

Experimentações de participação no campo sócio-sanitário:

o laboratório de Comunidade em Emilia-Romagna (Itália)**

Experiments of participation in the social/health field.
The community laboratory in Emilia-Romagna (Italy)

Fausta Martino*
Giulia Iotti*
Leonardo Altieri*

RESUMO: Este artigo ilustra o caminho instituído pela Região Emilia-Romagna com vista à elaboração, implementação e avaliação de diretrizes para o planejamento social participativo. Este percurso, chamado "Laboratório Comunitário", objetiva aplicar e testar essas orientações mediante o acompanhamento, desenvolvimento e análise de experimentações sobre casos concretos de conflito e/ou sofrimento social em que a resposta ao problema foi produzida de modo participado, envolvendo os serviços públicos e a sociedade civil. O laboratório comunitário é também um método de formação para profissionais, que envolve a produção de conhecimento. Alguns dos critérios das orientações para a programação local participativa são: ir além do público-alvo tradicional (idosos, deficientes etc.) para enfrentar questões novas e transversais; interceptar novos grupos vulneráveis; criar experiências mais próximas das necessidades dos cidadãos; renomear as mesas de programação; envolver pessoas excluídas; utilizar métodos relacionais. Analisa-se, depois, o distrito de Reggio Emilia, que tem mudado a governança dos serviços sociais e ativado novas mesas de planejamento participativo. Este artigo propõe ainda breve avaliação inicial destas experiências, especialmente à luz das reflexões sobre o tema da participação, produzidas por alguns dos principais sociólogos italianos.

Palavras-chave:
Planejamento social participativo;
Participação cívica;
Experiências participativas em saúde, Itália.

T

ransformação do Estado de Bem-Estar e complexidade das necessidades

O Estado de Bem-Estar europeu tem dificuldade em responder às evidentes mudanças sociais: a expulsão de cidadãos da esfera política, hiper-

(**) Este artigo é uma elaboração coletiva, no entanto, F. Martino escreveu os itens 1, 2, 3; G. Iotti os itens 4.1, 4.2, 4.3; e L. Altieri os itens 5.1 e 5.2.

tecnicização das relações de ajuda, fragmentação e burocratização das instituições e aumento da insegurança difusa no emprego.

É também importante reconhecer, tal como Kazepov (2009), que a dimensão local sempre foi subestimada pelos estudos em políticas sociais e que as transformações socioeconômicas, a reestruturação industrial, o desemprego estrutural e a regulamentação legislativa abalaram a base da operação das instituições de bem-estar nacionais, alterando a maneira como foi alimentado o desenvolvimento de políticas sociais. Segundo o autor, os processos legislativos e as rápidas mudanças demográficas e institucionais levaram a uma transformação espacial do Estado de Bem-Estar, permitindo uma diversificação de natureza regional das políticas sociais e de saúde. As transformações territoriais do Estado também se tornaram necessárias por causa do velho modelo centralizado, que já não permitia dar uma resposta adequada às necessidades de uma determinada população.

Na perspectiva de Bauman (2012), tudo é mais fluido: as identidades, os relacionamentos, os contextos, os grupos-alvo, com suas vantagens e desvantagens. Considerando mais especificamente o documento do CERGAS sobre “Cenários futuros (2020)”¹, podem ser realçadas as alterações há pouco mencionadas e a dificuldade, por parte dos serviços sociais tradicionais, em tratar os novos “temas” do Estado de Bem-Estar.

O desemprego, o fenômeno dos chamados NEET (*Not Engaged in Education, Employment or Training*), a conciliação entre a vida familiar e o trabalho, a mobilidade familiar etc. são todas questões centrais das políticas de bem-estar, mas que encontram dificuldade em entrar na programação do dia a dia. De fato, as necessidades “tradicionais” estão a aumentar e novas necessidades surgem simultaneamente, os recursos econômicos diminuem e o setor social deve necessariamente se colocar em causa para oferecer uma oportunidade de mudança.

Até hoje, os serviços sociais oferecem intervenções e atuações de tipo reparatório, com a fragmentação da demanda e, portanto, a individualização da oferta. Um exemplo nesse sentido é o caso das assistentes familiares (as chamadas “cuidadoras”), em que uma solução individual contribui para tornar mais isolados os idosos, as famílias e essas trabalhadoras, aumentando a fragilidade dos laços sociais e a percepção das necessidades. Além disso, o serviço social, comparado com o de saúde, mas também com o da educação, não desenvolve uma lógica universalista nem jamais adotou um princípio de redistribuição.

1 CERGAS (Center for Research on Health and Social Care Management) (2014), Università Bocconi, Milano.

O Laboratório comunitário e o experimentalismo democrático

O método chamado de “Laboratório de Comunidade” (*Community Lab*), desenvolvido pela Região Emilia-Romagna², consiste precisamente na análise participativa dos contextos locais e de casos específicos de conflito e\ou sofrimento social, em que a resposta ao problema é produzida de maneira participativa (envolvendo os cidadãos e não apenas técnicos e políticos). Em particular, o método é aplicado e aperfeiçoado a fim de inovar a programação local para o bem-estar social e de saúde da comunidade.

O laboratório comunitário também pode ser entendido como um método de treinamento que prevê a produção de conhecimento mediante ações realizadas com a comunidade (“como realmente estamos agora? O que podemos fazer?”), com suporte na análise de modos experimentais de trabalho social e da atenção dada às dimensões cotidianas do trabalho social (“quais são os lugares, os processos, as modalidades de relacionamento que produzem conforto nos operadores e que ampliam a participação dos usuários?”).

No caso específico, o Laboratório Comunitário consistiu num sistema de ativação, apoio e acompanhamento de experimentações para a inovação de bem-estar, de maneira participada e com o fim a garantir níveis adequados de serviços, apesar das condições conturbadas pelas quais a nossa sociedade está passando.

O laboratório comunitário acompanha:

- a) o desenvolvimento (às vezes a consolidação) de alguns serviços inovadores;
- b) o repensar (por vezes radical) dos sistemas de governança dos projetos locais;
- c) a experimentação de novas modalidades de colaboração entre instituições e sociedade civil e
- d) a transformação das instituições na sua relação com a sociedade civil.

A abordagem utilizada tem entre as principais referências teóricas os estudos sobre “experimentalismo democrático” de Sabel (2013), estudioso da governança local e da democracia deliberativa. De acordo com o autor, de fato, onde o poder é descentralizado, permitindo aos cidadãos e outros atores usar o “conhecimento local”, é possível adaptar soluções a situações difíceis.

2 Ver: http://assrregione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/partecipazione-delle-comunita/

Esta abordagem também permite aumentar a eficiência da administração pública (AP), promovendo a aprendizagem mútua entre os seus membros e aumentando a responsabilidade dos cidadãos e da AP mediante a participação da comunidade local nas decisões que lhes dizem respeito (DORF;SABEL, 1998).

O método envolve a ativação de recursos na comunidade, incluindo pessoas e grupos geralmente distantes de uma relação direta com as instituições. O tipo de envolvimento não acontece apenas na fase de planejamento de políticas, mas também no período de experimentação das ideias surgidas. O processo participativo desafia a capacidade de realmente estabelecer um pensamento inovador sobre a comunidade que se concentra nas mais recentes mudanças sociais.

Os grupos sociais, no entanto, não reagem todos na mesma maneira, quando envolvidos pelas administrações. Vários tipos de parceiros foram identificados, desde aqueles que mais facilmente se deixam envolver nestes processos, e que são muito competentes, até os que são particularmente distantes e críticos da AP.

Precisamente por esta razão é que não é possível usar os mesmos procedimentos e iguais instrumentos participativos para todos. Igualmente, as demandas do indivíduo devem passar do “eu” para o “nós”, especificamente incentivando o encontro e o intercâmbio de grupos sociais estranhos um ao outro, favorecendo contextos em que se torne possível a elaboração coletiva de desconfortos individuais, muitas vezes ainda não conscientemente formulada sob a configuração de pedido ou problema.

Outro elemento útil para ativar o debate político que vá além dos alvos tradicionais (por exemplo, além das pessoas idosas ou com deficiências) é a luta contra novas e transversais dimensões dos problemas sociais, que cobrem vastas faixas etárias e grupos sociais, para desenvolver políticas transversais a diversos grupos-alvo.

Esta reflexão abre ligação com a organização dos serviços. Os serviços sociais e de saúde, de fato, são cada vez mais especializados e não reconhecem a unidade do usuário/paciente do seu contexto da vida muitas vezes multiproblemático. O planejamento participativo se torna um estímulo para aprender a trabalhar em equipe, sendo as necessidades complexas e transversais.

Para iniciar esse processo, também organizacional, é preciso mudar o jeito de prestar as intervenções. Os profissionais, médicos, assistentes sociais,

educadores, enfermeiros etc., devem pertencer a serviços que sejam capazes de ir ao encontro dos cidadãos sem esperar por eles nas suas salas, especialmente aqueles que se afastaram das instituições, como “os novos vulneráveis”, os desacostumados a pedir ajuda ou os “habitantes não-cidadãos” - aqueles que vivem relações sociais intensas sem interagir com as instituições igualitárias - como é o caso dos migrantes, mas também dos jovens.

O planejamento local participativo

Como mencionado, o laboratório comunitário foi usado para alterar uma situação de “fadiga” ao nível da participação na programação local. Portanto, três edições foram realizadas: a primeira foi usada para estabelecer as diretrizes (2012) em que foram compartilhados os aspetos inovadores a introduzir na programação; na segunda edição (2013-2014), foram experimentadas essas diretrizes e na terceira edição (2015-2016), essas foram modificadas para um novo ciclo de ativação. Em cada edição, foram diretamente envolvidos os territórios que desejaram aplicar as diretrizes, que coincidem com os que, na contextura institucional, têm a responsabilidade de ativar os percursos de planejamento locais. Cada território é, então, considerado o “caso local” que implementa inovações.

A inovação do planejamento participativo local é imputável aos seguintes itens:

- a) mudar o nome das mesa (isso é colocar em primeiro plano novos problemas, transversais aos velhos alvos);
- b) repovoar as mesas tradicionais com novos sujeitos, geralmente mais distantes das instituições, não só para definir novas políticas, mas também para iniciar ações experimentais, mostrando que há espaço para fazer um trabalho coletivo (trazer aqueles que estão afastados das instituições, reativando as suas capacidades);
- c) experimentar novas formas de relacionamento através da utilização de diversas metodologias participativas (tratar diferentemente o encontro que ocorre em espaços institucionais);
- d) co-decidir sobre a alocação de recursos entre partes mais ou menos limitadas e considerando os novos problemas (ou seja, socializar os aspetos técnicos) e
- e) utilizar a web para a discussão (disponibilizando os dados) com fim a ampliar a comunidade.

Relativamente ao primeiro ponto, decidiu-se ativar processos de reflexão para constituir um ambiente adequado à identificação do objeto de trabalho.

Para iniciar este processo, a Região Emilia-Romagna realiza vários dias de treinamento destinados aos profissionais sociais e de saúde. Estes encontros pretendem estabelecer um contexto comum e criar um caminho inovador, não negando alguns receios quanto ao confronto com os líderes políticos do seu território.

O treinamento foi útil para promover a mudança, em primeiro lugar, nos profissionais (cada vez mais comprimidos entre as demandas dos cidadãos, com as quais às vezes se identificam, e a sua administração) e, em seguida, nos grupos sociais envolvidos. Isso serviu para reorientar o imaginário das pessoas, isto é, lidar com os problemas diários em torno dos quais é possível abrir espaços para reflexão.

O território em si se faz objeto de debate. As cada vez maiores áreas (unidades de saúde para vastos territórios, associações de municípios etc.) devem fornecer lugares de programação macro e/ou micro. O tema de trabalho pode estar num território do distrito, num bairro ou num lugar muito específico (condomínio, escola, estrada etc.). Isto significa alterar o foco da mesa (o lugar onde atuam os técnicos, fechados num gabinete público) para uma modalidade que pode situar o grupo de trabalho em lugares diferentes (voltando-se para a sociedade) e, especialmente, com estratégias de troca relacional (não permanecer sentado a uma mesa, mas levantar-se, circular, mover os braços, escrever, criar uma animação teatral e tudo o que possa ser útil e criativo, a fim de alcançar a sinergia necessária à produção de um novo processo).

A maneira de conduzir as diversas reuniões ou etapas de um processo participativo deve ser concebida de acordo com o tema e consoante o hábito das pessoas envolvidas em relacionarem-se com as instituições e participar.

Dependendo dos tempos e das pessoas, foram destacadas várias soluções metodológicas ou procedimentos diferentes para a elaboração coletiva:

- soluções metodológicas “quentes”, concebidas como um processo participativo emocionalmente envolvente, adequado para quem deve elaborar uma estratégia com base num problema e/ou uma condição impensada; os meios gerenciais de processos participativos poderiam ser: sociodramas, Teatro Social do Oprimido, *Theatre Playback*, laboratórios narrativos;
- soluções metodológicas “frias”, entendidas como processos de mediação criativa entre conhecimentos (reunião entre *stakeholders*, entre vários conhecimentos técnicos); neste caso, os principais instrumentos de gestão poderiam ser: assembleias de cidadãos,

espaços tecnológicos abertos (*open space technology*), grupos focais, world café; e

- Soluções metodológicas “mornas”, que são os métodos que dividem o mesmo encontro em distintos estágios, de forma a contemplar passagens inspiradoras e emocionais e passagens de síntese racional como o Laboratório do Futuro (*Future Lab*).

O trabalho dos facilitadores (condutores dos processos) não se limita à ativação dos grupos, mas prevê também a manutenção dos processos por via do acompanhamento, cruzando métodos quantitativos (como levantamentos epidemiológicos) com métodos qualitativos (entrevistas não estruturadas e elaboração de mapas cognitivos).

As diretrizes insistem na ideia de planejamento participativo como um “cuidar da participação”. Isto pressupõe a existência de uma função de facilitação como um dispositivo organizacional-chave para um intercâmbio criativo entre instituições e cidadãos, bem como uma função forte e necessária da direção do processo.

Um caso experimental dentro do Laboratório Comunitário

Objetivos e estrutura da experimentação

A cidade de Reggio Emilia e outros seis pequenos municípios participaram tanto da primeira como da segunda edição do “Laboratório comunitário.” Durante a primeira edição (realizada em 2012), o objeto da experimentação foi a elaboração de um sistema participativo de cuidados domésticos generalizados no apoio a pessoas idosas, o que se reflete em atividades sociais, socialização informal, informação e atividades de sensibilização nas moradas dos idosos por parte de profissionais e voluntários. Durante a segunda edição (que teve lugar nos anos de 2013 e 2014), o Município participou com dois objetivos: 1) propor uma revisão da conceção do projeto e da governança dos serviços sociais, no sentido de ir além do público-alvo tradicional³; e 2) superar a lógica de mesas de trabalho formadas em torno de metas baseadas em “problemas”, transformando-as em “ideias” propositivas e delimitadas a temas específicos, em torno das quais se deveriam produzir outros recursos, juntamente com os cidadãos. Para citar um exemplo, era importante alterar a mesa denominada “Idosos” para outra “Serviços e Território”, com o objetivo de envolver a comunidade de um determinado

3 Com “alvo” nos referimos às quatro áreas indicadas pelo planejamento regional: os idosos, deficientes, crianças, adultos. De fato, estas áreas repropõem necessidades padronizadas e, portanto, não são sempre capazes de compreender as nuances das novas formas de pobreza e de trabalhar em perspectiva geradora de recursos.

bairro da cidade na formação de uma rede de interceptação da fragilidade das pessoas idosas não atingidas pelos serviços.

Ao todo foram ativadas sete novas mesas de planejamento⁴: “Serviços e território”, “Altas hospitalares difíceis”, “Menores e território”, Sistema de acolhimento”, “Trabalho e desvantagem social”, “Jovens e inclusão social” e “Depois de nós”. Para facilitar a sua conexão com o sistema tradicional dos serviços, cada mesa foi relacionada com uma mesa tradicional (idosos, menores, deficientes, adultos) para clarificar a sua posição em relação ao sistema pre-existente de serviços e facilitar a possível integração mútua.

No que diz respeito aos mecanismos de governação, foi decidido levar a cabo uma inovação que pudesse reforçar a participação da sociedade civil organizada (o terceiro setor), mesmo nos altos níveis dos processos decisórios. Neste sentido, foram criados, a título provisório, dois dispositivos ainda atuantes⁵:

- grupo de monitoramento e direção, que incluía técnicos das unidades de saúde e dos municípios, administradores locais e gestores do terceiro setor, que tinham a tarefa de formular uma visão comum em torno do que estava sendo elaborado; e
- os sete grupos de projetos - Serviços e território, Altas hospitalares difíceis, Menores e território, Sistema de acolhimento, Trabalho e desvantagem social, Jovens e inclusão social, Depois de nós.

Em cada grupo/mesa atuava um facilitador de uma instituição pública (Município, Unidade Local de Saúde ou Hospital), ou do terceiro setor, e que desenvolvia a complexa tarefa de coordenar o processo. Aos dois novos dispositivos (Grupo de Acompanhamento e Sete grupos - projetos) foi adicionada uma reunião regular de coordenadores dos sete grupos, não só para permitir comparar os contextos dos projetos, mas também como um momento de instrução relativamente ao grupo de monitoramento e orientação. Este entrelaçamento organizacional propunha-se conectar as experiências atuais, ampliando o seu raio de ação, apoiar experiências novas e projetar outras iniciativas juntamente com outros atores.

Paralelamente a estes novos dispositivos provisórios, os tradicionais, como o Comité de Distrito e o Gabinete de Planeamento, não perderam poder de decisão e relevância jurídica e institucional, embora integrados nos novos dispositivos. Os membros do Gabinete de planeamento integravam o Grupo

4 Indicações para implementação do Plano Social de Área para a Saúde e Bem-Estar Social 2013-2014.

5 *Ibidem*, pp. 8-10

de Acompanhamento e, caso o projeto tivesse resultados positivos, os novos dispositivos poderiam também ser integrados, substituindo os anteriores.

Nos sete grupos de projeto⁶ participaram cerca de 150 pessoas, incluindo gestores e profissionais das instituições públicas (municípios, unidades locais de saúde, empresas prestadoras de serviços às pessoas), cooperativas sociais, associações de voluntários, alguns dos quais nunca tinham trabalhado entre eles.

Os grupos (compostos por cerca de 20-25 participantes) trabalham com uma tarefa específica: produzir um planejamento detalhado em torno de seus objetos de trabalho, mediante um percurso feito em sete – oito reuniões. Os estágios desse percurso, com inevitáveis diferenças, dependendo das peculiaridades, foram os seguintes⁷: 1) breve levantamento das experiências, em curso, em torno do objeto específico; 2) constituição de uma visão comum; 3) definição de prioridades de intervenção; e 4) conceção de intervenções por meio de subgrupos de trabalho.

As declinações da experimentação

Apresentamos um breve resumo de três dos sete grupos ativados, escolhendo os mais próximos das temáticas da área sócio - sanitária.

Mesa “Depois de nós”

O objetivo do grupo foi estabelecer uma Fundação da Participação, de nível provincial, sobre o tema da deficiência, e que pudesse servir como estratégia ativadora e recrutadora de recursos no território e facilitadora de projetos inovadores, a fim de promover intervenções para a inclusão, promoção e defesa de direitos; ou seja, uma instituição que acompanhasse as famílias na elaboração de projetos de autonomia em relação a pessoas com deficiência. Este processo iniciou-se no âmbito dos Planos de Área, que já previam a participação das organizações do terceiro setor e que tinham concordado com as entidades públicas em relação às principais características da nova fundação.

Com o início da mesa “Depois de nós”, a participação no projeto foi alargada a mais organizações locais: autoridades (autarquias, associações de municípios), instituições públicas (unidades de saúde, empresa municipal de farmácias, empresa pública de serviços à pessoa), cooperativas sociais, associações de voluntários.

Durante os trabalhos de mesa, coordenados pelo Município de Reggio Emilia, juntamente com o Centro de Serviços para o Voluntariado “Dar Voz”, foram analisadas as principais necessidades das famílias com deficiência

6 Ibidem, pp. 7

7 Ibidem, pp. 8

que não encontravam respostas, no âmbito dos serviços em curso, para as necessidades futuras (por exemplo, envelhecimento das pessoas com deficiência, habitação semiautônoma, cuidados em caso de superveniente não autos - suficiência etc.). O processo levou à criação da Fundação, graças à obtenção de recursos públicos e privados e à participação de dez organizações e cerca de 80 cidadãos. Foi, portanto, um processo surgido dentro do serviço público (os Planos de Área) que envolveu membros do terceiro setor organizado que, num processo de expansão contínua, envolve cidadãos de maneira individual ainda não ligados a nenhuma organização.

Mesa Alta hospitalar difícil

A mesa trabalhou sobre o fenômeno, em crescimento, dos pacientes que receberam alta do hospital ou outras estruturas de cuidados sócio-assistenciais (comunidade para viciados em drogas) com alta problemática nos planos social, relacional e de saúde⁸. Os participantes provinham do hospital, da unidade local de saúde, das instituições locais (Municípios e União de Municípios) e do terceiro setor.

A necessidade de partida foi o aumento do elevado número de situações complexas que se agravam em correspondência com algumas circunstâncias específicas relacionadas a eventos inesperados e incontroláveis. São pessoas com doenças crônicas, muitas vezes associadas a problemas cognitivos, e com graves problemas sociais e falta de adesão a tratamentos. Os fracos equilíbrios que essas pessoas estabelecem nas suas vidas podem ser severamente comprometidos em resultado de uma doença ou do seu agravamento, dada a perda de valores de referência importantes, como terem perdido as suas casas, a persistência de conflitos nas relações familiares, mesmo quando se refere a uma simples alta de uma unidade de saúde. O resultado do trabalho foi formular os critérios de orientação aplicáveis, tanto nos serviços públicos como nos serviços geridos por associações não governamentais (privado social), para ir ao encontro de uma rede de serviços e organizações complementares, capaz de ativar cidadãos voluntários no apoio a este tipo particular de usuários. Na prática, decidiu-se alterar os critérios de identificação de cada responsável por caso (ou seja, cada doente tem um profissional que fica responsável por ele), não considerando apenas os papéis e funções definidas, mas de acordo com critérios de proximidade, do seu conhecimento da área e das necessidades da pessoa, a fim de atribuir a cada responsável uma nova tarefa de gerenciamento das relações, das informações, e comunicação entre a pessoa e a rede de serviços que poderiam ser ativados. Tudo isto foi realizado, atribuindo ao responsável do caso as competências necessárias para essa tarefa, acompanhando e desenvolvendo relações e tendo presente o panorama de iniciativas oferecidas. Uma proporção significativa

⁸ Em particular, aqui são analisadas questões complexas e pessoas em contextos de marginalidade social.

das atividades desenvolvidas era, portanto, composta de pesquisa e formação de gestores sobre as oportunidades oferecidas pelos contextos locais.

Assim, a composição mista da mesa (instituições públicas, cooperativas sociais e voluntariado) tornou possível desenvolver as relações entre doentes complexos, serviços e rede de apoio da sociedade civil, institucionalizando uma prática de trabalho em conjunto.

Mesa Serviços e território

A mesa foi criada para discutir o tema dos cuidados a prestar a idosos e do atendimento domiciliar com síntese nos recursos e iniciativas numa cidade animada e repleta de estímulos, como Reggio Emilia. A mesa tinha uma composição mista: instituições públicas, gestores de serviços de saúde e sociais (Município de Reggio Emilia, união de municípios de colina, unidade de saúde), associações de voluntários, assim como organizações públicas e cooperativas sociais que atuam na área de serviço às pessoas. Assim, foi desenhado um projeto a ser implementado num bairro da cidade de Reggio Emilia (Mirabello), que previa o envolvimento da comunidade como rede de interceção de fragilidades e de estabelecimento de relacionamentos, de modo a que pudesse ir ao encontro das oportunidades atualmente existentes em apoiar o cuidado domiciliar.

O pressuposto básico assentava na observação de que nas cidades a ocorrência do empobrecimento de redes primárias, familiares e de amizade é cada vez mais comum, com resultados em modos de isolamento pesados, especialmente entre a população idosa. Em particular, no que diz respeito a este objetivo, na cidade de Reggio Emilia não faltavam serviços, intervenções e iniciativas específicas, mas não eram conhecidas e eram subutilizadas, apesar de não implicarem custos para os usuários.

Embora existam locais apropriados para obter informações (pontos de escuta e de informação), estas não chegavam a todos, especialmente às pessoas mais frágeis e solitárias. Por esta razão, o grupo desenvolveu uma espécie de tutor de território, um “visitante”, que, por via das relações que estabelece, pode ajudar a divulgar informação sobre os recursos. Esta figura se propunha como ativador de potenciais recursos e fazedor de laços com o território.

O grupo participante da mesa selecionou e treinou uma rede de voluntário/trabalhadores (incluindo adultos atualmente desempregados) que: 1) mapeiam os pontos estratégicos de identificação de idosos frágeis; 2) interceptam proactivamente idosos e famílias frágeis; 3) realizam visitas domiciliares;

4) fomentam relacionamentos e estabelecem alianças na comunidade com o objetivo de promover o apoio mútuo e enfrentar o isolamento social.

Resultados da experimentação

Os resultados gerais do processo foram avaliados por intermédio de um complexo modelo de avaliação desenhado pela Agência Social e de Saúde da Região Emilia-Romagna, que procura identificar elementos que poderiam confirmar ou alterar as linhas norteadoras produzidas em 2013. A seguir, analisaremos alguns temas relacionados com a participação.

Renomear os problemas/necessidades.

Os temas e as mesas de planejamento que já estavam ativos no trabalho social desenvolvido no distrito de Reggio Emilia foram renomeados, haja vista a natureza transversal das necessidades. Esta mudança de nome foi percebida como proposta forte dos dirigentes políticos que se, por um lado, mostraram uma visão clara, embora considerada pouco negociável, por outro, conferiram intenso mandato político: uma mudança de visão, formas de trabalho e abertura a outros grupos sociais. Esta abordagem estimula leituras transversais de fenômenos.

Processos participativos e métodos utilizados: modos de envolvimento dos cidadãos e metodologias.

Durante o trabalho das mesas, foram envolvidas organizações muito estruturadas (grandes associações de voluntariado, cooperativas sociais que geriam serviços, associações de defesa dos usuários), incluindo novas realidades que nunca tinham sido envolvidas em projetos de bem-estar. Neste processo, no entanto, não participou o voluntariado menos estruturado e novos cidadãos que ainda não estavam ativos.

O nível de liderança é muito elevado: aos participantes das mesas que não pertenciam a instituições públicas foram dadas ampla autonomia e, em alguns casos, a mesma direção dos subgrupos criados desde as mesas, monitorada por uma da instituição pública. Portanto, pode-se falar de função de coordenação atribuída ao terceiro setor. Na contextura numérica, a participação dos cidadãos foi maior do que o esperado, tanto que algumas mesas tiveram de criar subgrupos específicos de trabalho.

O envolvimento de organizações do terceiro setor e de cidadãos ocorreu de duas maneiras sucessivas: em primeiro lugar, por intermédio de convites

específicos que o mesmo organismo público faz a pessoas que já tinham conhecimento sobre a temática específica da mesa; posteriormente, esses participantes convidaram outras pessoas com possibilidade de contribuir para o planejamento. Estes convites de segundo nível foram as principais formas para expandir a participação a pessoas desconhecidas às instituições públicas, o que facilitou a composição das mesas não ser fixada em definitivo, mas que tivesse momentos de evolução.

Quanto aos métodos participativos, foram utilizados os métodos “frios” (mapeamento, grupos focais, discussões verbais), sem envolvimento emocional particular. Os mesmos componentes da coordenação, durante a entrevista de avaliação, enfatizam que não há tanta atenção sobre a introdução de novas metodologias, também em decorrência do medo de ensejar processos que ninguém possa gerenciar.

A função de facilitação.

Os facilitadores foram identificados entre as figuras do terceiro setor e instituições públicas (Município de Reggio Emilia e unidade de saúde). Foi-lhes atribuído um certo tempo, a ser respeitado, o que contribuiu para a eficiência e eficácia dos resultados. Foram de fato, reduzidos o risco da dispersão e a dilatação temporal das fases de planejamento, que muitas vezes levam a uma frustração das expectativas dos participantes que nunca chegam a uma conclusão.

“O fato de ter um prazo para a entrega dos projetos desde o início levou a demarcar o tempo e incentivou a participação. Por existir um mandato claro, o objeto do trabalho e o calendário, ajuda à participação: pode-se imaginar desde o início um fim. Este pode ser um elemento secundário para estimular a participação.”⁹

Os facilitadores tiveram a liberdade de organização: algumas mesas foram divididas em dois subgrupos de trabalho em paralelo que, de seguida, se reuniam no final do caminho.

Algumas avaliações da participação experimentada

Participação em um sistema de solidariedade

Os experimentos situados sob o “Laboratório de Comunidade”, aqui apresentados, são certamente casos que exigem uma reflexão cuidadosa, por várias razões.

9 Citação de uma entrevista de avaliação aos facilitadores das tabelas do projeto.

Em primeiro lugar, se encaixam em um quadro que Pizzorno (1966; 1993) chama de “sistema de solidariedade”, onde a ação dos atores individuais tende a identificar seus objetivos com os de outros, ou seja, onde certos modos de atuação de cada participante são cobrados a todos aqueles que agem como consorciados solidários. Este aspeto pode parecer óbvio; mas este não é assim em um quadro geral em que são muito fortes as tendências para transferir também no campo dos serviços de saúde a prevalência do “sistema de interesse”, onde, novamente para citar Pizzorno, a participação surge em perspectiva do interesse (econômica ou do poder de decisão) do ator individual e não em vista da solidariedade coletiva (PIZZORNO, 1966; 1993). Na verdade, mesmo de acordo com Ardigo, dois dos principais problemas que minam o Estado de Bem-Estar e dificultam a participação coletiva consistem na individualização das necessidades e expectativas e a mercantilização de tudo. “O Estado de Bem-Estar - de acordo com Ardigo - é desigualmente distribuído, porque os interesses que empurram as pessoas para a inclusão são desigualmente distribuídos (tudo se torna mercado)”¹⁰.

Ardigo captura uma série de questões-chave, mas tenta constantemente indicar linhas de desenvolvimento construtivas. O caminho a seguir para ele é claro: “Penso, portanto, que o restabelecimento do Estado de bem-estar deve ser procurado em descontinuidades significativas, através de encontros sobre temas que envolvem a inovação tripolar: Estado, mercado e privado social”¹¹.

As experiências aqui expressas, estão de acordo com as indicações de Ardigo, em particular porque têm como atores principais, por um lado, algumas instituições públicas (a região por via das unidades de saúde e as administrações municipais) e, por outro lado, as forças mais ativas dos chamados privado-social: as cooperativas sociais e especialmente as associações de voluntariado e de advocacia.

Ter focado no terceiro sector nestas experimentações parece ser um fator de força diante das carências de mobilizações de abaixo. É sempre Ardigo, a assinalar que “a luta política está sujeita a altos e baixos da participação popular. Nesta área existe uma espécie de lei do pêndulo, com oscilações entre períodos de participação política máxima da população, e períodos de desilusão, desespero, desconfiança, levando a refluxo no privado”¹². As associações de defesa de direitos e de voluntariado, ao contrário dos movimentos sociais, parecem mais sólidas e mais competentes, mais confiáveis como um ator participativo (de uma participação que, no entanto, é mais estreita, mais delimitada, em termos das dimensões e de envolvimento).

10 Citações de escritos inéditos de Achille Ardigo, publicados em Altieri (2015).

11 *Ibidem*.

12 *Ibidem*.

As reflexões de Ardigo são particularmente interessantes porque eles veem a ambivalência inerente às tentativas de organizar a participação: “todas

as políticas de reforma de saúde que poderiam ser abertas para um melhor conhecimento experimental, *a partir de baixo*, das necessidades e das demandas de cuidados dos usuários permanecem à *mercê da autoridade central das unidades de saúde. Também a causa do prevalecer da crescente centralização das funções gerenciais*”¹³.

Além da centralização do poder decisório, outro problema histórico no domínio dos serviços sociais e de saúde é ter que lidar com um mundo de cidadãos/usuários extensivamente estratificado no seu interior. É preciso, portanto, *trabalhar para um reequilíbrio do poder* entre estes atores: “a reflexão social e a experiência de décadas nos levam a crer que, mesmo na área da saúde, seria prudente um equilíbrio entre os atores mais fortes, quer o Estado e quer o mercado, deixando ao mesmo tempo *crescer os controles da sociedade civil, a partir de baixo, com mais democracia* e mais liberdade de escolha e de opinião”¹⁴.

Ardigo, então, tenta encontrar novos caminhos para aumentar o *empowerment* das pessoas vulneráveis: “para atenuar estes cenários não muito otimistas deve ser dito que, entretanto, crescem também as inclinações positivas, a partir de baixo, para novas formas de equalização entre os sujeitos fortes e fracos, envolvidos nos fluxos comunicativos para a saúde (...). Refiro-me principalmente ao fenômeno positivo da procura de *empowerment* de conhecimentos e de influência comunicativa (...), o crescimento de um desejo de *empowerment* dos pacientes, que torna urgente a investigação e experimentação de um novo modelo de relações comunicativas para a saúde, a escala de regiões individuais”. “Para muitos, a partir da nossa região [e Ardigo refere-se precisamente à região de Emilia-Romagna em que são desenvolvidas as experimentações aqui apresentadas], que não concordam nas brutas simplificações de tipo privatização-capitalista, é preciso buscar uma terceira via que não seja nem mera continuidade do estatismo tradicional, com a ilusão de cobrir somente com recursos públicos todas as despesas de saúde, nem a carga crescente de imitação/emulação (...) que parece empurrar uma parte crescente das despesas de saúde pública para a privatização das maiores gestões de cuidado da doença”¹⁵. Estas indicações parecem bem a justificação teórica das experiências apresentadas aqui e, em particular, a criação da “Fundação de Participação”, que é discutida na seção anterior.

O segundo aspeto muito importante é que as experiências apresentadas estão se movendo em contraste com um forte risco, cada vez mais desenfreado, tanto na mídia e em certas áreas da esfera política, como nas redes sociais (o que deveria fazer pensar os cantores acrílicos do papel somente positivo do web). Como nos lembra o sociólogo português Nunes (2011), atualmente

13 *Ibidem*. Nossas ênfases.

14 *Ibidem*.

15 *Ibidem*.

parece prevalecer o conceito de saúde como um imperativo e não o de saúde como um direito: no segundo caso, edifica-se um processo que leva à formação de áreas de igualdade e solidariedade entre cidadãos (e suas associações); no primeiro caso, a saúde é transformada em um valor de mercado, ligada a bens produzidos e não à transformação das condições sociais e das políticas públicas. “Participar”, então, significa participar *como clientes nos mais altos níveis do mercado*. Aqui, entretanto, como expresso há pouco, parece muito claro para os protagonistas das experimentações que no centro não estão os direitos dos cidadãos e, em particular os dos grupos mais vulneráveis.

A participação como elaboração negociada

O segundo tipo de consideração diz respeito ao fato de essas experimentações serem tentativas interessantes para superar dicotomias, contradições, obsolescência e grandes limites de outras experiências de participação. De fato, a Itália já passou por, pelo menos, dois modelos de participação no campo dos serviços sociais (ALTIERI, 2009). Nos anos de 1970, na esteira dos movimentos sociais e de seu influxo nas instituições, prevaleceu um padrão definível como: os cidadãos, por via dos seus representantes, foram chamados para co-gerir as decisões sobre questões (embora delimitadas e parciais) de seu interesse (nos órgãos da gestão da escola, nos conselhos de bairro, nos serviços municipais para crianças, na primeira fase dos serviços de planejamento familiar etc.). Em seguida, nos anos de 1990, foi instituído o segundo modelo, em que a participação era apenas de natureza consultiva: a lei 502, de 1992 (artigo 14), da reforma do serviço de saúde, expressa normativamente essa definição. Assim, a experiência, sem dúvida muito interessante, dos comitês consultivos mistos, nas instalações de saúde da Região Emilia-Romagna ainda hoje se debate com a contradição de ter um papel apenas consultivo, apesar das expectativas dos participantes no sentido de um papel que Gallino (1993) chama de participação forte. A segunda contradição que interessa às experiências de participação é entre *o ativismo dos cidadãos (citizens' activism)*, por um lado, e *o ativismo dos gestores (managers' activism)*, por outro. No primeiro caso, entende-se a participação vinda de baixo, aquela que confere papéis efetivos na tomada de decisão aos cidadãos participantes. Já no segundo caso, faz-se referência a uma participação aparente, organizada apenas para trazer prestígio e consentimento formal aqueles que já detêm poderes decisórios (e que reforçam ainda mais seus poderes). Nestes casos, Rahnama (2004) chega ao ponto de falar de participação como manipulação.

As experiências delineadas neste artigo são tentativas importantes, interessantes e úteis para ir mais longe. Naturalmente, o processo começa

com um impulso forte e decisivo de cima para baixo: são as instituições regionais e municipais que iniciam o caminho e dão também *input* inicial que impulsiona toda a direção do processo. A diretriz é, na verdade, para constituir grupos de trabalho participativos com a tarefa de fornecer uma abordagem altamente inovadora: não trabalhar dividindo o trabalho pelos alvos tradicionais (idosos, deficientes etc.), mas trabalhar em temáticas inovadoras e cuidadosas em relação à complexidade e evolução das necessidades sociais. Depois, no entanto, são também chamados a participar atores sociais “fortes”, ou seja, equipados com as competências, motivação, estabilidade, organização etc, que compreendem uma série de capacidades que podem não só ter um efeito positivo sobre o seu papel efetivo e extremamente ativo no processo participativo. Na verdade, de um lado, falamos de profissionais de áreas sociais diversas e de saúde chamados não para um papel executivo, mas para fazer importantes contribuições com base nas suas capacidades de leitura das necessidades; por outro, nos referimos a associações de voluntariado e de advocacia, bem como algumas cooperativas sociais, isto é, de atores do “terceiro sector”, que, em virtude de seu papel social, suas motivações, suas habilidades, nunca se irão “resignar” a papéis passivos, marginais, nem manipulados desde cima. A avaliação destas experiências de participação, no entanto, é positiva, apesar de algumas limitações e problemas.

Do ponto de vista da promoção de mais participação, foi solicitada a colaboração dos atores organizados para tentar envolver também os cidadãos comuns, mas tal parece ter acontecido de modo bastante limitado.

Também o ativismo dos participantes apareceu tanto mais eficaz e influente sobre as elaborações finais no âmbito do processo, quanto mais o âmbito territorial e temático foi delimitado e preciso. Neste sentido, é relativamente “fácil” ter um alto nível de protagonismo (liderança), contribuir e influenciar as decisões quando os problemas a serem abordados estão no alcance e sob o “controle” dos participantes.

“Texto traduzido por Ana Raquel Matos e Mauro Serapioni”

ABSTRACT: This article illustrates the path established by Emilia-Romagna Region for the development, implementation and evaluation of guidelines for participatory social planning. Such a pathway, called “Community Lab”, aims to test and apply the guidelines through monitoring, development and analysis of experiments on specific cases of social conflict and/or social suffering, in which the answer is produced in a participatory way, meaning the involvement of public services and civil society. The Community Lab is also a method devoted to social workers training that involves the production of knowledge. Some of the criteria of the guidelines for local participatory

Artigo

Recebido: 15/04/2016

Aprovado: 20/05/2016

Keywords:

Participatory social planning, Civic participation, Participatory experiences in health, Italy.

planning are: go beyond the traditional target users (elderly, disabled, etc.), to face new and cross-cutting issues; to intercept new vulnerable groups; to create closer experience to citizens' needs; to rename the planning tables; to involve excluded people; to adopt relational methods. It is then analysed the Reggio Emilia's district, that changed the governance of social services, enabling new tables of participatory planning. This article also makes a brief initial assessment of this kind of experience, based on central reflections on the theme of participation produced by some of the major Italian sociologists.

Referencias

ALTIERI, Leonardo. Valutazione e partecipazione. Metodologia per una ricerca interattiva e negoziale, Milão: Franco Angeli, 2009.

ALTIERI, Leonardo. Partecipazione civica, decentramento, globalizzazione. CIPOLLA, Costantino; MORUZZI, Mauro (orgs.), Achille Ardigò nei suoi scritti inediti, Milão: Franco Angeli, 2015;

BAUMAN, Zygmunt. *Communitas. Uguali e diversi nella società liquida*, Reggio Emilia; Aliberti, 2012.

CERGAS. Scenari futuri (2020) del settore sociale e socio-sanitario nella crisi del welfare: quali logiche di programmazione e quali modelli di servizio, Report di ricerca, Milão: Università Bocconi, 2014.

DORF, Michael; SABEL, Charles. A Constitution of Democratic Experimentalism, Cornell Law Faculty Publications, vol. 98, no. 2, March, 1998.

GALLINO, Luciano. Partecipazione. GALLINO, Luciano, Dizionario di sociologia, Milão: TEA, 1993.

KAZEPOV, Yuri. La dimensione territoriale delle politiche sociali, Roma: Carocci, 2009.

NUNES, João Arriscado. Salute, diritto alla salute e giustizia sanitaria. ALTIERI, Leonardo; NICOLI, Maria Augusta; STURLESE, Vittoria (orgs.), *La sanità dei cittadini*, Milão: Franco Angeli, 2011.

PIZZORNO, Alessandro. Introduzione allo studio della partecipazione politica, Quaderni di Sociologia, 3-4 (número temático), 1996.

PIZZORNO, Alessandro. *Le radici della politica assoluta e altri saggi*, Milão: Feltrinelli, 1993.

RAHNEMA Majid. Partecipazione. SACHS, Wolfgang (org.), Dizionario dello sviluppo, Torino: Edizioni Gruppo Abele, 2004.

SABEL, Charles. Esperimenti di nuova democrazia. Tra globalizzazione e localizzazione, Roma: Armando Editore, 2013.