiências que foram ou ainda são desenvolvidas pela região Emilia Romagna, desde 2011, acompanhamos sete experiências entre os anos de 2015 e 2016. Em quatro destes casos foram desenvolvidas oficinas de escrita com os participantes do projeto, que culminaram na publicação de um livro de relatos (Baptista et al., 2018)¹. Para compor as análises desse ensaio, escolhemos estrategicamente duas experiências, sendo uma de nível *micro* e a outra de nível *macro*. Esta escolha se justifica pela pergunta colocada neste artigo, sobre os efeitos do processo participativo para os atores e para as políticas de saúde, o que nos leva a investigar experimentações com enquadramentos diferentes.

Desde o princípio, a intenção foi de “dar voz às experiências” e fazer isso de modo que os próprios participantes (usuários, gestores e trabalhadores) pudessem relatar à sua maneira o processo vivenciado. Construímos o entendimento de que a escrita é o resultado da reflexão sobre o processo de trabalho e pode se constituir como parte da gestão do trabalho em si. A escrita atua como dispositivo de educação permanente, pois requer reflexão sobre a prática (Ferla et al., 2019). A pesquisa como intervenção se expressa na inclusão de modos de produzir o conhecimento pelos sujeitos na validação desse conhecimento no cotidiano do trabalho.

Foi elaborada uma metodologia específica para os encontros que subsidiaram a escrita e a formulação dos textos, de tal forma que o conhecimento produzido pudesse circular e ser compreendido. A

1 Esta metodologia foi replicada com participantes dos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre, o que também culminou com a publicação de um livro (Baptista, Alencar, Lucas, & Altamirano, 2018).

produção da escrita foi dividida em três momentos: (a) uma oficina de escrita coletiva, onde o objetivo foi incentivar o registro e a reflexão sobre os casos; (b) entrevistas presenciais ou por Skype com membros dos grupos condutores de cada caso e que acompanharam os processos desde o início; (c) leitura, comentários, compartilhamento e revisão dos textos.

É importante ressaltar o caráter forte de *pesquisa intervenção*. As oficinas de escrita foram capazes de induzir processos reflexivos entre trabalhadores e usuários dos sistemas de saúde estudados, deixando, inclusive, produtos registrados que poderão inspirar novas reflexões e processos de educação permanente. Além disso, os registros construídos por meio destas oficinas se constituíram como material empírico para análises científicas que sistematizam e ampliam o potencial hermenêutico destas experiências para a compreensão das possibilidades da participação como ferramenta para qualificar a gestão e a promoção da saúde, bem como construir saberes que orientem o pensamento sobre as mudanças possíveis e necessárias dos modelos technoassistenciais.

Participação social e experimentalismo: expandir a saúde e democratizar a gestão

A base empírica deste artigo são duas experiências do *Community Lab* relatadas em Baptista et al. (2018). São duas experiências com vetores distintos de relação com a vida das pessoas: uma de âmbito *micro*, que dizia respeito inicialmente às mulheres de uma municipalidade na Região da Emília Romagna; e outra de âmbito *macro*, originalmente voltada para o aparato governamental, objetivava construir um plano de ação para um conjunto de municipalidades. O relato que se faz delas é a partir do processo pedagógico desenvolvido no CL e, portanto, posterior à entrada na agenda dos problemas que eles abordam e com um consenso relativo sobre a descrição dos componentes de cada projeto. O que se quer chamar a atenção é o percurso das experiências, do diagnóstico inicial ao plano de ação elaborado, demonstrando uma interferência da participação no conteúdo da intervenção da política pública. Obviamente, a transformação dos enunciados significou também a mudança dos atores e dos saberes predominantes na definição dos problemas e das formas de intervenção das políticas públicas, que não é uma transformação linear e sem tensões. Entretanto, nosso objetivo aqui não é analisar as tensões, mas o caráter educativo dos processos participativos, o fortalecimento da participação e o adensamento das ações implementadas.

O Sofrimento Feminino no Mundo do Trabalho – Comacchio

A experiência do CL no município de Comacchio teve início em 2013, com uma primeira etapa concluída em 2015. Entretanto, a experiência permaneceu sendo implementada, o que denota a formação de vínculos, a consistência e a sustentabilidade do trabalho em grupo. O projeto foi proposto pela *Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) de Ferrara*, órgão regional que faz a gestão dos serviços de saúde daquela municipalidade. O objetivo da experiência foi construir e consolidar processos participativos mais dinâmicos e representativos sobre as necessidades e expectativas femininas em relação a questões de saúde e bem-estar social. Os serviços identificavam a baixa participação das mulheres na dinâmica dos serviços de saúde e na organização comunitária como um problema relevante, já que as mulheres representam, também naquela região, um contato ativo com os sistemas de políticas públicas. Existia também o problema da “depressão feminina”, diagnosticado pelos serviços de saúde, que se agravava no inverno. Portanto, quando o projeto teve início, a demanda era trabalhar questões referentes a esta doença e os efeitos da participação feminina na configuração do trabalho dos serviços de saúde.

Conforme proposto na metodologia do *Community Lab*, inicialmente foi criado um Grupo Conductor composto pelos Coordenadores da Secretaria de Saúde de Ferrara, o Secretário de Políticas Sociais e de Trabalho, o Secretário para Igualdade de Oportunidades, e um técnico do Planejamento da Secretaria. Com a ajuda dos facilitadores da *Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale Emilia Romagna (ASSR)*, que corresponderia à Secretaria Estadual de Saúde da Região Emília Romanha, foi feita uma análise de

situação do território, mobilizando diferentes recursos de escuta (informantes-chave, análise de indicadores, recursos de diagnóstico rápido, redes de conversa). Uma questão ficou muito evidente: dadas as características sazonais de *Comacchio*, um grande balneário que tem sua população muito ampliada no período de altas temperaturas e recesso escolar, grande parte das mulheres trabalha 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 outras localidades, acrescentando um componente de solidão à vida destas mulheres. Ou seja, o contato com o território alcançou uma compreensão mais ampliada das necessidades de saúde do que indicava o “problema” na perspectiva puramente biomédica.

Dessa forma, o problema que antes se apresentava genericamente como “depressão feminina”, relativo ao cuidado biomédico, ganhou densidade e incorporou 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 deveria ser encarada em termos de seus determinantes sociais para consolidar sua compreensão e embasar iniciativas de superação do problema. Esta noção de ampliação do tema a ser abordado pelas políticas públicas por meio das experimentações participativas é uma questão central do experimentalismo. Podemos analisar um efeito epistêmico, relacionado à tensão entre lógicas interdisciplinares e dessas com as racionalidades da eficácia e da ética (Luz, 2009), na configuração do conteúdo e das formas de implementação de uma política pública participativa. Não se trata apenas de “abrir” a possibilidade de participação, mas de construí-la “por dentro” da política, abrindo uma dimensão que é, ao mesmo tempo, estética (no sentido de suas diferentes expressões) e política (no sentido da construção mesma da inclusão como objeto da política) (Ferla, 2004).

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, uma vez que o escopo inicial do problema havia sido transformado, de uma dimensão biomédica para uma dimensão social. A ideia inicial foi a de criar rodas de conversa com as mais variadas representações femininas da região para debaterem o problema e, juntas, proporem soluções de forma participativa, criativa e, sobretudo, adequada às suas necessidades. Foram convidadas Organizações Não-Governamentais e Associações que historicamente têm se ocupado de pensar a saúde e as diversas questões que atravessam a vida feminina na região. 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 (*Pari opportunità*). Embora a literatura aponte um tensionamento entre participação e execução (Secchi, 2013), aqui a participação aparece, não apenas como descrição e constatação de atributos de uma política, mas como parte do processo de construção de uma política, como atributo de uma boa política pública.

O tema foi apresentado nas salas de espera dos serviços de saúde por trabalhadores que se disponibilizaram a contribuir com o Grupo Condutor. Algumas mulheres se sentiram à vontade para contar a sua história e aceitaram o convite para participarem da roda de conversa. Além disso, trabalhadores dos serviços de saúde 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 nas rodas de conversa. A conversa em roda sobre o contexto de vida das mulheres tornou-se dispositivo de participação.

As rodas de conversa se transformaram em grupos focais. Contando com a ajuda de uma das facilitadoras do CL, experiente teatróloga, o material recolhido nestes encontros foi traduzido em pequenos esquetes inicialmente atuados pelas e para as próprias integrantes dos grupos. A expressão teatral se tornou, assim, marca dessa experiência, uma parte importante da metodologia empregada e, através dela, foi estabelecido todo o diálogo entre os serviços e a população. O caráter lúdico e a experimentação da relação entre a arte, a vida e a saúde têm sido apontadas como dispositivos de desenvolvimento do fazer na saúde (Ceccim & Ferla, 2008). A grande surpresa por parte da gestão local foi que poucas demandas e encaminhamentos estavam relacionados com os serviços públicos de assistência, mas a equipamentos que facilitassem a pró-

pria dinâmica comunitária. Como proposta deste diálogo surgiram demandas como: (a) a necessidade de ter um parque aberto no inverno e no verão, para servir de ponto de encontro e lazer para as mulheres; (b) a necessidade de articulação com empresas e cooperativas para a busca de empregos não sazonais; (c) por parte das mulheres imigrantes, houve a demanda de vender pratos e refeições durante os eventos.

São demandas e ações simples, mas que fizeram a diferença na vida dessas mulheres, sobretudo porque partiram de um diagnóstico coletivo enraizado nas dinâmicas sociais e no próprio cotidiano da comunidade. O “diagnóstico” não foi, nesse caso, uma abstração feita sobre as pessoas e coletivos, mas sim uma construção desenvolvida coletivamente a partir do seu cotidiano. O diagnóstico, como construção abstrata dos profissionais e processo próprio da racionalidade biomédica, não coincide com as lógicas pragmáticas dos saberes leigos (Meneses et al., 2017) e tradicionais (Schweickardt, Ferla, Lima, & Amorim, 2020), e as divergências entre essas construções reorganiza a motivação para a busca de cuidados e para a participação no processo de cuidados, seja individual como clínica, seja na dimensão coletiva como política de saúde.

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 ainda hoje têm realizado outras oficinas sobre temas diversos. Um dos objetivos que se desdobrou foi trabalhar com a questão da violência contra a mulher, estabelecendo redes de suporte utilizando serviços formais e informais da comunidade. O lúdico foi dispositivo metodológico de expressar a participação e, mais do que isso, de reorganizar as políticas públicas (Nicoli et al., 2016).

O processo desenvolvido nesse caso, mesmo não alterando o ciclo de planejamento e formulação de políticas no município, teve um impacto significativo nas escolhas da Secretaria de Saúde. Sem o CL, provavelmente a resposta do gestor, frente ao elevado número de casos de depressão, seria comprar medicamentos e contratar mais psiquiatras, psicólogos e profissionais para área da saúde mental. Nessa perspectiva, a participação social impediu que a resposta pública fosse a de entregar uma solução técnica e setorial orientada pela lógica biomédica, para um problema eminentemente social e que perpassava toda a comunidade, de forma complexa e multideterminada. A compreensão ampliada das necessidades de saúde de pessoas ou coletividades dá uma nova configuração na abrangência e na natureza das ações, sendo que o “jogo” necessário com os condicionantes e determinantes da saúde e as condições locais de enfrentamento dos problemas tem maior alcance com a mobilização da sociedade e essa mobilização acaba por reconfigurar também o padrão de respostas (Nicoli et al., 2016). A abrangência intersetorial das respostas, nesse caso, ilustra essa transformação.

Baixa Romanha 2020 – Lugo

O projeto de produção compartilhada de um “Plano para a Saúde e Bem-Estar Social” para um conjunto de comunas/municipalidades, iniciado em 2013, foi encaminhado para a ASSR como proposta da *Unione dei Comune della Bassa Romagna* (UCBR), uma espécie de consórcio de municipalidades que mobilizam em conjunto recursos para políticas públicas em 9 comunas/municipalidades (Alfosine, Bagnacavallo, Bagnara di Romagna, Conselice, Cotignola, Fusignano, Lugo, Massa Lombarda, Sant’agata sul Santerno). O grupo condutor restrito foi composto pelo Diretor da própria UCBR, o Coordenador da área de *Welfare* que engloba a Saúde, Educação e Assistência Social, dois prefeitos, o Coordenador da Azienda Unità Sanitaria Local – (AUSL – órgão regional que faz a gestão de saúde, da qual fazem parte os municípios) e a coordenadora do Plano de Zona (PDZ). O desafio inicial foi rever a construção do plano de zona que guiava a elaboração do “Plano para a Saúde e o Bem-Estar Social”. Após dois meses de debate, o grupo condutor sentiu necessidade de ampliar as discussões sobre o objeto de trabalho proposto. Este processo iniciou pelos próprios trabalhadores da UCBR. O grupo passou a fazer encontros entre os diferentes departamentos e trabalhadores. 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 UCBR (saúde, assistência social e educação).

Cada área desenvolveu suas estratégias: a política de educação infantil passou a realizar rodas de conversa com grupos de pais que se reuniam em um bar à noite; a política do idoso e da pessoa com deficiência mobilizou cooperativas e associações que se dedicavam ao tema em um fórum intersetorial de discussão. Os momentos de diálogo fizeram com que trabalhadores e Coordenadores de políticas desenvolvessem uma postura menos tecnicista. 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 reconhecer o valor da articulação entre diferentes saberes para a qualificação da gestão e da elaboração do PDZ. Em boa medida, o desenvolvimento de novas formas de trabalho a partir do diálogo com pessoas e coletividades que atuavam no cotidiano do trabalho se produziu com as transversalidades entre os saberes e práticas dos profissionais e dos usuários dos sistemas e serviços de saúde. A transversalização deslocou as relações de saberes e práticas, em um movimento de atualização recíproca entre as teorias, sobretudo aquelas que embasam a tecnocracia de condução da política pública, e as práticas, sobretudo das pessoas e coletividades que vivem os efeitos dessas políticas. A ideia de atualização de saberes e práticas em relações de transversalidade destacada aqui é muito similar àquela que caracteriza o debate sobre os intelectuais e o poder entre Deleuze e Foucault (Foucault, 1989).

De acordo com relatos de participantes, eram feitas perguntas como “quem sabe sobre o que estamos discutindo e pode nos ajudar?” ou “como podemos convidar tal pessoa para a conversa?” Foram alguns meses de encontros, recolhendo relatos e opiniões sobre cada uma das políticas e, nesse processo, outras formas de relação entre os atores governamentais das políticas e os usuários e pessoas que vivem naqueles territórios foram surgindo. Para a fase de elaboração do projeto foi feito um grande evento, com duração de alguns dias, utilizando a metodologia do *Open Space Technology* (ASSR, 2015). Foram apresentados os resultados obtidos com as discussões descentralizadas no território e foram debatidas as políticas do PDZ. Estiveram presentes mais de 100 pessoas, entre gestores, trabalhadores, usuários do serviço e cidadãos em geral (Baptista, 2018).

A síntese desse evento deu início à 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 exemplo é o documento intitulado “*Bassa Romagna 2020*”, base desse planejamento estratégico, dedicado a apresentar linhas de desenvolvimento, empreendedorismo e Welfare do território da UCBR (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* (mesas de negociação entre atores governamentais e representantes da sociedade civil) que até o momento faziam uma leitura por categorias (crianças, adultos, idosos, pessoas com deficiência, etc.) e por área (saúde, assistência). As categorias deram lugar a questões transversais e foram definidas três diretrizes de atuação e formulação: família e relações intergeracionais; associações, redes e empobrecimento; habitação e coesão social. 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! Esse Centro é encarregado de fazer a articulação entre as áreas saúde da criança, educação e assistência social e garantir suporte direto para as famílias com filhos pequenos.

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, gerando uma mudança significativa no processo de trabalho (Baptista, 2017). Um dos resultados mais destacados foi a abertura para novas estratégias intersetoriais, o que, como sabemos, é um desafio para a gestão em saúde. A rígida estrutura institucional dificulta a articulação entre setores e departamentos e a metodologia participativa estudada mostrou ter efeitos positivos para fazer com que a gestão se aproxime do cotidiano da população e dos trabalhadores.

Considerações finais

As experiências relatadas apontam caminhos para a participação social em saúde e políticas públicas, em iniciativas desenvolvidas no âmbito local, a partir da experiência do *Community Lab*, no norte da Itália, destacando o caráter pedagógico da metodologia utilizada, seja para o fortalecimento da participação seja para o adensamento das políticas públicas. Não está em questão nessa metodologia a disputa direta de recursos financeiros e o controle da execução estatal, o que muda o nível de conflitos e as tensões que são identificadas frequentemente nos espaços do controle social no Brasil.

Foram trazidos à reflexão dois “casos” de participação, um *micro* (inicialmente debruçado sobre uma situação e território particular, mas com potência de gerar uma compreensão ampliada do contexto em que se desenvolvem as políticas públicas) e um caso *macro* (que coloca em questão a institucionalidade das políticas e gera novos dispositivos para planejá-las e monitorá-las). O caso *micro* demonstra grande articulação com o território e com os usuários, onde são desenvolvidas e aplicadas outras formas de cuidado, inclusive das pessoas e coletividades, de forma horizontal. O caso *macro* demonstra a importância das instituições governamentais como facilitadoras do processo de participação, produzindo momentos de encontro e discussão com a população, que têm impacto direto no processo de formulação das políticas. No caso de Lugo, o conceito de democracia deliberativa está articulado de forma prática, intercalando momentos institucionais e políticos de formulação e tomada de decisão, com momentos de abertura para a discussão com a população do território. O caso apresenta uma forte articulação entre diversos setores e políticas, não somente entre social e sanitário, o que atribui um caráter de *welfare* público participativo.

Os casos nos permitem conhecer uma forma de fortalecer a participação, flexibilizando o desenho institucional de forma a responder, antes às dinâmicas sócio-culturais e organizacionais dos territórios, do que às normativas e prescrições. A metodologia do CL seria uma forma de conciliar os efeitos na gestão, democratizando o processo decisório e a implementação das políticas públicas, sem descuidar da dimensão conceitual, ampliando as noções de saúde, incentivando a intersetorialidade e transformação dos aparatos estatais. Embora o CL não pressuponha sua permanência contínua nos territórios, já que depende de induções estatais que variam em cada contexto, os efeitos participativos se mostraram mais duradouros que o período de desenvolvimento do projeto, deixando processos associativos e dispositivos de comunicação entre a gestão e o território. Entretanto, fica em aberto se seria possível tornar obrigatórias formas de indução de iniciativas participativas, sem enrijecer os processos e dinâmicas sociais necessárias para a eficácia da metodologia estudada. De qualquer forma, a presença obrigatória de instâncias de participação sem que produzam sentido para os participantes e/ou que não sejam capazes de articular a multiplicidade dos atores e instituições envolvidas nas políticas públicas também não será efetiva.

Um dos aspectos que se destacaram no CL é a inclusão de cidadãos que não são usuários diretos e/ou frequentes dos serviços de saúde, os atores nomeados de “fora-fora”, pois isto permitiu estabelecer relações mais amplas com a diversidade dos problemas presentes nos territórios e, conseqüentemente, soluções que contemplam um maior número de pessoas e demandas, articulando espaços e redes informais que dão vida ao território. Deste modo, a participação social, nos casos analisados, revelou-se uma estratégia eficaz de aprendizagem e produziu relações de transversalidade entre conhecimentos e práticas e, portanto, a necessidade de tomar diferentes níveis de tensão como vitalizadores da aprendizagem na formulação e implementação de políticas, produzindo híbridos trabalhadores/pesquisadores e mobilizando conhecimentos de diferentes naturezas disciplinares e saberes do cotidiano.

A ênfase na aprendizagem no cotidiano do trabalho, na relação construtiva entre os trabalhadores do sistema local de saúde, reconhece a que as pessoas e coletividades que utilizam as políticas e ações sócio-sanitárias se articulam tomando o cotidiano de trabalho como o fio condutor do processo decisório (Merhy, 2002). O efeito pedagógico do percurso da participação social de grande intensidade é dar voz ao contexto, em um movimento inclusivo e participativo. Ou seja, a potência da política pública articulada à participação, com abertura para descobertas, é ampliar o bem-estar da população e o conhecimento sobre o contexto em que atua (Nicoli et al., 2016). Os governamentais fazem a aproximação com o duplo

objetivo de compreender o contexto e desenhar políticas e iniciativas em redes de participação, o que se torna mais fácil quando os atores sociais se abrem para novos conhecimentos.

Retomando Maccacaro (1979), a efetiva participação social implica no diálogo, mas o diálogo efetivo, que hibridiza as certezas e desloca a ordem normativa para não somente acolher a participação, mas para gerar participação em relações que façam sentido para os sujeitos. Os casos estudados apontam que a metodologia do CL, ao adaptar as metodologias e processos à realidade dos atores, que passam a ser co-criadores deste percurso, reconfigura técnicas e modos de pesquisar e propor políticas sensíveis à multiplicidade dos territórios e dos sujeitos. A aprendizagem e a abertura epistêmica contribuem para deslocar o foco das estruturas e normas, embasadas nos saberes especializados e fragmentados dos profissionais da biomedicina e da burocracia estatal, para os processos, os saberes e relações de poder que se tensionam ou permanecem latentes nos territórios, influenciando o plano normativo sobre a vida individual e coletiva. Como nos alerta Maccacaro (1979), não é a maquinaria institucional que fomenta a participação, são atores que operam as políticas públicas e que se põem em contato com pessoas e organizações da sociedade civil. Essa abertura tem como efeito a atualização entre teorias e práticas por uma relação de transversalidade entre elas, buscando soluções por meio da implicação dos atores.

Para compreender a dinâmica das experiências participativas, alguns elementos merecem destaque mesmo que não tenham sido claramente descritos nos relatos de cada caso: o papel dos facilitadores e dos grupos condutores na formulação e acompanhamento das experiências e as características específicas de cada um dos três níveis de atuação da metodologia. 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 que atuam diretamente no processo de planejamento de políticas em cada território, maior o impacto no processo de planejamento. De tal maneira, observamos que o caso *macro* conta com mais atores com capacidade institucional de decisão e, dessa forma, incide de forma direta para a formulação de políticas e ações. Em ambos os casos, os grupos condutores demonstram ter um papel de articulação institucional, embora nos casos *micro* a influência desses grupos no processo de planejamento e formulação de políticas pareça ser menor.

Os grupos condutores ampliados surgem como resultado do aumento do número de atores envolvidos no processo, o que geralmente ocorre na segunda fase do método. Nesta fase, usuários e representantes de movimentos e associações que geralmente tem pouco contato com os serviços e instituições passam auxiliar na proposição de ações. Cada grupo cria 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 da ASSR, enquanto os integrantes dos grupos alargados tendem a participar de discussões pontuais e de determinadas atividades.

Os facilitadores da ASSR 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 tensionam questões apresentadas pelos territórios e serviços para que sirvam de aprendizado institucional e processo de formação dos envolvidos. De forma geral, percebe-se que em cada caso o CL adquire características próprias em cada território, ou seja, as técnicas e o nível de abrangência alcançadas dependem sempre da capacidade de trabalho dos grupos condutores, facilitadores e das características do trabalho a ser realizado. A função de ativação e matriciamento dos facilitadores é dispositivo forte da produção da participação.

Por fim, destaca-se que o CL se apresenta como uma proposta de radicalização da educação permanente, uma vez que os resultados dos processos serão tão evidentes e realizáveis quanto maior for a capacidade de aprendizado dos atores e instituições envolvidos. Não se pode desconsiderar que essa dinâmica inclui um conceito forte de democracia, na medida em que o movimento de planejamento e implementação de políticas também é um movimento de produzir inclusão e reduzir as formas de iniquidade percebidas a cada momento.

Para os estudos brasileiros sobre a participação social, a experiência italiana contribui para afirmar uma natureza mais ampla de participação, transversal e independente das instâncias de controle social

a que estamos habituados, assim como o caráter pedagógico da participação no desenvolvimento de projetos. Trata-se não apenas da organização de políticas e da ordem institucional, mas na porosidade do trabalho no cotidiano. São experiências mais próximas das práticas de Educação Permanente ou Educação Popular em Saúde, do que da participação institucionalizada, via conselhos e conferências. A estética do trabalho, nesse caso, parece mais compatível com a complexidade do cotidiano local das políticas públicas e afirmadora da característica humana do trabalho: a aprendizagem significativa e a implicação do trabalhador com a consequência do seu trabalho. Ir fazendo o caminho ao caminhar, nesse caso, diz também da capacidade inclusiva e criativa do fazer laboral. Há um elemento relevante nos dois contextos, que se refere à maturidade institucional e aos imaginários das pessoas e coletividades sobre a democracia como valor e como mediação das relações entre o Estado e a sociedade. Essa diferença nos remete à ideia força que funcionou como dispositivo para o movimento de reforma sanitária brasileira, sobretudo por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde: saúde é democracia porque democracia é saúde. Esse parece continuar sendo um desafio impostergável para a participação social em saúde e políticas públicas no Brasil.

Referências

- ASSR. (2015). *La programmazione partecipata per un welfare di comunità. Linee guida per Piani di Zona*. Bologna, IT: Quaderni della Regione Emilia Romagna.
- Avritzer, L. (2004). *A participação em São Paulo*. São Paulo: Editora UNESP.
- Baptista, G. C. (2017). *Participação Social em Saúde: Diálogos Ítalo-Brasileiros através do Método Community Lab*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Baptista, G. C., Ferla, A. A., Nicoli, M. A., Pellegrino, V., & Machado, F. V. (Orgs.). (2018). *Partecipazione Socio-Sanitaria e Welfare di Comunità: Esperienze Italiane*. Porto Alegre: Editora Rede Unida. Recuperado de <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-saude-coletiva-e-cooperacao-internacional/partecipazione-sociale-pdf>.
- Baptista, G., Alencar, H., Lucas, L., & Altamirano, M. (Org.). (2018). *Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: 25 anos de lutas e realizações no exercício do controle social no SUS*. Porto Alegre: Editora Rede Unida.
- Bobbio L. (2007). Tipi di deliberazione. *Rivista italiana di scienza politica*, 37(3), 359-383.
- Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. 2008. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*. 6(3), 443-456.
- Costa, A. M. & Vieira, N. (2012). *Democracia Participativa e Controle em Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES.
- Cortes, S. M. V. (2006). Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde* (pp. 311-342). Rio de Janeiro: CEPESC.
- Cortes, S. M. V. (Org.). (2009). *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Ferla, A. A. (2004). Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *Revista Physis* (Rio de Janeiro), 14(1), 85-108.
- Ferla, A. A., Schweickardt, J. C., Bueno, A. X., Baptista, G. C., Martins, F. M., & Trepte, R. F. (2019). Narrativas como dispositivo de educação permanente em saúde: uma experiência em Tefé. In M. A. Moreira, R. Figueiró, A. A. Ferla, & J. Schweickardt (Orgs.), *Educação permanente em saúde em Tefé/AM: qualificação do trabalho no balanço do banzeiro* (pp. 194-208). Porto Alegre: Rede Unida.
- Foucault, M. (1989). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Gadelha, P. (2015). Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), 31(10), 2047-2072.
- Luz, M. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 304-311.

- Luz, M. (2013). *As instituições médicas do Brasil*. Porto Alegre: Rede Unida.
- Maccacaro, G. A. (1979). *Medicina e Potere: per una medicina da rinovare. Scritti 1966-1976*. Milano, IT: Feltrinelli Editore.
- Machado, F. V. (2013). *Do Estatal à Política: uma análise psicopolítica das relações entre o Estado e os movimentos de juventudes e LGBT no Brasil (2003-2010)*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.
- Martino, F. (2016). *La valutazione di modelli e sperimentazioni di progettazione partecipata sociale e socio-sanitaria*. [Dissertation thesis], Alma Mater Studiorum Università di Bologna. Dottorato di ricerca in Sociologia, 28 Ciclo. DOI 10.6092/unibo/amsdottorato/7304.
- Meneses, C., Cecilio, L., Andrezza, R., Carapinheiro, G., Andrade, M., Santiago, S. et al. (2017). O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 2013-2024.
- Merhy, E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- 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.
- Nicoli, M. A., Martino, A., Marta, B. L., Baptista, G. C., Guimaraes, C. F., Sintoni, F., & Ferla, A. A. (2016). Não é só um problema de “satisfação dos usuários”: considerações sobre a participação dos usuários na avaliação da atenção básica. *Saúde em Redes*, 2(1), 23-42.
- Pedrosa, J. (2014). *II Caderno de educação popular em saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa- Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Pennel C. L., Burdine J., Prochaska J., & Mcleroy K. (2017). Common and Critical Components Among Community Health Assessment and Community Health Improvement Planning Models. *J Public Health Manag Pract*. 23(Suppl 4), 14-21.
- Rocha, M. L. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(4), 64-73.
- Sabel, C. F. (2012). Experimentalist governance. In D. Levi-Faur (Ed.), *The Oxford handbook of governance* (pp. 169-183). Oxford: Oxford University Press.
- Schweickardt J., Ferla A., Lima R., & Amorim J. (2020). O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. *Rev Panam. Salud Publica*, 44(24), 1-8.
- Secchi, L. (2013). *Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning.

Recebido em: 17/07/2020

Aprovado em: 31/07/2020