

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

# INCLUSÃO DOS CIDADÃOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

## EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS E EUROPEIAS

**RESULTADOS: LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO SOBRE INCLUSÃO  
DE CIDADÃOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE**

Coordenador: Flávio Goulart

NAVEGADORSUS. Série técnica para os gestores do SUS  
sobre redes de atenção à saúde baseadas na APS, n. 6.

Brasília-DF  
2012

**© 2012 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil**

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1.ª edição – 2011 – 10.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Esplanada dos Ministérios, bloco G,  
Edifício Anexo, ala B, 1.º andar, salas 103 a 115  
CEP: 70058-900, Brasília – DF  
Tels.: (61) 3315-2151 / 2150  
Faxes: (61) 3315-2414 / 2472  
E-mail: cns@saude.gov.br  
Home page: www.conselho.saude.gov.br

*Elaboração:*

Flávio Goulart (Coordenador)  
Cora Dias  
Magda dos Anjos Duarte Scherer  
Marcio Florentino Pereira  
Maria Nina do Socorro Magalhães  
Patrícia Queiroz Aucélio  
Renato Tasca

*Presidente:*

Alexandre Rocha Santos Padilha

*Mesa Diretora:*

Alexandre Rocha Santos Padilha  
Alcides Silva de Miranda  
Clóvis Adalberto Bouffleur  
Francisco Batista Junior  
Jorge Alves de Almeida Venâncio  
Jurandi Frutuoso Silva  
Jurema Pinto Werneck  
Marisa Furia Silva

*Secretaria Executiva do CNS:*

Rozângela Fernandes Camapum

*Comissão de Acompanhamento do Conselho Nacional de Saúde:*

Francisco Batista Júnior  
Graciara Matos de Azevedo  
José Eri de Medeiros  
Maria Cristina Pedro Biz  
Nadir Francisco do Amaral  
Verônica Lourenço da Silva

*Assessoria Técnica do Conselho Nacional de Saúde:*

Kássia Fernandes de Carvalho  
Victor Hugo Martins dos Santos  
Gleisse de Castro de Oliveira  
Alessandra Giseli Matias  
Claudia Cunha Gomes do Couto  
Maicon Vinicius de Camargo  
Marcos Cardoso da Costa  
Marema de Deus Patrício  
Maria Camila Borges Faccenda  
Tânia Lúcia de Castro Tanajura  
Waleska Batista Fernandes

*Equipe de comunicação do Conselho Nacional de Saúde:*

Renata Mendes  
Denise Miranda  
Delton Assis  
Karla Lucena  
Monique Maia  
Wilany Santos  
Willian Barreto

*Colaboradores*

Lara de Queiroz Viana Braga Viana  
Denise Severo

*Capa e Projeto Gráfico:*

All Type Assessoria editorial Ltda.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Agradecimento especial a Luigi Bobbio, Professor de Políticas Públicas do Departamento de Estudos Políticos da Universidade de Turim, Itália, pelas sugestões e reflexões sobre os processos decisórios inclusivos e pelas orientações na identificação de referências no Brasil sobre este tema.

Ficha Catalográfica

Organização Pan-Americana da Saúde e Conselho Nacional de Saúde

Inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde: experiências brasileiras e europeias. Resultados: Laboratório de Inovação sobre Inclusão de Cidadãos na Implementação das Políticas de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2012.

123 p.: Il (NavegadorSUS).

ISBN: 978-85-7967-077-0

1. Inclusão dos cidadãos 2. Participação Social 3. Redes de Atenção à Saúde 4. Inovação na Gestão. Sistema Único de Saúde I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título.

NLM: W 84

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	9
O TERMO DE COOPERAÇÃO 23 OPAS-CNS.....	11
<b>13 CAPÍTULO 1 – O QUE SÃO OS LABORATÓRIOS DE INOVAÇÃO?</b>	
• Inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde .....	16
• Inovações .....	18
• O Laboratório de Inovação em Inclusão de Cidadãos na Implementação de Políticas de Saúde .....	18
<b>21 CAPÍTULO 2 – PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL: MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL</b>	
• Como promover a participação e o controle social?.....	23
• Como avançar na promoção do protagonismo social?.....	25
• Participação e inovação na política pública de saúde .....	25
• Métodos, técnicas e resultados da inclusão social.....	27
<b>31 CAPÍTULO 3 – PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL: EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS EM SAÚDE</b>	
• Manhuaçu – MG: participação social e empoderamento popular .....	33
• Anvisa, Idec e outras entidades: fortalecimento da capacidade técnica para a participação social na regulação técnica.....	36
• Estado da Bahia: a experiência do Mobiliza SUS .....	39
• Vitória de Santo Antão – PE: mulheres curiosas da mata e da capital – ação pela saúde das mulheres .....	42
• Borba – AM: controle social – desafios no equilíbrio entre as dimensões política e técnica .....	45

#### **49 CAPÍTULO 4 – PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS**

- Porto Alegre – RS: democratizando a democracia através do orçamento participativo ..... 51
- Rio Grande do Sul: conselhos microrregionais de desenvolvimento (Coredes) .... 54
- ORBIS/FIEP – Estado do Paraná: promovendo o desenvolvimento local no Paraná ..... 57
- Empresa Ecológica – município de Pium, Ilha do Bananal – Tocantins: o componente social do desenvolvimento sustentável..... 59
- Esperantina – Piauí: caravanas de mobilização ..... 61
- Sígfredo Pacheco – PI: Comissão de Fiscalização do Poder Público Municipal ..... 63
- Municípios da Bahia: grupos de cidadania ..... 65

#### **67 CAPÍTULO 5 – PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS: EXPERIÊNCIAS EUROPEIAS**

- Região Toscana – Itália: *Electronic Town Meeting (E-TM)* ..... 69
- Região Toscana – Itália: “Ideias para a Saúde” ..... 70
- Paris – França: *Ateliers Santé Ville*..... 72
- Roma – Itália: centros de aconselhamento familiar ..... 74
- Portugal: participação no sistema de saúde ..... 75

#### **79 CAPÍTULO 6 – AS EXPERIÊNCIAS EM PERSPECTIVA COMPARADA**

- 6.1 À PROCURA DE UM “FIO CONDUTOR” ..... 81
- Contextos ..... 82
- Atores..... 83
- Estratégias de inclusão..... 84
- Formando círculos virtuosos ..... 86
- Capacitação ..... 87
- Inovações processuais ..... 88
- Comunicação para a mobilização..... 90

• Ferramentas da inovação .....	91
6.2 PANORAMA: BRASIL E EUROPA .....	91
• O que une e o que separa as experiências brasileiras e europeias .....	92
• O que as experiências europeias podem acrescentar ao controle social no Brasil? .....	94
• Fortalezas e debilidades .....	96
• As inovações em perspectiva comparada.....	97

## **103** CAPÍTULO 7 – SÍNTESE E CONCLUSÕES

### **113** ANEXO

**GLOSSÁRIO DE SIGLAS:**

- AATR** – Associação de Advogados de Trabalhadores Rurais da Bahia
- Anvisa** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- ASV** – Ateliers Santé Ville
- BID** – Banco Interamericano de Desenvolvimento
- CAA** – Centro de Assessoria Assuruá
- CEPAC** – Centro Piauiense de Ação Cultural
- CEPES** – Centro de Educação Popular Esperantinense
- CG** – Comitê Gestor
- CMS** – Conselho Municipal de Saúde
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- Comfisp** – Comissão de Fiscalização do Poder Público Municipal
- Corede** – Conselhos Regionais de Desenvolvimento do Estado do Rio Grande do Sul
- E-TM** – Eletronic Town Meeting
- FDR** – Fundação Demócrito Rocha
- Fetag** – Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Piauí
- Fiep** – Federação das Indústrias do Estado do Paraná
- GT** – Grupo de Trabalho
- IA** – Investigação Apreciativa
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- Idec** – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
- IHP** – Plano de Saúde Integral
- IPD** – Instituto Paraná Desenvolvimento
- LDO** – Lei de Diretrizes Orçamentárias
- Mercosul** – Mercado Comum do Sul
- ODM** – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONG** – Organização não-governamental
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- OP** – Orçamento Participativo
- OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde
- ORBIS** – Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade
- PNUD** – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- Procon** – Programa de Orientação e Defesa ao Consumidor
- SEAT** – Socio-economicAssessment Toolbox
- SDS** – Società della Salute
- Sefaz** – Secretaria de Fazenda do Estado do Ceará
- SES** – Secretaria Estadual de Saúde
- SMS** – Secretaria Municipal de Saúde
- STR** – Sindicato de Trabalhadores Rurais
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TC-23** – Termo de Cooperação nº 23
- UECE** – Universidade Estadual do Ceará
- UFC** – Universidade Federal do Ceará
- UNAE** – Universidade Aberta do Nordeste





# APRESENTAÇÃO

O Conselho Nacional de Saúde, com a cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde – OPAS/OMS Brasil, tem a satisfação de apresentar aos conselheiros de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) de todo o Brasil, além do público interessado dentro e fora do País, o presente documento de trabalho resultante do Laboratório de Inovação que teve como tema a inclusão de cidadãos na implementação de políticas públicas de saúde, no marco das redes de atenção à saúde, realizado ao longo do ano de 2011.

Buscou-se, fundamentalmente, evidenciar práticas inovadoras concretas de participação no SUS e também em outras áreas da gestão pública, no Brasil e em países da Europa, de forma a contemplar os desafios na inclusão da população nas decisões relativas às políticas sociais e de saúde. Assim, foram selecionadas 15 experiências brasileiras e cinco internacionais sobre participação social na implementação de políticas públicas de saúde e em outros setores da gestão pública.

O foco nos países europeus, particularmente na Itália, se deve ao fato de que, nos mesmos, variadas técnicas inclusivas vêm sendo desenvolvidas já há algumas décadas.

Espera-se, com o presente texto, revelar e valorizar experiências de participação e inclusão que sejam inovadoras, com o fito de promover junto aos conselheiros de saúde e gestores do SUS a incorporação de soluções e práticas inovadoras nas suas competências e habilidades.

Esse produto deriva diretamente de um processo que já dura mais de uma década, o Termo de Cooperação número 23, entre a OPAS/OMS Brasil e o Conselho Nacional de Saúde, cujo objetivo principal é o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus componentes de participação e controle social, nos termos da Constituição Federal e da legislação orgânica da saúde. Ele está em sintonia, também, com o que Ministério da Saúde tem como prioridades

para o período entre 2011 e 2014, nas quais a participação e o controle social são elementos-chave. O propósito fundamental dessa cooperação técnica é de que as ações do Conselho Nacional de Saúde, voltadas a formulação, fiscalização e deliberação na política de saúde, sejam, de fato, promovidas, aperfeiçoadas e difundidas.

O Conselho Nacional de Saúde e a Representação Brasileira da Organização Pan-Americana da Saúde auguram que esse documento possa ser de real utilidade para todos os que se ocupam da implementação e do aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, seja na condição de conselheiros, de gestores, de estudiosos ou simplesmente de pessoas interessadas em tal tema.

*Jacobo Finkelman a.i.*  
*Organização Pan-Americana da Saúde*

*Alexandre Padilha*  
*Conselho Nacional de Saúde*

## O TERMO DE COOPERAÇÃO 23 OPAS-CNS

Desde o início da década, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no Brasil mantém, com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), um intenso processo de cooperação técnica.

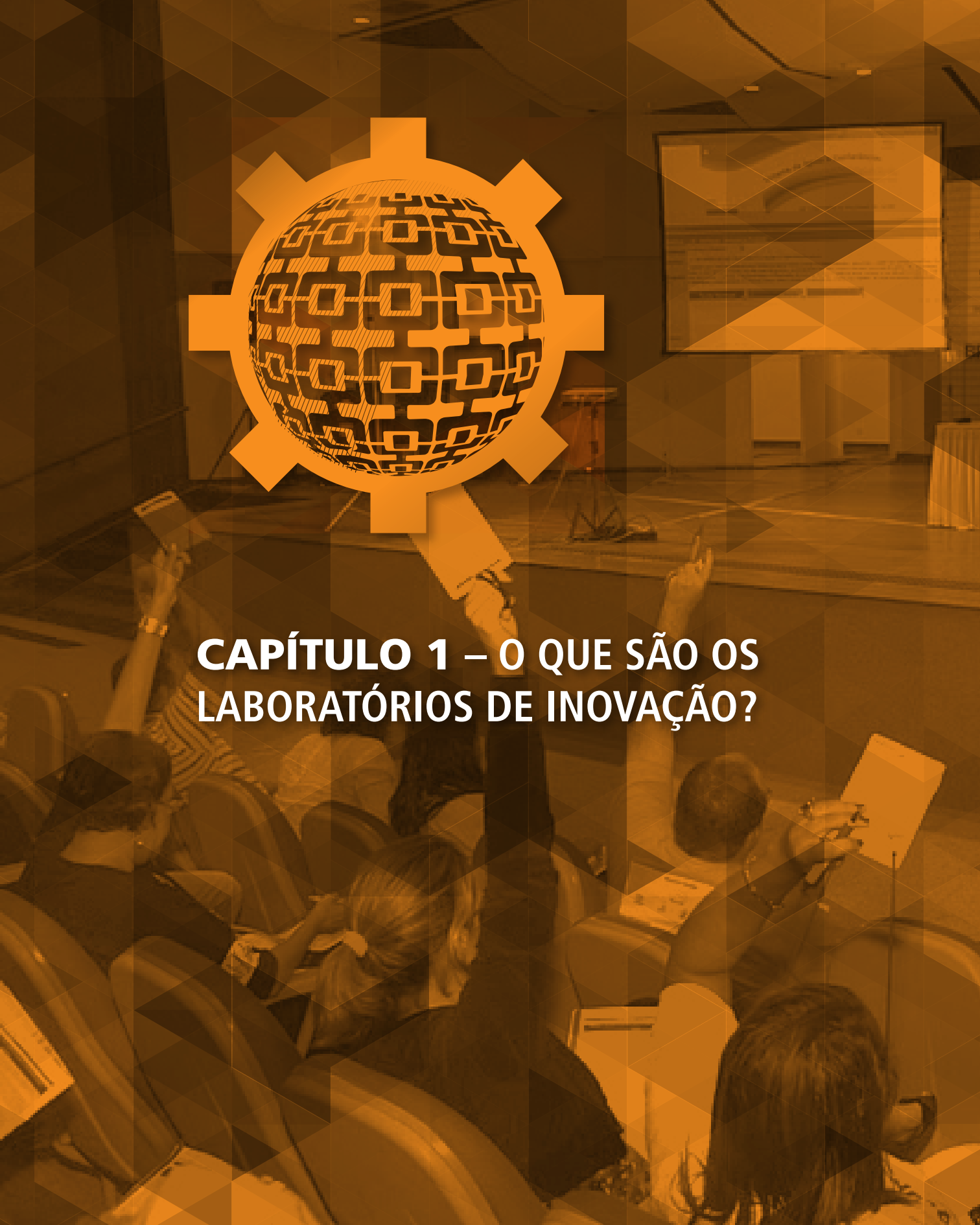
Essa parceria vem rendendo muitos frutos, tendo como objetivo central o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em seus componentes de participação e controle social. Assim, ao longo de uma década de vigência do Termo de Cooperação 23, entre OPAS-Brasil e CNS, diversos resultados podem ser destacados, como, por exemplo, o incremento da estruturação dos Conselhos de Saúde das três esferas federativas, em termos de autonomia, acesso a informações, e educação permanente; o fortalecimento da atuação das Comissões Intersectoriais do Conselho Nacional de Saúde em suas funções de assessoramento ao Conselho Pleno, além da identificação, análise e divulgação de experiências bem-sucedidas e inovadoras em controle social no Brasil e no exterior.

Exemplo bem sucedido de tal cooperação são os chamados “Laboratórios de Inovação”, que permitiram, entre outras ações, a realização do Seminário Internacional relacionado à inclusão dos cidadãos na implementação das políticas públicas de saúde que dá origem à presente publicação.





# CAPÍTULO 1 – O QUE SÃO OS LABORATÓRIOS DE INOVAÇÃO?





A proposta dos Laboratórios de Inovação (LI) foi desenvolvida no âmbito da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) Brasil em sua cooperação com o Ministério da Saúde. Os Laboratórios representam uma estratégia para promover e valorizar o desenvolvimento da gestão em saúde, aí incluído o processo de participação e controle pela sociedade, constituindo-se como espaços de análise de problemas e desafios para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Os LI têm como objetivo propor aos diversos atores estratégicos do SUS (gestores, conselheiros, pesquisadores e cidadãos) elementos úteis que possam contribuir para a solução dos problemas relacionados ao processo de gestão.

O conhecimento gerado nos LI é fundamentalmente baseado em evidência de gestão fornecida por estudos de casos de experiências reais, realizadas pelo SUS ou por sistemas públicos de saúde de outros países. Assim, os laboratórios buscam valorizar experiências significativas de inovação nas práticas de saúde, resgatando e analisando processos, ferramentas e instrumentos que foram desenvolvidos, inclusive no campo da participação social. Tal iniciativa transforma, assim, conhecimento teórico em conhecimento prático, de forma a oferecer, aos atores interessados, o acesso a essas valiosas informações.

Em suma, os LI podem ser definidos como espaços de produção e divulgação de evidências de boa gestão, em sentido amplo, seja na ação dos gestores propriamente dita como nos processos de controle social. O objetivo é valorizar e sistematizar práticas, instrumentos e metodologias de trabalho inovadoras para a efetiva gestão do SUS, tendo como desdobramento a facilitação e a dinamização do controle social em saúde.

A implantação dos Laboratórios de Inovação começou no ano de 2008, como iniciativa conjunta da OPAS Brasil com Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), a fim de estimular o debate relativo aos processos de construção de redes de atenção à saúde no SUS.

Dentro de tal estratégia, a OPAS Brasil está apoiando o Conselho Nacional de Saúde no processo de identificação e sistematização das práticas participativas e deliberativas dentro e fora do setor saúde, nacionais e estrangeiras, no âmbito do projeto dos Laboratórios de Inovação. Como referências são abordadas quatro dimensões principais de tais práticas: (a) procedimentos e qualidade da deliberação; (b) atores envolvidos, sejam os membros de organizações formais, tais como os conselhos de saúde, ou os cidadãos avulsos; (c) sustentabilidade do processo em termos econômicos e institucionais; (d) compreensão das potencialidades e das debilidades de tais processos.

O presente Laboratório de Inovação, denominado “Inclusão dos cidadãos na implementação das políticas de saúde”, não pretende produzir meramente um manual “passo a passo”, que traga todas as respostas. Ao contrário, de forma também simplificada e pragmática, busca oferecer aos conselheiros de saúde, gestores e demais interessados no campo da saúde elementos concretos baseados em evidências de boa gestão de como conduzir processos decisórios inclusivos e quais ferramentas inovadoras poderiam ser empregadas a partir de experiências.

### **Inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde**

No sistema de saúde brasileiro, a atuação dos conselhos de saúde e a realização das conferências de saúde são os principais mecanismos legais que asseguram a participação da comunidade e o controle social nesse setor. Entretanto, há outros momentos e espaços, institucionalizados ou não, nos quais os conselheiros de saúde do SUS podem e devem exercer a cidadania para fazer valer suas decisões e direcionar as decisões dos gestores, de forma a torná-las equitativas e coerentes com as reais necessidades de saúde da população. Ao mesmo tempo, o panorama dos atores envolvidos não se limita aos cidadãos usuários, dentro e fora dos conselhos formais, podendo abranger outros atores, como empresas privadas, instituições e agências públicas dentro e fora do setor saúde, organizações não-governamentais (ONG), sindicatos, centros de estudo e pesquisa, entre outros.



Os processos de inclusão de atores sociais nas decisões de saúde trazem termos diversos, como pactuação, parceria, participação, consulta, negociação, e assim por diante. A imagem mais frequente é aquela de diversos atores reunidos numa mesa, seja ela de natureza técnica, política ou social. Porém, a experiência ensina que nem sempre é preciso uma estratégia desse tipo para exercer a participação na implementação de políticas públicas, já que existem métodos alternativos que favorecem as interações entre os atores sem necessidade de espaços fechados com mesas e cadeiras.

A criação dos “Processos Decisórios Inclusivos” (PDI), por exemplo, é uma das mais importantes inovações introduzidas na administração pública. Dentro de tal lógica, o governo não é a autoridade que decide por todos, mas um a mais entre os diversos atores envolvidos, “um parceiro entre outros parceiros”.

Os conselheiros de saúde, em conjunto com os gestores e os outros atores estratégicos, têm a responsabilidade de facilitar e acelerar a definição de prioridades e tomar as medidas necessárias para atendê-las. Cabe destacar que conduzir processos decisórios inclusivos é uma tarefa difícil, que acarreta muitos riscos, como juntar um número grande de atores, criando, às vezes, polêmicas desnecessárias, conflitos, incompreensões e dificuldades de articulação. Também é possível o contrário, ou seja, deixar de fora atores influentes, que acabam se sentindo excluídos e se posicionando contra o processo. Nesse sentido, é importante lembrar que introduzir um processo decisório inclusivo pode atenuar os conflitos, mas também pode acentuá-los, se não for gerenciado com a devida atenção.

Em síntese, há décadas, em vários lugares do mundo, estão se desenvolvendo experiências de processos decisórios inclusivos. Foram desenhadas e avaliadas várias técnicas e instrumentos para gerenciar os PDI nos mais diversos momentos do processo decisório. Tais técnicas ajudam os participantes não só a melhorar a comunicação entre si, como resolver conflitos e construir pactos sustentáveis, além de fornecer aos cidadãos e outros atores os elementos informativos necessários para formar opiniões de maneira consciente e fundamentar o diálogo com os técnicos e especialistas.

## Inovações

Muitos dos conhecimentos gerados nos processos participativos são, por assim dizer, silenciosos e implícitos, mas, por outro lado, algumas das práticas inovadoras assim geradas, mesmo sendo efetivamente aplicadas, não chegam a ser sistematizadas ou orientadas para serem utilizadas em outros âmbitos e locais. Isso é totalmente compreensível, pois a introdução da inovação pode ser determinada pela pressão e a responsabilidade do “fazer”, de achar soluções eficazes. Conseqüentemente, poucas energias e recursos são destinados para ações de sistematização dos conhecimentos acumulados e de sua divulgação. Assim, dificilmente uma solução inovadora é suficientemente analisada antes de ser aplicada. Da mesma forma, poucas vezes os resultados são avaliados e produzem evidências de boa gestão. Finalmente, o impacto criado pela inovação fica, às vezes, “preso” ao contexto territorial onde se desenvolve. Assim, valiosos instrumentos e informações relevantes para os gestores e os outros atores estratégicos das políticas sociais são perdidos.

### O Laboratório de Inovação em Inclusão de Cidadãos na Implementação de Políticas de Saúde

Uma convocatória de experiências brasileiras em participação na saúde foi aberta, entre junho e setembro de 2011, nos sites da OPAS e do CNS, com apoio de entidades diversas, tais como Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), resultando na inscrição de 25 experiências. Uma comissão avaliadora, formada por especialistas da Universidade de Brasília e por conselheiros do Conselho Nacional de Saúde (CNS), escolhidos em plenária, realizou a seleção final dos casos a serem estudados em detalhe. Tal seleção resultou em cinco estudos de casos.

Para as experiências nacionais de participação fora da área de saúde, foi solicitada a colaboração de um estudioso do assunto, o professor e pesquisador Markus Brose, da ONG CARE-Brasil, com sede em São Paulo. Ele produziu relatos analíticos, contemplando cerca de dez casos específicos provenientes das diversas

regiões do país. Além disso, experiências europeias foram também analisadas por especialistas convidados, indicados por uma fundação italiana de apoio a municípios, a *Fondazione Cittalia*.

Foram assim realizados, no total, 25 estudos de casos no Brasil, na Itália, em Portugal e na França, de origem governamental e não-governamental. Os resultados dessas experiências foram divulgados e discutidos no Seminário Internacional Inclusão de Cidadãos na Implementação de Saúde, realizado na sede da OPAS, em Brasília, entre os dias 7 e 8 de novembro de 2011. O público-alvo foi constituído de conselheiros de saúde dos três níveis de controle social, representantes de conselhos nacionais de políticas sociais, representantes de gestores do SUS dos três níveis de governo, além de especialistas convidados e outros interessados.

Dois renomados especialistas, o italiano Paolo Testa e o brasileiro Luciano Fedozzi, foram convidados a apresentar, em palestras e também na elaboração de textos, panoramas relativos à participação e ao controle social na implementação de políticas públicas, na Europa e no Brasil, respectivamente. As experiências internacionais foram selecionadas em interação com o pesquisador Paolo Testa, da Fundação Cittalia.

Especialistas brasileiros e italianos, além de conselheiros nacionais de saúde designados *ad-hoc*, conforme quadro a seguir, foram chamados a colaborar nessa iniciativa, alguns nos estudos de campo, outros na análise das experiências.

NOME	INSTITUIÇÃO
BARBARA D'IPPOLITO	Universidade Sapienza, Roma, Itália
MARIA CRISTINA PEDRO BIZ	Conselho Nacional de Saúde, Brasil
EMANUELA GALETTO	Aventura Urbana, Turim, Itália
FLAVIO ANDRADE GOULART	OPAS – Brasil
FRANCISCO BATISTA JUNIOR	Conselho Nacional de Saúde, Brasil
GRACIARA MATOS DE AZEVEDO	Conselho Nacional de Saúde, Brasil
JOSÉ ERI DE MEDEIROS	Conselho Nacional de Saúde, Brasil
LUCIANO FEDOZZI	Universidade Federal RGS, Brasil
MAGDA DOS ANJOS SCHERER	Universidade de Brasília, Brasil
MARCIO FLORENTINO PEREIRA	Universidade de Brasília, Brasil
MARKUS BROSE	CARE Brasil, São Paulo, Brasil
MASSIMO ALLULLI	Fundação Cittalia, Roma, Itália
MAURO SERAPIONI	Centro dos Estudos Sociais, Coimbra, Portugal
NADIR FRANCISCO DO AMARAL	Conselho Nacional de Saúde, Brasil
PAOLO TESTA	Fundação Cittalia, Roma, Itália
RENATO TASCA	OPAS – Brasil
VERÔNICA LOURENÇO DA SILVA	Conselho Nacional de Saúde, Brasil



## **CAPÍTULO 2 – PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL: MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL**



## Como promover a participação e o controle social?

Não existem duas democracias que sejam iguais. Cada regime democrático surge no contexto histórico, social e cultural específico de cada país. Assim, não existem modelos ou receitas para a democratização e, por consequência, para a participação que possam ser simplesmente replicados. A qualidade da democracia que se pratica está, assim, vinculada ao nível de intensidade da participação cidadã e é consequência dos avanços e conquistas de cada povo.

A experiência histórica mostra que existe uma diferença temporal entre a introdução de ferramentas participativas em uma sociedade e a sua internalização na vida política, para solucionar conflitos pelo acesso ao poder de forma pacífica. Um dos fatores que impacta na qualidade de uma nova democracia está na forma como esse regime democrático foi criado.

A literatura especializada reconhece duas origens básicas de formação de um regime democrático. Em países como a Espanha, o Japão e o Uruguai, a democracia foi introduzida com limitada participação popular, mediante negociação entre as elites do país, buscando possibilitar o rodízio no acesso ao poder. Já em outras sociedades, como Portugal, África do Sul e Brasil, a democracia foi gerada mediante forte pressão e participação popular, integrando partidos, movimentos sociais, sindicatos, intelectuais e organizações da sociedade civil, sem impedimento de que também as elites viessem a participar e mesmo concordar com tal processo. Esses dois processos formativos de democracias geram desafios e oportunidades específicos para a fase seguinte, que é a consolidação democrática.

Aqui cabe uma questão essencial: como consolidar, de fato, a democracia mediante a participação e o controle pela sociedade?

Isso se daria mediante três posturas básicas entre os cidadãos: (a) a *parochial*, representada por sociedades de estruturas simples e baixa atividade pelo cidadão; (b) a *submissa*, na qual os indivíduos prestam obediência a um poder central especializado; e (c) a *participativa*, na qual os indivíduos acreditam na

sua capacidade de influência sobre o sistema político e agem ativamente para promover mudanças.

De acordo com estudos mais antigos sobre a cultura política, a sociedade ideal seria um misto de cidadãos em submissão e participação, gerando uma democracia estável, sem risco de retrocessos autoritários. Surge dessas reflexões, nos anos 1990, um novo conceito, o de *capital social*, que se relaciona com a ideia de uma sociedade harmônica.

De acordo com o conceito de capital social, originado do estudo comparativo histórico entre as diferentes regiões da Itália, quanto mais ativa e diversificada a sociedade civil de um território, maior a qualidade democrática e melhor o desempenho de seu governo. Assim, a promoção da participação passaria pela promoção do associativismo, que seria a escola da democracia e dos valores comunitários. Essa ideia gerou grande número de projetos e programas em todo o mundo, para promover o engajamento do cidadão, direcionado ao bem comum. No Brasil, por exemplo, deu origem, nos anos 1990, aos programas de Comunidade, Universidade, e Alfabetização Solidárias, com desdobramentos no voluntariado e no engajamento caritativo.

Existe, entretanto, outra linha de pesquisa acadêmica que não segue essa visão harmônica da sociedade, mas valoriza os conflitos sociais da busca pelo acesso ao poder como base de uma democracia consolidada e sustentável. Nessa linha de argumentação, os dados do estudo das regiões na Itália, citado acima, não foram confirmados em outros países, afastando, assim, a concepção puramente “harmônica” do capital social.

Segundo essa segunda linha de interpretação, a qualidade democrática pode ser verificada especialmente em territórios que tiveram sua ocupação original pelo acesso à terra pela agricultura familiar e não por meio do latifúndio, por exemplo. Além disso, a maior qualidade democrática estaria presente onde a sociedade civil apresenta uma postura crítica frente à hegemonia econômica. Tal hegemonia gera pobreza estrutural, buscando ainda superar a subordinação econômica pela formação de jovens lideranças e de empreendedorismo social.



No Brasil, por exemplo, tal linha de argumentação deu origem, nos anos 1980, à arregimentação de jovens pela Igreja Católica, na linha da chamada Teologia da Libertação, formando então lideranças para sindicatos, movimentos sociais, prefeituras e casas legislativas, de caráter democrático e popular.

Assim, os estudos disponíveis não apresentam uma resposta única quanto à melhor forma de ampliação da participação e do controle social. A escolha do tipo de projeto ou programa a ser apoiado para esse fim depende, em grande parte, da visão de mundo dos gestores que alocam recursos, do contexto político e econômico, e não apenas da montagem de uma “caixa de ferramentas metodológicas” para a participação.

### Como avançar na promoção do protagonismo social?

Um pressuposto é o de que a participação não se realiza por si mesma. Antes, a participação social depende de ações complementares a ela, tais como se vê no quadro abaixo:

#### AÇÕES COMPLEMENTARES À PARTICIPAÇÃO SOCIAL

- Erradicação do analfabetismo.
- Inclusão de conceitos básicos de democracia, cidadania, sistema eleitoral e qualidade democrática nos próprios currículos escolares.
- Formação de lideranças, de jovens e mulheres, por exemplo.
- Incentivo ao rodízio de lideranças nas organizações civis e nos conselhos.
- Disponibilidade de assessoria técnica independente aos membros do jogo da participação.
- Ampliação da capacidade de acompanhamento de desempenho das políticas públicas pelos atores sociais.

Avançar na participação e na inclusão social significa, portanto, atendimento simultâneo a tais condições.

### Participação e inovação na política pública de saúde

A participação do cidadão, como inovação política, tem se apresentado no contexto de redemocratização da relação entre Estado e sociedade, a partir da

elaboração e da implementação de políticas públicas. A mudança no papel do Estado que se vê nas democracias mais consolidadas aponta para a revisão de sua estrutura e funcionamento, com deslocamento dos interesses da burocracia e do mercado para um estatuto de poder apoiado na cidadania ativa. É dessa forma que se desenvolve a construção de um verdadeiro controle social pelo cidadão na política pública. Com o reconhecimento das necessidades da população e o compartilhamento de novas formas de poder.

No caso da saúde, as experiências democráticas e participativas de definição e controle das políticas, partiram, sem dúvida, de uma compreensão ampliada do conceito de saúde. Nesse sentido, saúde é entendida como fenômeno político, que não se reduz a uma mera racionalidade individualista. É na ação política, portanto, e, sobretudo, na liberdade do cidadão, que as necessidades em saúde se evidenciam, traduzidas por conhecimentos, institucionalidades e poderes, em todos os campos da vida social, dentro de uma perspectiva de justiça social, cidadania e de direitos humanos.

É assim que a participação do cidadão no controle social, como inovação, reconhece e garante o direito à saúde, amplia e democratiza saberes, conhecimentos e poderes. Configuram-se, assim, práticas significativas e inovadoras em relação à participação social e à inclusão do cidadão nas decisões públicas, relativas ao setor saúde. A intensidade democrática tem relação direta com o grau e a legitimidade da participação social existente nessas experiências.

Com base no referencial abordado, é possível construir um quadro de análise da intensidade democrática das experiências de inovação na participação dos cidadãos nas políticas de saúde, tanto no âmbito governamental quanto no das experiências desenvolvidas por movimentos sociais e organizações da sociedade civil. Dentro de tal perspectiva, duas grandes dimensões de análise podem, então, ser apresentadas: (a) contexto de inclusão no processo decisório em saúde, no qual estão presentes, entre outros fatores, a identificação dos problemas e sua localização, a história que dá origem à participação, a identificação dos principais atores, as reivindicações e prioridades definidas por eles, bem como os métodos, técnicas e recursos utilizados para inclusão no processo decisório; (b) resultados

do processo decisório, por meio dos quais se torna possível analisar a capacidade das experiências em partilhar as decisões, de formar novas articulações entre os atores e de gerar mudanças nas respostas institucionais.

Além disso, uma análise completa dos resultados do processo decisório inclusivo em saúde é orientada por algumas das questões que estão destacadas no quadro abaixo:

#### PROCESSOS DECISÓRIOS INCLUSIVOS: QUESTÕES

- Qual a capacidade dos atores em falarem e serem ouvidos?
- Quais as estratégias de qualificação dos atores para a tomada de decisão?
- A representação no processo é plural e autônoma?
- Há transparência na organização e no funcionamento?
- São utilizadas técnicas e ferramentas inovadoras na tomada de decisão?
- No processo decisório ocorre articulação intersetorial?
- Qual a capacidade de mobilização e comunicação para a tomada de decisão?
- Houve inclusão de segmentos tradicionalmente excluídos dos processos decisórios?
- No processo de decisão há reconhecimento de demandas coletivas na saúde?
- A experiência proporcionou a superação de interesses isolados e corporativistas?
- Houve incorporação de mecanismos de responsabilidade social na gestão dos recursos?
- Foram criados mecanismos permanentes de escuta da população?

#### **Métodos, técnicas e resultados da inclusão social**

Devem ser considerados três níveis de participação e controle social. O primeiro é dado pela conformação em leis e outras normas, com as diversas metodologias participativas e as propostas de educação permanente em saúde.

Em um segundo nível, que é o da gestão, importa reconhecer e avaliar a viabilidade das estruturas existentes (comitês de gestão, fóruns etc.) e sua capacidade de realizar um planejamento participativo.

Já o terceiro nível diz respeito à participação e à mobilização social, reconhecendo-se aí diversos instrumentos possíveis, tais como campanhas, intercâmbio de experiências e informações, audiências públicas, trabalhos entre equipes de saúde e comunidade, além de eventos de diversas naturezas, tais como rodas de conversa, manifestações de rua, teatro, reuniões itinerantes de conselhos, assembleias etc.

Da mesma forma, pode ser elaborado um repertório de possíveis resultados da inclusão em processos decisórios, sumarizado no quadro abaixo.

#### PARTICIPAÇÃO SOCIAL: REPERTÓRIO DE RESULTADOS

- Ampliação da interlocução entre governos e sociedade civil.
- Inclusão de segmentos tradicionalmente excluídos dos processos decisórios na esfera das políticas públicas.
- Qualificação de atores para a participação.
- Construção de espaços institucionais de apoio ao controle social, além da democratização e da reorganização de Conselhos de Saúde.

No caso específico da gestão do SUS alguns desdobramentos dessa lista podem ser previstos, como, por exemplo: o compartilhamento dos processos de gestão participativa; a implementação de conselhos gestores em unidades de saúde; a implementação de novas políticas do setor, bem como o desenvolvimento de mudanças na organização do sistema com ampliação do acesso aos serviços, criação de indicadores de monitoramento da transparência e da participação na gestão pública, resultando em mudanças efetivas na qualidade da gestão pública, entre outros aspectos.

Do ponto de vista dos resultados da participação e da mobilização social, tendo como foco a experiência brasileira do SUS, podem, ainda, serem potencialmente arrolados aspectos tão diversos como:

### RESULTADOS POTENCIAIS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE NO SUS

- Humanização das práticas de saúde e de gestão.
- Integração de crenças e a superação de preconceitos.
- Formação de novas articulações entre atores sociais.
- Fortalecimento da participação em grupos de debate sobre política pública.
- Desenvolvimento de ações colaborativas entre pesquisadores, profissionais de saúde local, gestores públicos municipais e representantes da comunidade.
- Fortalecimento da relação ensino, pesquisa e cidadania em saúde.





# **CAPÍTULO 3 – PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL: EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS EM SAÚDE**





As cinco experiências brasileiras de saúde selecionadas para o Laboratório de Inovação são apresentadas a seguir.

São elas: duas de origem municipal (Borba – AM e (Manhuaçu – MG); uma de origem em movimento social (Vitória de Santo Antão – PE); uma resultante de parceria entre agência reguladora (Anvisa) e instituições de defesa do consumidor lideradas pelo Idec e finalmente uma originária de gestor estadual do SUS (Secretaria de Estado da Saúde da Bahia).

### **Manhuaçu – MG: participação social e empoderamento popular**

Manhuaçu é um município de Minas Gerais situado na zona da mata mineira, a aproximadamente 300 km da capital, Belo Horizonte. Sua economia se apóia na cultura do café, bem como em serviços e comércio. Tem população de 80.530 habitantes, área de 627 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 125,31 hab./km<sup>2</sup>. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é, na estimativa para o ano 2000, de 0,776.

O controle social do município de Manhuaçu, Minas Gerais, é exercido por meio de duas instâncias de participação e deliberação. Uma delas, o Conselho Municipal de Saúde (CMS), é central, sendo instituído em 1991 e reformulado em 2002, por meio de lei municipal. A segunda instância, considerada local, são os Conselhos de Unidade de Saúde (COUS), instituídos pelo CMS, por meio de resolução aprovada em 2003.

Em Manhuaçu, atualmente, existem 17 COUS. Eles constituem entidades colegiadas que discutem a saúde em nível local, com natureza deliberativa, fiscalizadora e consultiva, interagindo e prestando colaboração ao Conselho Municipal de Saúde. Além disso, os COUS são instituídos, mediante aprovação do CMS, tanto nas unidades de saúde próprias como contratadas.

A realização de Conferência Municipal de Saúde, com participação mais legítima e representativa, faz também parte da proposta de incrementar o controle

social do município. Essa ação ganha corpo na medida em que o gestor e os profissionais de saúde compreendem a importância do controle social. Assim, esses atores buscam formas de informar e empoderar as comunidades, mediante socialização dos dados e informações do sistema de saúde, para maior embasamento nas tomadas de decisões. Tal compreensão sobre a necessidade de ampliar a percepção da população sobre a saúde, como forma de fazê-la pensar sobre propostas factíveis e coerentes com a sua realidade, possibilitou o aumento da participação social. É um processo que vem ganhando força, uma vez que a população percebeu que pode contribuir com as tomadas de decisão no que diz respeito à saúde.

A intenção de ampliar a participação provocou uma mudança de estratégia metodológica, com o objetivo de estimular a construção de propostas concretas, tratado com ênfase qualitativa, e agregar valor ao trabalho, considerando a realidade da maioria dos usuários – em grande parte moradores da zona rural e operários da construção civil.

A construção do diagnóstico, outra das estratégias presentes, contou com a participação dos membros das equipes de Saúde da Família e da Vigilância em Saúde. Foram utilizadas estratégias de aproximação junto às comunidades, com vocabulário simples e metodologia de apresentação dos dados de saúde, de forma comparativa e com bom apelo visual. Papel especial foi conferido a enfermeira(o), no repasse das informações à comunidade, pela proximidade desse profissional com os problemas de saúde local.

Um aspecto que se mostrou relevante em Manhuaçu foi o fato de o espaço de exercício do controle social em saúde não ser utilizado como foco de disputa partidária. Deve ser destacado, também, o envolvimento de outras instâncias de interlocução, como o Ministério Público, o Poder Legislativo local e o setor de educação, o que permitiu a legitimidade de muitas das ações realizadas.

Alguns resultados práticos do empoderamento popular em Manhuaçu são apresentados na listagem a seguir:

- Construção de um Plano Municipal de Saúde de caráter operacional e não como um instrumento burocrático.
- Mudança de percepção, por parte dos conselheiros, da finalidade e importância do Relatório de Gestão.
- Surgimento de alternativas de controle de doenças, como, por exemplo, do grupo de hipertensos, a partir do processo de diagnóstico apresentado, com foco nos COUS.
- Convivência democrática no interior do CMS e aumento do amadurecimento da participação, com respeito às diferenças ideológicas ou de qualquer outra natureza.
- Crescente participação dos conselheiros e da população nas reuniões do COUS.
- Participação do CMS na Comissão de Ética e Pesquisa de entidade local formadora em saúde.
- Ampliação da discussão local da saúde.
- Abordagem nas reuniões dos COUS de assuntos de interesse coletivo e não de assuntos pessoais.
- Aumento da intersetorialidade, especialmente com a integração de setores e profissões diversas, como educação, serviço social e promotoria vinculadas à condição de saúde local e, acima de tudo, que possam ser efetivamente realizadas.

As estratégias utilizadas para garantir a maior participação se iniciaram com a busca do chamado “empoderamento”. Dessa forma, informações fidedignas sobre saúde foram divulgadas. Isso levou a um processo de reflexão e tomada de consciência quanto à condição atual de cada indivíduo. Por fim, a comunidade participou efetivamente da formulação das mudanças desejadas e da condição a ser construída, abandonando a antiga postura meramente reativa ou receptiva. Assim, o processo preparatório da Conferência de Saúde envolveu quatro momentos distintos.

Primeiramente, foram realizadas 58 reuniões nas comunidades para apresentação de diagnósticos da saúde local e sensibilização para a participação no processo de controle social. Em um segundo momento, foram realizadas

17 Conferências Locais para eleição de delegados, estudo do controle social e levantamento de propostas de diretrizes para a saúde, baseadas no diagnóstico apresentado nas reuniões locais. No terceiro momento, foram realizadas duas pré-conferências e também a prestação de contas do Conselho Municipal de Saúde em exercício (2008/2009), além da eleição dos membros para os novos Conselhos. Finalmente, foi realizada a Conferência Municipal, com o tema “De que depende minha saúde?”, na qual se promoveu a integração de diversas entidades locais nos debates.

A criação do COUS possibilitou que o número de participantes no controle social, representantes legítimos de sua comunidade, passasse de 40 (no CMS), para 136 titulares e 136 suplentes, ou seja, 272 membros no total. Os representantes têm direito à voz e potencial para disseminar informações de saúde local.

O uso sistemático dos meios de comunicação foi também uma estratégia que viabilizou maior sensibilização, a partir da disseminação de informações, com o objetivo de promover a participação social.

O apoio logístico é outro fator estratégico, devido às grandes distâncias existentes entre as microrregiões que compõem o município de Manhuaçu. Isso inclui o deslocamento dos conselheiros, além do apoio material.

### **Anvisa, Idec e outras entidades: fortalecimento da capacidade técnica para a participação social na regulação técnica**

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) se tornaram parceiros para efetivar um processo de ampliação e fortalecimento da participação social na regulação em vigilância sanitária.

O Idec realizou um estudo que avaliou sete das agências reguladoras brasileiras. Com apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o estudo mapeou os canais de participação social nos processos regulatórios e evidenciou as práticas atuais e as barreiras estruturais e legais ao exercício do controle so-

cial na regulação de políticas públicas. Além disso, foi analisada a capacidade das entidades dos consumidores e dos Procons (Coordenadorias de Proteção e Defesa do Consumidor) em sua participação na regulação. Ao final do estudo, constatou-se baixa participação social; falta de transparência nos processos decisórios respectivos, com dificuldades para o consumidor acompanhar e participar da regulação, bem como diálogo escasso entre os órgãos do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e a agência reguladora dessa área, resultados que evidenciam uma situação na qual o consumidor surge apenas como mais um elemento existente no mercado.

No ano de 2007, o Idec propôs uma parceria com a Anvisa, através do Programa “Fortalecimento da Capacidade Técnica da Participação Social na Regulação”, com a realização de um projeto-piloto na Agência. O projeto tinha como objetivos o aperfeiçoamento dos canais de comunicação entre as agências; a organização dos consumidores e a sociedade em geral; o aprimoramento dos mecanismos de participação social; a ampliação da participação das organizações do SNDC – Sistema Nacional de Defesa do Consumidor em consultas e audiências públicas, bem como o incremento da efetividade, da transparência e da prestação de contas no sistema.

A Anvisa, dentro de um contexto político-social favorável, em consonância com a política governamental brasileira, acolheu a proposta do Idec. A Agência, então, empreendeu esforços para instituir o “Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação” e alinhou entre suas prioridades a melhoria do processo de gestão, o aperfeiçoamento e o fortalecimento da participação social no processo regulatório. O programa tem por objetivos aperfeiçoar os espaços de participação da sociedade nos processos regulatórios e fortalecer as organizações de defesa do consumidor para atuação nesses espaços.

A coordenação técnica e operacional ficou a cargo de um Comitê Gestor (CG) coordenado pelo Idec e composto de forma paritária por cinco representantes do Instituto e da Anvisa, além da Ouvidoria da Agência. Além disso, foi instituído um Grupo de Trabalho (GT) para apoiar tecnicamente a execução dos trabalhos e promover a internalização das atividades do programa na Anvisa, composto por

12 servidores da Agência, sendo dois representantes de cada uma das diretorias e dois da Ouvidoria.

Os participantes definiram que as principais questões relacionadas à participação social na regulação obedeciam a algumas dimensões que deveriam ser trabalhadas na execução do projeto-piloto. As dimensões definidas foram: agenda regulatória; canais de participação; apoio às organizações de defesa do consumidor para a participação social; comunicação da agência com consumidores e o público em geral; acesso à informação e transparência; papel da agência na defesa do consumidor; reformulação do portal da Anvisa e criação de um boletim eletrônico de boas práticas regulatórias; ampliação da representação dos setores sociais no conselho consultivo da Anvisa; publicação de uma agenda regulatória, para antecipar à sociedade os temas priorizados pela agência e, com isso, possibilitar maior transparência e participação social prévia; realização de pré-consulta sobre descarte de medicamentos; publicação da carta de serviços da Anvisa, para tornar públicos os serviços da agência, através de 99 compromissos; acesso às informações na unidade de atendimento ao público, através da central visa-atende (com 95% dos pedidos finalizados no prazo informado ao usuário); aprovação, pela diretoria colegiada, em setembro de 2010, do plano de ação relativo ao projeto-piloto em questão.

O fortalecimento da articulação e mobilização social previsto foi obtido através de medidas e estratégias diversas, relacionadas a seguir:

- Formação de novas articulações entre atores sociais, em que se inserem, além da Anvisa e do Idec, o Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC), os Procons, o Fórum das Entidades de Defesa do Consumidor, a Casa Civil da Presidência da República, as Vigilâncias Sanitárias dos estados e dos municípios, o setor educacional, entre outros.
- Desenvolvimento de estratégias de comunicação, mobilização e educação em vigilância sanitária para os movimentos e entidades sociais e de defesa do consumidor, através do Projeto VisaMobiliza, e para estudantes, através do Projeto Educanvisa.
- Mobilização de cinco mil pessoas nas atividades realizadas durante o projeto.

- Aperfeiçoamento dos canais de participação, tais como consultas e audiências públicas, com reformulação do Portal da Anvisa e criação de novo Perfil do Cidadão.
- Realização de sessões de debate (Anvisa-Debate) nas primeiras terças-feiras de cada mês, no auditório da Anvisa, e que podem ser acompanhadas pelo Portal da Agência na internet.
- Carta de Serviços ao Cidadão, lançada em novembro de 2009, torna público os serviços da Agência, detalhando 99 compromissos assumidos com a sociedade brasileira.
- Publicação do Guia de Boas Práticas Regulatórias.
- Institucionalização da reunião da Diretoria Colegiada aberta ao público, que acontece no auditório da Anvisa e é transmitida pela internet no Portal da Agência.

### **Estado da Bahia: a experiência do Mobiliza SUS**

O estado da Bahia, pertencente à região Nordeste do Brasil, tem população de 14.016.906 habitantes, com densidade demográfica de 24,71 hab./km<sup>2</sup>, abrigando 417 municípios. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,688 (PNUD/2000).

O estado da Bahia, nos últimos anos, vem experimentando um processo de democratização das suas estruturas de poder, com compromissos governamentais de implantação de políticas públicas, em geral, e do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular.

Tais mudanças no contexto político e administrativo têm permitido ampliar a atuação do estado, dentro de um novo modelo de gestão e de planejamento. Esse novo modelo é centrado na articulação intersetorial das políticas públicas e no planejamento crescente e participativo, com forte presença dos movimentos sociais, mediante estratégias de educação popular permanente para o controle social em saúde.

Numa articulação inicial com os movimentos sociais, particularmente com os movimentos de mulheres, das pessoas sem-teto, dos quilombolas, dos portadores de deficiência e outros, em parceria com o Conselho Estadual de Saúde, inicia-se uma estratégia de educação para conselheiros. Esse processo tem a finalidade de promover o fortalecimento do controle social no SUS, desenvolvendo processos pedagógicos para a ampliação e a qualificação da participação da população na formulação, na gestão e no controle das políticas de saúde.

Para tanto, a proposta denominada “Mobiliza SUS”, estabelecida desde 2008, elegeu como objetivo principal potencializar a capacidade local e regional do controle social, através da formação de uma rede de articuladores regionais e facilitadores locais de educação permanente. Para construir tal rede, foram criados espaços de reflexão das práticas de participação popular, na lógica da educação permanente para o controle social, bem como foi estabelecido um canal de diálogo com os movimentos populares, estimulando a corresponsabilidade social em defesa do SUS. Assim, buscou-se qualificar a atuação dos conselheiros de saúde, enquanto sujeitos sociais, para atuar na formulação e no acompanhamento das políticas de saúde, mediante conteúdos relativos ao direito à saúde no ensino médio, de modo a incentivar o protagonismo juvenil em defesa do SUS.

O Mobiliza SUS adotou metodologias participativas, com base territorial, articulando os sujeitos sociais em tais espaços, com o objetivo de potencializar a capacidade de resposta local e regional para a gestão participativa e o controle social no SUS. Foram desenvolvidos processos pedagógicos formais e não-formais, além da valorização das diversas experiências já desenvolvidas no âmbito estadual, proporcionando, assim, reflexão crítica e produção coletiva de um “desconforto social”, essencial para a implicação dos sujeitos na construção coletiva de uma nova concepção de controle social no SUS.

O projeto está estruturado a partir de duas estratégias principais: (a) desenvolvimento de Seminários Regionais Mobiliza SUS e (b) formação de uma rede de articuladores e de facilitadores para o controle social em saúde, desenvolvida de forma paralela e complementar, com base em cada uma das microrregiões da saúde.



Os sujeitos que compõem as redes de articuladores regionais são técnicos das Diretorias Regionais de Saúde e de Educação, além de pessoas referenciadas pelo Ministério Público e pelos movimentos sociais. Na rede local, os facilitadores são representantes de gestores e de trabalhadores da saúde, de movimentos sociais, de professores e de estudantes.

O Mobiliza SUS envolve todas as microrregiões de saúde do estado no fortalecimento do controle social. O projeto tem como meta realizar 28 seminários regionais e um encontro estadual, com a formação de 172 articuladores regionais de educação permanente para o controle social em saúde, 1.668 facilitadores para os Conselhos Municipais de Saúde, além de igual número de facilitadores do controle social na área da educação. Na prática, já foram formados 142 articuladores regionais e 1.014 facilitadores municipais, envolvendo 164 municípios, em 12 microrregiões de saúde. Além disso, objetiva-se responder às demandas dos conselhos de saúde, com a formação de 1.424 conselheiros municipais em 12 microrregiões e 111 municípios.

Foram utilizados indicadores diversos de acompanhamento, voltados para processos e resultados, de forma a monitorar, além dos seminários realizados, os quantitativos de eventos realizados e programados, facilitadores formados para os CMS, bem como de participantes e de entidades, por seminário.

Tais atividades foram avaliadas pelos Conselhos Municipais de Saúde. Além disso, surgiram propostas regionais de fortalecimento do controle social em saúde, realização de atividades de educação permanente pelos facilitadores e incremento do número de escolas que inseriram a compreensão e a discussão do SUS na educação básica.

O Mobiliza SUS, no período de dois anos, possibilitou a ampliação da participação cidadã na gestão do SUS na Bahia, com aumento de pessoas envolvidas, maior transparência, além de gestão compartilhada nas microrregiões e nos municípios.

A estratégia de articulação com os movimentos sociais e de educação popular tem permitido a ampliação da interlocução entre governo e sociedade civil, com a inclusão de segmentos tradicionalmente excluídos. No período de atuação do programa já foram também capacitados 60 militantes de movimentos sociais mediante um curso denominado “Participação Popular, Movimentos Sociais e Direito à Saúde”. Como inovações podem ser citadas: a formação de novas articulações entre atores sociais, com o desenvolvimento de estratégias de mobilização e educação popular mediante grupos de debate sobre a política pública, bem como o incentivo ao protagonismo juvenil.

### **Vitória de Santo Antão – PE: mulheres curiosas da mata e da capital – ação pela saúde das mulheres**

O município de Vitória de Santo Antão, conhecido regionalmente como “Vitória”, tem população de 109.437 habitantes, área de 344,2 km<sup>2</sup>, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,633. Sua economia se baseia na agricultura de cana e comércio. Dista cerca de 150 km da capital Recife e tem uma história marcada por coronelismo e desigualdades sociais, mas também de lutas sociais importantes, sendo sede das históricas Ligas Camponesas dos anos 50 e 60.

O Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco concentra entidades interinstitucionais, multiprofissionais, com perfil técnico e científico, e atuação educativa e investigativa. O Comitê tem o objetivo de identificar e analisar óbitos maternos e puerperais, bem como apontar medidas para redução de tal forma de mortalidade.

Criado em 1991, o Comitê é composto pela Secretaria Estadual de Saúde, pelas Secretarias Municipais de Saúde, por comissões hospitalares, pela Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Pernambuco, pelos Conselhos Regionais de Medicina e Enfermagem, por universidades públicas e privadas, além de diversas organizações de mulheres, como, por exemplo, as denominadas Cais do Porto,

Curumim, SOS Corpo, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e Rede Saúde de PE.

Outro movimento importante na região, fundado em 1996, é conduzido pelo grupo denominado “Loucas de Pedra Lilás”, organização não-governamental formada por mulheres empenhadas na atividade teatral, com humor e irreverência, com foco nas posturas cidadãs, nas relações entre homens e mulheres, além de outras questões, como educação sexual e reprodutiva, ou ainda prevenção e combate à violência.

A experiência apresenta o resultado da atuação de várias dessas entidades, em apoio a movimentos locais de mulheres, no município de Vitória de Santo Antão, na Zona da Mata pernambucana. Ali, uma estrutura de poder cristalizada dificulta a atuação dos movimentos sociais, reproduzindo o modelo tradicional de muitos dos municípios nordestinos. São localidades aonde ocorre alternância de poder restrito às elites, com exercício de práticas políticas arcaicas, o que tem restringido a participação social em saúde e em outras áreas. Além disso, em Vitória de Santo Antão, a atual gestão municipal tem mantido distância da atuação do Conselho de Saúde e não realiza esforços para garantir a participação representativa no exercício do controle social.

A motivação para a ação das referidas entidades se deu em decorrência das denúncias de abuso de esterilizações nos hospitais privados, excesso de partos em mulheres não residentes no município e também elevada proporção de partos cesáreos nos hospitais privados conveniados. Paralelamente, o único hospital público, sob gestão estadual, estava desativado e encaminhava todas as gestantes para as maternidades conveniadas.

Fato notório na localidade é que a assistência ao parto representava fonte de lucro material e político. As maternidades privadas conveniadas ao SUS realizavam cesáreas em alta escala, tendo como desdobramento comum a laqueadura tubária das parturientes.

Havia dados do setor de epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde (SES) que deram sustentação aos argumentos e às ações que se seguiram. Como, por exemplo, o fato de Vitória de Santo Antão ocupar o segundo lugar no estado, depois da capital, em termos de número de nascimentos, embora existam vários municípios mais populosos. Assim, do total de mais de 11 mil nascidos em 2010, apenas dois mil eram de residentes de Santo Antão.

As consequências de tal situação de risco das mulheres e dos recém-nascidos passaram a ser bem conhecidas e divulgadas. Foram feitas articulações entre organizações da capital, já apresentadas, e entidades locais, como o Centro das Mulheres de Vitória e o Centro Acadêmico da Faculdade de Enfermagem.

As ações desencadeadas foram planejadas dentro de uma sequência estruturada. A primeira foi uma visita surpresa ao Hospital Regional Público João Murilo. Nessa visita, um grupo de mulheres de toda a região realizou entrevistas com membros do Conselho Gestor e também com funcionários, para avaliar a estrutura e as razões da inatividade do hospital. A segunda estratégia foi também uma visita surpresa de ativistas e profissionais de saúde, em dois grupos de oito mulheres, a duas das maternidades conveniadas.

A terceira ação, que obteve maior impacto, foi uma passeata com cerca de 250 mulheres de toda a região da Zona da Mata, da qual Vitória de Santo Antão é uma das cidades-polo, com distribuição de panfletos reivindicando auditoria do SUS nos hospitais conveniados, bem como a imediata reativação do Hospital Regional Público João Murilo, com reativação concomitante do Comitê Municipal de Estudos da Mortalidade Materna (CMEMM) no município. Houve, então, marcante articulação com a imprensa estadual, resultando na divulgação de muitas notícias e, em especial, de uma coluna no Diário de Pernambuco, com o título “Uma Indústria de Partos”. Ocorreu, também, troca intensa de e-mails, informações e documentos entre as lideranças e os militantes, durante os preparativos das ações. A internet foi usada amplamente durante todo o processo de organização, planejamento, articulação e mobilização.

A ação seguinte foi a solicitação para a apresentação da situação na reunião mensal da CIB (Comissão Intergestores Bipartite) estadual. Nessa reunião, foi apresentada a dramática situação encontrada pelo movimento de mulheres e demais organizações. Na sequência, houve reiteração das pressões relativas às auditorias e à reorganização do Hospital Regional João Murilo. Além disso, foi elaborado um ofício ao Ministério Público estadual, insistindo na realização das auditorias, especialmente financeiras e sanitárias, com foco também no problema da morbidade e da mortalidade das mulheres e dos bebês.

A capacitação das lideranças e de todas as mulheres envolvidas ocorreu mediante vários eventos de iniciativa coletiva, tais como pequenas ações, reuniões, debates, troca de e-mails, esclarecimentos e produções de materiais audiovisuais.

Alguns resultados nessa experiência podem ser destacados:

- Reativação do CMEMM de Vitória de Santo Antão, cujas reuniões passaram a ser muito importantes para a comunidade.
- Fechamento de um dos hospitais conveniados, o Hospital Geral de Vitória, por parte da Vigilância Sanitária estadual, após denúncia da morte de um bebê.
- Instalação de novo setor de emergência na maternidade do Hospital João Murilo, com novo quadro de funcionários.

### **Borba – AM: controle social – desafios no equilíbrio entre as dimensões política e técnica**

Essa cidade no estado do Amazonas tem população de 32.160 habitantes, distribuída entre a sede e mais cerca de 240 comunidades rurais, com extensa área (44.500 km<sup>2</sup>) e baixa densidade demográfica (0,78 hab./km<sup>2</sup>). Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é baixo, 0,599 (PNUD/2000). A experiência ali desenvolvida tem origem nos primeiros quatro anos de exercício do atual governo municipal (2005-2008), nos quais foram priorizadas ações de estruturação dos serviços de saúde e do próprio Conselho Municipal de Saúde (CMS). Foram realizadas, então, iniciativas, como diagnóstico de situação, capacitação

de conselheiros e troca de experiências. Tais ações fortaleceram e motivaram os conselheiros e parte da sociedade civil a aprofundar o exercício de seu papel fiscalizador dos serviços e investimentos em saúde.

Assim, destaca-se a participação de conselheiros municipais no acompanhamento dos indicadores de saúde, nas prestações de contas da Secretaria Municipal de Saúde, bem como na realização da Conferência Municipal de Saúde e das Oficinas da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Dessa forma, as resoluções aprovadas pelo CMS, nesse período, demonstraram inegável participação na gestão da política de saúde municipal.

Investiu-se na capacitação dos conselheiros municipais em dois ciclos. No primeiro deles, os conselheiros aprenderam sobre a história da saúde, os fatos nacionais e a política do setor. No segundo ciclo, desenvolveu-se conhecimento sobre o município, dados sobre os serviços de saúde e informações de como participar da definição das políticas de saúde local. As capacitações e a troca de informações entre os gestores e trabalhadores de saúde contribuíram para que o conselheiro adquirisse confiança e passasse a atuar de uma forma mais firme e segura.

É importante destacar que o município de Borba, como tantos do Amazonas, possui grande dimensão territorial. O acesso a suas comunidades, que ficam a muitas horas de distância da sede, é difícil e feito por barco, o que implica a necessidade de se garantir uma logística especial, inclusive na promoção da participação nos espaços de controle social. Assim, desde 2008, foi proposta a criação dos conselhos locais de saúde, com intenção não só de incrementar a inclusão social, mas também de identificar as reais demandas das localidades. Entretanto, essa iniciativa só foi efetivada em 2010, após o amadurecimento das estratégias que a possibilitariam. Um conselho local tem como missão a fiscalização, o acompanhamento e o monitoramento das políticas públicas de saúde. Ele é composto por 16 conselheiros locais, entre eles, representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviço de saúde, sendo o presidente eleito entre os membros do Conselho, em assembleia pública, com mandato de dois anos. As reuniões são abertas a toda comunidade local e todos os presentes têm direito à voz.

As atribuições desses Conselhos Locais exigem que os conselheiros conheçam bem a região, os problemas e as demandas da comunidade, além de ter bom relacionamento com todos os moradores do local e ser aceito por eles, como pré-requisito para sua legitimidade.

A Secretaria Municipal de Saúde tem colocado profissionais de seu quadro à disposição do CMS, visando contribuir técnica e operacionalmente no planejamento, execução e conclusão de toda a etapa municipal, através da formação de um Comitê Executivo.

A organização da Conferência Municipal de Saúde foi realizada com participação efetiva dos conselheiros na definição de todas as etapas. A metodologia problematizadora passou por todos os trabalhos do evento. O elevado índice de analfabetismo não se constituiu em impedimento para a participação social, pois a metodologia utilizada ofereceu os meios necessários para garantir a participação. Além disso, foram convidados representantes de movimentos populares menos formalizados para participarem e, assim, ampliar a legitimidade do evento.

Por meio da Conferência Municipal de Saúde, foi definido um plano municipal de saúde para o período 2010-2013, no qual foram levados em consideração problemas e situações levantadas, que requereram a identificação dos fatores causais e a implementação de soluções, com forte participação da comunidade na discussão dos temas.

As reuniões itinerantes do CMS, uma inovação local, foram iniciadas após a Conferência de Saúde e contribuíram significativamente para a ampla divulgação de uma carta de direitos dos usuários do SUS. Essa estratégia foi importante para a disseminação de informações sobre o sistema de saúde e os direitos e responsabilidades dos usuários.







**CAPÍTULO 4 – PARTICIPAÇÃO  
E INCLUSÃO SOCIAL NAS  
POLÍTICAS PÚBLICAS:  
EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS**



Nesse capítulo são apresentadas cerca de uma dezena de experiências relativas à inclusão de cidadãos em processos participativos de políticas públicas diversas, porém fora da área da saúde, a partir de um estudo realizado pelo pesquisador Markus Brose (ver créditos).

Duas dessas experiências têm caráter, por assim dizer, “avulso”, não se articulando tematicamente a outras, como são os casos do Orçamento Participativo de Porto Alegre – RS e da formação dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento (Coredes), também no Rio Grande do Sul. Ambas são de iniciativa do Poder Público municipal e estadual, respectivamente.

Outro grupo de experiências resulta de programas desenvolvidos pela iniciativa privada e que têm como escopo fomentar e instrumentalizar a participação cidadã em políticas locais ou mesmo de base geográfica mais ampla. Nessa categoria estão as experiências desenvolvidas pela Mineração Anglo American, em Barro Alto – GO; pela empresa Ecológica em Pium – TO; pela fundação Demócrito Rocha no Ceará e em outros estados da região Nordeste do Brasil, bem como liderada pela FIEP (Federação das Indústrias do Estado do Paraná).

O terceiro grupo representa os movimentos sociais diversos em busca de fiscalização e transparência da ação de governos locais, tendo como focos municípios da Bahia e do Piauí, também na região Nordeste.

### **Porto Alegre – RS: democratizando a democracia através do orçamento participativo**

Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, tem população de 1.409.351 habitantes, com densidade demográfica de quase três mil hab./km<sup>2</sup> e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,865 (PNUD – 2000).

O Orçamento Participativo (OP) consiste em uma abertura do Executivo à possibilidade de que os moradores do município participem ativamente da tomada de decisão relativa às prioridades para os investimentos públicos no

próximo ano. Os munícipes, geralmente organizados com base em bairros ou distritos, debatem as prioridades para o território municipal. Com base na lista de prioridades anuais, a população delibera em assembleia sobre como alocar os recursos disponíveis para investimento, valor que é informado pelo Executivo com base nas projeções de receitas para o ano seguinte.

Fator essencial para a implantação efetiva de um processo transparente e participativo de elaboração orçamentária consiste no saneamento das contas públicas e no exercício da probidade administrativa, aspectos associados à necessária modernização da gestão de pessoal, que constitui uma das maiores rubricas do gasto público.

As etapas e detalhes regimentais de um OP variam de município para município. O modelo de Porto Alegre preconiza que a população eleja seus delegados nas assembleias populares do bairro ou distrito, proporcionalmente ao número de eleitores presentes na assembleia. A esses delegados cabe, ao longo do processo, organizar as discussões sobre as prioridades de cada bairro. Posteriormente, são eleitos os conselheiros do orçamento participativo que, mediante reuniões regulares com o Executivo, acompanham a elaboração do orçamento. Ao início de cada ciclo orçamentário anual, cabe ainda ao Executivo apresentar a prestação de contas dos investimentos realizados no ano anterior.

O OP típico, conforme o modelo de Porto Alegre, é desenvolvido em quatro etapas, dentro de um ciclo anual. Na primeira delas, ocorre a realização de assembleias por região e, simultaneamente, plenárias temáticas, nas quais representantes do Executivo explicam o processo aos novos participantes e prestam contas dos investimentos decididos no ano anterior. É feita, também, a escolha por eleição dos delegados que representarão a região.

Na segunda etapa, reuniões autônomas são realizadas pelas comunidades com apoio dos delegados. Nelas, representantes do Executivo apresentam propostas e as esclarecem aos presentes, sendo, em seguida, escolhidas as prioridades de investimento em cada bairro ou distrito, além de definidas as diretrizes setoriais para as plenárias temáticas. Nessa fase, o Conselho do OP analisa e delibera

sobre o projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) a ser encaminhado à Câmara Municipal.

Na etapa seguinte, realizam-se novas assembleias em cada região, com a presença de representantes do Executivo, que então apresentam as previsões de receitas e despesas para o próximo ano. Em cada uma das assembleias regionais são eleitos dois conselheiros titulares e dois suplentes; nas assembleias temáticas também são eleitos conselheiros por tema. Nessa etapa, a comunidade entrega formalmente aos representantes do Executivo sua lista de prioridades e, a partir disso, o Fórum de Delegados, de âmbito regional ou temático, passa a acompanhar a elaboração do orçamento.

A última etapa é a elaboração da peça orçamentária. Tal ação cabe aos técnicos do Executivo, que devem procurar a integração das prioridades eleitas, das obras emergenciais e das prioridades temáticas. Há, ainda, a posse dos novos conselheiros e a realização de um curso sobre orçamento público. Em seguida, são realizados amplos debates e deliberações dos conselheiros sobre a peça orçamentária. No final do processo, a nova LDO é enviada ao Legislativo municipal para apreciação.

A prática do OP permite uma série de ganhos políticos, simbólicos e materiais, a saber:

- Possibilita a redistribuição de recursos para os grupos vulneráveis da população e, em geral, encontra-se uma relação inversa entre a renda média dos moradores de um bairro e o volume de investimentos *per capita* decididos pelo orçamento participativo para aquele território.
- Cria, ao longo do tempo, uma previsibilidade quanto ao processo decisório do Executivo, um elemento muito precioso em um país cuja marca registrada da gestão pública é a descontinuidade, simbolizada pela troca de gestores – e prioridades – a cada dois anos.
- Gera uma tensão permanente sobre os órgãos públicos, em especial sobre os gestores, para a transparência e responsabilização, os quais passam a

- ter que debater em público, inclusive as limitações e falhas que antes eram ocultadas pela alegada superioridade do saber técnico.
- Permite a participação individual e estimula a participação do maior número possível de pessoas, potencializando uma estrutura organizativa antes restrita aos núcleos de associações de moradores, para uma rede de cidadãos, grupos, movimentos e comissões.
  - Expõe a fragilidade de receitas prontas e tecnologias sociais que são adotadas pelo setor público por modismo, ou ao sabor da troca constante dos gestores, evidenciando, também, a fragilidade do setor público à questão eleitoral, ampliando a dimensão organizadora entre a sociedade civil, através da ação mobilizatória do Poder Público.

### **Rio Grande do Sul: conselhos microrregionais de desenvolvimento (Coredes)**

O estado do Rio Grande do Sul, situado na região Sul do Brasil, tem população de 10.963.219 habitantes, densidade demográfica de 38,9 hab./km<sup>2</sup> e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,814 (PNUD – 2000), abrigando 496 municípios de variados portes.

Os Conselhos Regionais de Desenvolvimento do Estado do Rio Grande do Sul (Coredes) constituem pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, tendo foro na comarca em que reside seu presidente e sede política em todos os municípios que o integram. Isso permite municípios diferentes sediarem cada uma das reuniões. Seu funcionamento ocorre através da deliberação, em reuniões plenárias realizadas em caráter ordinário.

O Coredes tem como órgão maior a assembleia geral, composta por representantes de todos os segmentos da sociedade, assegurada a paridade entre setor público, iniciativa privada e sociedade civil. Essa assembleia elege um conselho de representantes como órgão executivo, que, por sua vez, aponta uma direção executiva, composta por um presidente, vice-presidente, tesoureiro e secretário com mandatos de dois anos. O Conselho de Representantes é escolhido por segmento social, por exemplo, os presidentes de cooperativas elege um re-

presentante, o mesmo ocorrendo para os demais segmentos. O conjunto dos conselhos forma o Fórum Estadual dos Coredes.

A formação do Coredes é variada, pois segue critérios políticos regionais. Assim, há conselhos que englobam seis municípios, enquanto outros cobrem o território de 35 municípios. O Coredes depende da correlação de forças políticas e da cultura local para sua constituição, o que levou a algumas fragmentações e ao número atual de 28 Coredes.

Apesar da diversidade entre as microrregiões, quatro prioridades foram comuns à maioria das demandas sistematizadas inicialmente pelos Coredes. São elas: (a) conservação do solo e diversificação de culturas; (b) pavimentação e manutenção de estradas; (c) eletrificação rural; (d) instalação e manutenção de serviços de educação e saúde.

Os conselhos concentraram-se em indicar prioridades por região para atendimento. Isso é feito através do orçamento estadual, configurando uma espécie de versão territorialmente ampliada das experiências de orçamento participativo até então estritas à esfera municipal.

A ausência de continuidade na orientação do governo estadual quanto à regionalização e as constantes tensões entre as forças centralizadoras e descentralizadoras nas Secretarias Estaduais, em especial as de Planejamento e de Desenvolvimento Econômico, impedem os Coredes de participar de forma contínua na formulação de políticas públicas.

Em 1995, a Secretaria de Planejamento assumiu a tarefa de interlocução com o Fórum dos Coredes, criando-se regras e normas para estruturar as relações com a administração estadual. Mediante a regularidade na articulação, verificou-se o crescimento de propostas apresentadas, de 532, em 1996, para 705, em 1997. Buscando não ficar à margem do processo, a partir de 1996, a Comissão de Finanças e Planejamento da Assembleia deu início ao Programa de Interiorização do Orçamento, organizando audiências públicas no interior, com apoio dos Coredes, para discussão da proposta orçamentária. Foram realizadas

três audiências, em 1996, e sete, em 1997, contando com o secretário estadual de Planejamento como convidado.

Essa sistemática que vinha sendo construída desde 1991 foi alterada pelo Governo Estadual mediante a Lei 11.179 de junho de 1998, que introduziu a ferramenta da consulta popular anual. Inicialmente cada Coredes elabora uma lista contendo entre dez a vinte opções de investimento para a microrregião, que são relacionadas em uma cédula, com a indicação dos seus valores e dos municípios beneficiados em cada caso. Em um segundo momento, os eleitores são chamados a votar, inicialmente via urna eletrônica, depois também via internet, indicando até cinco alternativas de sua preferência. A primeira consulta popular, em 1998, contou com a participação de 379.205 eleitores, representando 5,8% do total de eleitores do estado, indicando prioridades para alocar R\$ 100 milhões, em torno de 1,25% do orçamento estadual.

A trajetória dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento gaúchos, formados em 1991 e ativos até hoje, certamente com muitos altos e baixos, representa uma das mais impressionantes conquistas da participação por parte da sociedade organizada na democracia brasileira. Os Coredes representam uma estrutura de governança microrregional formada por empresários, trabalhadores, militantes e pesquisadores, que se contrapõem à limitada e crua lógica do mercado, na qual se preconiza que o cidadão deve recorrer, através de trabalho e renda, aos locais escolhidos pelas grandes empresas para instalar suas unidades produtivas. Desse ponto de vista, os Coredes têm origem no mesmo sentimento de direito à vida e na autogestão com dignidade, que deu origem tanto ao Movimento Tradicionalista Gaúcho, como ao Movimento dos Sem Terra, ou ao Movimento de Atingidos pelas Barragens.



## ORBIS/FIEP – Estado do Paraná: promovendo o desenvolvimento local no Paraná

O estado do Paraná, situado na região Sul do Brasil, tem população de 10.439.601 habitantes, densidade demográfica de 52,37 hab./km<sup>2</sup> e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,820 (PNUD – 2000).

O Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade (ORBIS) tem como missão produzir informações sociais, econômicas e ambientais, divulgando-as para os cidadãos. O ORBIS é mantido pela Federação das Indústrias do Estado do Paraná (FIEP).

A concepção do ORBIS, inspirada no Observatório Global Urbano da Organização das Nações Unidas (ONU), começou a ser discutida no final de 2003, durante a Conferência Internacional sobre Indicadores de Desenvolvimento Sustentável e Qualidade de Vida. Essa conferência reuniu, na capital paranaense, especialistas, líderes empresariais e pesquisadores de várias partes do mundo, com o objetivo de refletir sobre cenários alternativos para se medir a qualidade de vida. A ideia do Observatório foi então implementada, mediante parceria entre o Instituto Paraná Desenvolvimento (IPD) e a FIEP.

O ORBIS selecionou parte dos 48 indicadores estabelecidos pela ONU, encarregando-se da coleta de dados no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ministérios, centros de pesquisa e outros, construindo, assim, indicadores para acompanhamento. Esses indicadores foram então transformados em representação gráfica de fácil entendimento ao cidadão, permitindo acompanhar a evolução das metas do milênio. Integrando os indicadores com técnicas estatísticas e de geoprocessamento, o ORBIS produz análises e diagnósticos para gestores públicos, lideranças empresariais e organizações não governamentais. Esse conjunto de informações é apresentado para redes sociais e como subsídio para a mobilização comunitária.

Em 2006, foi publicado o estudo “Indicadores do Milênio no Estado do Paraná” como subsídio aos Círculos de Diálogo municipais que foram organizados

pelo interior do estado através do movimento “Nós Podemos Paraná”, iniciado nesse mesmo ano sob liderança da FIEP. Tal movimento foi criado com o intuito de intensificar o processo de mobilização, no estado, pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Mais de quatro mil pessoas participaram dessa primeira rodada de encontros municipais para análise e debate dos indicadores de desenvolvimento.

Os Círculos de Diálogo são eventos abertos à sociedade, baseados na metodologia da Investigação Apreciativa (IA), criada em meados da década de 1980 na *Case Western Reserve University*, nos EUA. Tal metodologia foi desenvolvida em quatro etapas: (a) identificação das potencialidades da localidade; (b) construção de um ideal de futuro; (c) estabelecimento de prioridades; e (d) elaboração de um plano de ação.

Nos Círculos de Diálogo, os participantes são agrupados em mesas-redondas com cerca de oito pessoas em cada uma. A composição de cada mesa deve contemplar a representação dos diferentes setores da sociedade, buscando enriquecer o diálogo, sendo cada uma delas identificada com um dos ODM. Os grupos conhecem e estudam a situação dos indicadores dos ODM de sua cidade, mapeiam iniciativas já em andamento, buscam identificar gargalos ainda existentes e propõem ações para o desenvolvimento local. Para a operacionalização de projetos, são articulados parceiros tanto junto às lideranças empresariais, lideranças comunitárias, como no setor público, para a formação dos Círculos Locais de Trabalho. Esses círculos representam um fórum de articulação e facilitação, buscando promover transformações planejadas no município.

O ORBIS publicou, em parceria com o movimento “Nós Podemos Paraná”, em 2007, o estudo “Indicadores do Milênio: Paraná e Mesorregiões”. Em 2009, foi divulgada a cartilha virtual “Nós Podemos Mobilizar em Prol dos ODM”, assim como a publicação “Objetivos do Milênio: estratégia para o desenvolvimento local”. Nesse mesmo ano, foi lançado o Portal ODM, que reúne indicadores dos 5.565 municípios brasileiros, e, desde o seu lançamento, contabilizou mais de 800 mil acessos.

Em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Secretaria Geral da Presidência da República, ao longo de 2009, o ORBIS e o movimento apoiaram a realização de seminários em todo o país, disseminando a ideia do “Nós Podemos” nos demais estados da Federação. Esses eventos contaram com oficinas de mobilização nas capitais, oficinas informativas sobre o Prêmio ODM Brasil, bem como com oficinas sobre os ODM para prefeitos. Foram mobilizadas mais de 15 mil pessoas naquele ano. No Paraná, o movimento conta com 390 Núcleos Regionais, integrando ações de políticas públicas e da FIEP, para a promoção do desenvolvimento local.

Os 522 Círculos de Diálogo realizados já engajaram 390 municípios paranaenses, envolvendo diretamente mais de 37 mil participantes. Foram constituídos 390 Círculos Locais de Trabalho, resultando em um total de 753 projetos. Mais de 100 mil voluntários foram mobilizados por esses projetos a favor dos ODM, cujos resultados são apresentados nas mostras realizadas durante a conferência anual do movimento. As conferências mobilizaram, nos últimos três anos, cerca de 6 mil pessoas na análise e sistematização dos impactos.

Foram criados, ainda, dois cursos na modalidade de ensino a distância, nos temas “Mobilização em prol dos ODM” e “Indicadores para avaliar e monitorar políticas e projetos”, contando com mais de 4 mil inscritos. Em 2011, foi criado o Selo ODM, certificando até o momento 105 instituições no Paraná que trabalham em prol dos ODM.

### **Empresa Ecológica – município de Pium, Ilha do Bananal – Tocantins: o componente social do desenvolvimento sustentável**

O município de Pium, sede do presente projeto, situa-se na região da Ilha do Bananal, estado do Tocantins, na região Norte do Brasil, tem população de cerca de sete mil habitantes, distribuídos em uma área de 10.012,666 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 0,67 hab./km<sup>2</sup> e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,690 (PNUD – 2000). É um município pobre, com base econômica na pecuária e no extrativismo.

Em 1996, a empresa de consultoria Ecológica, do Tocantins, concorreu com 12 outras organizações a um edital para compensar as emissões de gases de efeito estufa da nova unidade de geração de energia, a partir de gás natural da empresa AES Barry, que fica no Reino Unido. Em um período ainda anterior ao Protocolo de Quioto, firmado em 1997, os recursos tinham origem no fundo de responsabilidade social da empresa.

Em 1998, saiu o resultado positivo do edital e, no ano seguinte, o primeiro projeto brasileiro de sequestro de carbono foi implantado na Ilha do Bananal, ao longo do rio Tocantins. Desenvolveu-se, assim, o teste do conceito de Carbono Social, com sequestro de carbono através do plantio de mudas. A partir de 2000, ocorre a integração dos vários componentes do projeto, desencadeando um processo de ativo engajamento comunitário em ações de educação ambiental e manejo da mata nativa, aliados à pesquisa científica.

Às margens do rio Tocantins, no município de Pium, foi instalado o Centro de Pesquisa Canguçu, primeiro centro privado de pesquisa em mudanças climáticas do país, integrado ao Experimento de Larga Escala da Biosfera da Amazônia. E na capital, Palmas, foi criado o Instituto Ecológica. Esse Instituto é responsável por implementar projetos de reflorestamento, geração de renda e acesso aos direitos junto às comunidades da região, que administra o Centro de Conhecimento em Biodiversidade Tropical, localizado no entorno da capital.

O conceito de Carbono Social prevê a construção de indicadores utilizados de modo participativo com as comunidades locais, para aferir, ao longo do tempo, qual a contribuição do novo empreendimento para a melhoria da qualidade de vida, da biodiversidade e da dinamização da economia local. Para tanto, são realizadas, em intervalos regulares, assembleias comunitárias, nas quais os participantes identificam e quantificam as mudanças que vêm ocorrendo no seu território por decorrência do projeto de créditos de carbono. Essas mudanças são quantificadas e registradas em um mapa pelos representantes da Ecológica, que atuam como facilitadores e observadores nesses eventos.

Os dados assim coletados são transformados tanto em planos de ação que buscam a melhoria dos índices, como em metas que informam os investidores, quanto em impactos sociais, econômicos e ambientais do empreendimento. Através da normatização dos procedimentos de aferição dos indicadores, a Ecológica passou a dispor de um padrão que não dependia mais apenas das atividades na Ilha do Bananal e podia ser replicado em outros projetos de compensação ou sequestro de carbono, dando origem ao selo Carbono Social.

O conceito passou a ter reconhecimento nacional e internacional. Em 2008, a Ecológica Assessoria deu origem a uma nova empresa com sede em São Paulo, a Sustainable Carbon. Essa empresa especializou-se em projetos de eficiência energética e geração de energia com biomassa na cadeia produtiva de pequenas cerâmicas. A Sustainable Carbon possui mais de 80 projetos em todo o país, especialmente nas regiões Centro-Oeste e Nordeste.

O Instituto Ecológica é detentor dos direitos do padrão de certificação voluntária de créditos de carbono, o Socialcarbon Standard. Com mais de 45 projetos certificados, desde 2010, o padrão está sendo utilizado também em outros locais, como em Yunnan, no sul da China, na Turquia e na ilha de Sumatra, Indonésia.

### **Esperantina – Piauí: caravanas de mobilização**

A partir de 1993, o Centro de Educação Popular Esperantinense (CEPES), com sede no município de Esperantina, região centro-norte do Piauí, começou a ministrar cursos de fiscalização das contas públicas, abertos aos cidadãos da região. Entre outras atividades, os voluntários organizaram as Caravanas da Fiscalização que, com grande apelo popular, passaram a circular anualmente entre os municípios, oferecendo palestras, realizando assembleias e colhendo denúncias.

Dezesseis prefeituras da região foram denunciadas ao Ministério Público, como resultado das primeiras caravanas. Diversas Câmaras Municipais, que funcionavam apenas um dia ao mês, no dia da sessão obrigatória dos vereadores, passaram a ter expediente regular em horário comercial. Diante dos resultados obtidos,

a experiência consolidou-se sob o nome de Força Tarefa Popular, que hoje atua em todo o estado do Piauí.

A Força Tarefa Popular é formada por uma coalizão de voluntários, assessores jurídicos, organizações comunitárias e movimentos sociais do Piauí, que tem como objetivo sensibilizar e informar à população sobre seus direitos e deveres frente ao Estado. Para tanto, são realizadas, anualmente, marchas que duram 15 dias, em que os grupos de voluntários percorrem a pé diversos municípios do interior, levando bandeiras amarelas, além de vestir camisetas e bonés da mesma cor. Ao final do percurso, a marcha dirige-se à capital, onde as denúncias colhidas no caminho são encaminhadas ao Ministério Público e ao Tribunal de Contas. Além disso, são realizadas ações de visibilidade e informação junto à imprensa escrita, ao rádio e à televisão.

No mês de julho de 2010, foi realizada a nona marcha, denominada “Contra a Corrupção, pela Vida”, partindo da microrregião de Picos. Quando chegam a um município, os integrantes da Força Tarefa Popular realizam cursos de fiscalização das contas públicas, aulas de cidadania em praça aberta; petições aos promotores exigindo medidas legais contra prefeitos e vereadores, realizando ainda, eventualmente a ocupação cívica de obras abandonadas e a movimentação de ações judiciais.

A experiência da Força Tarefa Popular serviu de inspiração para um grupo de organizações não-governamentais da Bahia, que lançou, em 2005, a campanha “Quem não deve, não teme”. Essa campanha é fruto do Fórum Baiano de Políticas Públicas e seu objetivo é ampliar a participação popular e o controle social das contas públicas no meio rural. Além disso, a campanha busca informar e mobilizar as organizações locais para o exercício da fiscalização popular das contas municipais, mediante o fundamento jurídico de que é de direito dos cidadãos o acesso à informação e a prestação de contas do Poder Público, de acordo com o previsto na Constituição.

Os grupos e organizações locais são informados e estimulados a irem à Câmara Municipal para rever e analisar as contas da administração municipal do

ano anterior. Os boletins e informes de atualização são divulgados através de rádios comunitárias e anúncios em carros de som.

### **Sigefredo Pacheco – PI: Comissão de Fiscalização do Poder Público Municipal**

Ao final do ano de 1998, o Sindicato de Trabalhadores Rurais (STR) do município de Sigefredo Pacheco, no Piauí, articulado com outras organizações da sociedade civil, realizou um seminário municipal. Esse seminário debateu políticas públicas como passo inicial para a elaboração de um Plano de Desenvolvimento Local.

Assessorado pela Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Piauí (Fetag), o Sindicato realizou um diagnóstico dos pontos críticos do município e sua relação com os serviços públicos existentes. As muitas falhas diagnosticadas deram origem a uma análise da Lei Orgânica Municipal e à identificação de muitas discrepâncias entre o texto da legislação e a realidade dos serviços públicos.

Esse conhecimento motivou as lideranças sindicais e os representantes dos movimentos sociais a criarem a Comissão de Fiscalização do Poder Público Municipal (Comfisp). Foi instituída uma coordenação executiva que passou a analisar os balancetes da Prefeitura encaminhados à Câmara Municipal. Após iniciar os trabalhos, a coordenação da Comfisp detectou tamanho volume de irregularidades na administração municipal que se fez necessário o encaminhamento de denúncias ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público. A opinião pública foi informada por meio de assembleias públicas e da distribuição de manifestos e de boletins nas comunidades rurais.

A situação denunciada pelo movimento tornou-se insustentável, de tal forma que a Câmara Municipal promoveu o *impeachment* do prefeito por acusações de improbidade administrativa, mediante longo processo, que se encerrou em abril de 2000. Essa experiência gerou um choque cultural na comunidade, que não estava acostumada a denúncias públicas de corrupção ou a consequências práticas. A cassação do prefeito, em decorrência da mobilização popular, dividiu

os moradores. Alguns consideraram os fatos como uma espécie de ataque à ordem, outros ficaram satisfeitos e impressionados com o poder demonstrado pela mobilização popular.

Lideranças comunitárias, integrantes da Comfisp, aceitaram trabalhar na gestão de transição do município, até a realização de novas eleições. Alguns membros da comissão, inclusive, concorreram nas eleições marcadas para o final de 2000.

Após o início da nova administração municipal, em janeiro de 2001, houve, junto à opinião pública, indícios de novas falhas na prefeitura. Um grupo de moradores voluntários, mediante assessoria do Centro Piauiense de Ação Cultural (Cepac), com sede em Teresina, reativou a comissão de fiscalização como instrumento de controle social e busca de transparência. A partir de um plano de ação construído por parceria de organizações locais, foi desenvolvido um programa contínuo de capacitação de lideranças e voluntários em orçamento público e controle social. Esse programa durou até 2005. Nesse período, a comissão buscou se dissociar da imagem de “cassadora de prefeitos” para consolidar-se como instância legitimada de controle social.

Tendo em vista a repercussão estadual positiva do caso, tanto o Ministério Público quanto o Tribunal de Contas passaram a convidar lideranças do município de Sigefredo Pacheco para participarem de audiências públicas e eventos na capital, para relatar a experiência. Em 2003, foi realizada uma audiência pública com representantes do Ministério Público estadual na Câmara Municipal local. Essa audiência abriu espaço para ouvir e registrar as denúncias e reclamações dos moradores da cidade. Houve, ainda, um processo de reestruturação e busca de maior representatividade popular nos conselhos municipais, em especial nos da Educação, da Saúde e da Assistência Social.



## Municípios da Bahia: grupos de cidadania

A organização não-governamental Centro de Assessoria do Assuruá (CAA), com sede no município de Irecê, na região central da Bahia, foi fundada nos anos 1980, com foco em ações de convivência com o semi-árido.

Entre 1999 e 2000, o CAA iniciou, em parceria com a Comissão Pastoral da Terra (CPT), o trabalho de formação de Grupos de Cidadania, no âmbito do seu Programa de Cidadania Ativa. Esse programa, focado nas políticas públicas da região, tem o objetivo de fortalecer o exercício da democracia estimulando o controle social junto a prefeituras e câmaras municipais. Essa iniciativa buscou ampliar a ação em parceria com organizações comunitárias que já vinham trabalhando com o CAA em cinco municípios baianos: Gentio do Ouro, Brotas de Macaúbas, Oliveira dos Brejinhos, Ipujiara e Morpará.

O programa foi iniciado com uma etapa de sensibilização e de capacitação de grupos de voluntários de cada município. A capacitação teve como tema o orçamento público e o controle social. Em seguida, os grupos foram orientados a iniciar o acompanhamento continuado das ações da prefeitura e da câmara. O Grupo da Cidadania do município de Gentio do Ouro foi pioneiro em buscar, no ano de 1999, o acesso aos dados sobre as contas da Prefeitura. No entanto, esse direito foi negado por três anos consecutivos.

Com base nesse processo de aprendizado inicial, os técnicos do CAA organizaram a etapa seguinte nos municípios em reuniões de formação e acompanhamento. Para a formação, foram estruturadas duas categorias de conteúdo: conceitos relacionados a políticas públicas, participação e cidadania no contexto da legislação, de um lado, e desenvolvimento de ferramentas de trabalho em grupo, condução eficiente de reuniões, dinâmicas de aprendizagem coletiva e técnicas de planejamento, de outro.

À medida que se tornavam cada vez mais atuantes nos seus respectivos municípios, os voluntários dos Grupos de Cidadania enfrentavam diversas formas de discriminação por parte de lideranças políticas e de seus associados. Assim,

em uma primeira fase, de verdadeiro “choque cultural”, diversas prefeituras se recusaram a cumprir a lei e disponibilizar os orçamentos ao cidadão. Foi particularmente difícil, inclusive para a Justiça, tomar decisões favoráveis aos Grupos de Cidadania. Juízes e promotores identificados com a ideologia autoritária se valeram de recursos processuais diversos para atrasar a garantia de direitos que favoreciam o cidadão comum.

De toda forma, o programa de cidadania do CAA foi consolidado. Esse programa atua, hoje, em seis municípios, dos Territórios da Cidadania de Irecê e do Velho Chico, nos quais a organização se destaca com ações de apoio à segurança hídrica. Um dos fatores que contribuiu para a continuidade dessa iniciativa foi a articulação de apoio e orientação técnica junto a organizações correlatas. Foi o que ocorreu, por exemplo, com a Articulação de Políticas Públicas da Bahia (APP) e o Movimento Nacional de Combate a Corrupção Eleitoral (MCCE).

Além das atividades de ensino, a equipe da AATR desenvolve outras atividades correlatas, como, por exemplo: mobilização das organizações locais para identificar pessoas sem a documentação civil (certidão de nascimento, identidade, CPF etc.); orientação para acesso a órgãos públicos; encaminhamento e orientação jurídica aos casos de violação de direitos humanos; assistência jurídica a famílias nos casos em que um seus membros tenham ações judiciais paradas em alguma das instâncias, bem como orientação jurídica aos movimentos sociais com relação aos conflitos agrários e crimes ambientais na região.

Entre os impactos imediatos da formação de Juristas Leigos, merece especial destaque o incentivo ao exercício da cidadania e de direitos em comunidades rurais. Assim, os moradores passam a exercer sua cidadania de forma mais qualificada e consciente, tornando-se, sem dúvida, mais capazes de reivindicar necessidades de se defenderem de eventuais abusos do poder.



**CAPÍTULO 5 – PARTICIPAÇÃO  
E INCLUSÃO SOCIAL EM  
POLÍTICAS PÚBLICAS:  
EXPERIÊNCIAS EUROPEIAS**



## Região Toscana – Itália: *Electronic Town Meeting* (E-TM)

A região da Toscana, na Itália setentrional, tem população de 3.619,872 habitantes, com densidade demográfica de 157hab./km<sup>2</sup> e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,854. É um importante polo industrial, cultural e de turismo.

O *Electronic Town Meeting* (E-TM) é considerado um método de interação entre os cidadãos e as políticas sociais. Esse método permite um processo de “discussão informada” com os cidadãos, a partir de uma amostra selecionada da população, que pode variar desde algumas centenas a um grupo de mil pessoas. O E-TM pode ser considerado um instrumento de consulta pública caracterizado por ser novo modo de dialogar com os cidadãos, com as vertentes seguintes: (a) consultiva – sonda a opinião pública sobre determinado tema; (b) deliberativa – constrói o conteúdo de uma lei ou política; (c) projetiva – constrói linhas norteadoras de um plano estrutural.

O E-TM tem sido utilizado em diversos países da Europa nos últimos anos e, em particular, na região da Toscana, na Itália, onde, a partir desse método, se construiu um plano estrutural para a cidade de Florença. A essência dessa ferramenta é a apreensão do pensamento dos cidadãos, seja coletivamente ou individualmente, para se chegar a uma deliberação final. O E-TM é resultado de um consenso entre as diversas opiniões surgidas, de forma mediada por especialistas convidados. Mais do que opiniões, o E-TM procura trabalhar com o pensamento informado e racional das pessoas. Esse método depende, naturalmente, de processos específicos de preparação, com disponibilidade de uma base informativa sólida e apoio de uma equipe familiarizada com a metodologia desse tipo de evento.

A particularidade desse instrumento é alternar diferentes tipos de etapas, de discussão em pequenos grupos (entre 10 e 12 participantes), de sessão plenária com presença de um especialista; de voto individualizado, bem como de apresentação dos resultados em uma única jornada de trabalho.

Os trabalhos são moderados por um *facilitador* profissional, que garante uma discussão fluida e democrática. O conteúdo resultante do processo é enviado a uma equipe, encarregada da síntese das opiniões mais recorrentes e da individualização das opiniões.

- O fluxo da informação é garantido graças à presença de estrutura tecnológica adequada, inclusive de instrumento eletrônico de voto. O tema da discussão é analisado em tempo real por um especialista e por um coordenador encarregado de definir o momento da votação eletrônica. Ao fim da tarefa, o participante recebe um relatório síntese contendo todo o resultado da jornada de trabalho.

No ano de 2007, ocorreu, na Toscana, um debate participativo ampliado para discussão de tema controverso da gestão pública de saúde. O processo teve a participação de 350 pessoas, ditas “portadoras de interesses”, a partir de uma agenda de 112 assuntos representativos da estrutura sanitária. Considera-se que, ao final do processo, foi possível conhecer legitimamente a opinião de um número significativo de cidadãos da Toscana.

Nessa experiência, o E-TM se mostrou eficaz, considerando o contexto maduro da participação social além de pronto para acolher as propostas. A eficácia de tal método depende também de outros fatores, tais como: do esforço organizativo necessário, dos recursos econômicos, além, principalmente, da potencialidade de se promover impacto real no contexto socioeconômico.

### **Região Toscana – Itália: “Ideias para a Saúde”**

Em 2007, o Conselho da Região da Toscana, na Itália (correspondente ao governo estadual no Brasil), aprovou uma lei que regulamenta a participação social nas políticas públicas locais e regionais, de forma inédita naquele país. Em decorrência disso, 65 projetos de participação surgiram na Toscana, englobados sob o título geral de “Ideias para a Saúde”. Esses projetos foram apoiados por uma entidade civil, a “Società della Salute” (SDS), com apoio financeiro do

governo regional e atuando a partir da estratégia de integração de serviços de saúde e sociais.

A SDS é um consórcio público e trabalha com um plano regional de saúde, tendo como objetivo desenvolver políticas locais de cuidado à saúde, de maneira unificada e participativa. Através de um Plano de Saúde Integral (IHP), uma iniciativa de planejamento social e de saúde com base regional, a SDS integra outras ferramentas de planejamento relacionadas ao bem estar público.

O propósito do projeto “Ideias para a Saúde” é ajudar a definir o novo IHP, com particular atenção às pessoas portadoras de necessidades especiais e também às pessoas que vivem de trabalhos informais. Nele, os cidadãos são convidados a comentar as decisões do planejamento local, no que diz respeito à saúde e às questões sociais. Sua realização se dá em três fases: (a) análise preliminar sobre a situação social de saúde da área em questão, na qual se publica um documento informando o público e fornecendo ferramentas para a próxima etapa; (b) fase de informação e participação, que inclui a preparação do encontro, de participação da comunidade, sobre os tópicos de necessidades especiais, com envolvimento dos cidadãos e de diferentes associações, com a formação de pequenos grupos de conversa e seleção de selecionados apresentadores, que passam por três rodadas de conversa, de 15 minutos cada: na primeira, se define o conceito das necessidades essenciais; na segunda, de acordo com as experiências vivenciadas pelo grupo, se definem quais necessidades são conhecidas, quais não são e quais são consideradas como especiais; na terceira etapa, com foco no futuro, são definidas quais necessidades são associadas a incapacidades e as respectivas prioridades.

Na última fase, de consolidação dos resultados, é construído um documento final contendo os resultados e as questões do processo participativo.

O projeto de comunicação é organizado pela SDS e divulgado em seu endereço eletrônico. Busca-se a formação de uma “rede de desenvolvimento” participativa, com a presença de usuários, beneficiários ou parceiros escolhidos aleatoriamente, a partir de uma lista fornecida por associações e cooperativas da área. A metodologia usada para envolver os membros da associação é denominada de

*World Cafe*, ou seja, conversação em pequenos grupos de pessoas sentadas ao redor de uma mesa, como numa cafeteria. Essa metodologia permite o diálogo com alto grau de interação e grande número de participantes, com estímulo ao diálogo colaborativo e troca de ideias.

A *Conferência de Pesquisa do Futuro* é outra ferramenta de planejamento participativo, tendo como ponto de partida a análise da situação do contexto no passado e também no presente. Essa metodologia tem o objetivo de desenvolver um cenário e ações para o futuro.

Por meio dessa iniciativa, tem sido possível promover medidas bem-sucedidas de incremento de emprego, educação, oportunidades de acesso aos serviços sociais, com ênfase no apoio a pessoas portadoras de necessidades especiais.

Estima-se que as ações desenvolvidas proporcionam incremento da participação do público em geral, e, em particular, das pessoas e grupos envolvidos diretamente, como os portadores de necessidades especiais. Muito além dos interesses particulares, as ações têm foco em temas mais de natureza coletiva. Permanece, ainda, o desafio da coordenação entre entes diferenciados e a busca de sua sinergia operacional, dentro de uma visão sistêmica. Outro desafio é a criação de redes locais e alianças voltadas para a autonomia e a promoção da saúde.

### **Paris – França: Ateliers Santé Ville**

A França, ao contrário de outros países europeus, é caracterizada por ter desenvolvido, no início dos anos 1990, consistente reforma da estrutura política para suas cidades. Essa reforma teve como objetivo reduzir as desigualdades e dar soluções aos problemas sociais de áreas mais pobres das cidades, principalmente as de maior porte. A experiência francesa com os Ateliers Santé Ville (ASV) representa uma estratégia de governança na política social regionalizada, característica desse país. Essa metodologia tem como referência as variáveis socioeconômicas e epidemiológicas e, como foco, a exclusão social.



A promoção e a organização das ações dos ASV contam com voluntários que oferecem seu tempo e conhecimento. As atividades são supervisionadas por um comitê que organiza os objetivos e a agenda dos ASV. Suas estratégias incluem: (a) identificação das necessidades populacionais; (b) mobilização e a coordenação de diferentes atores sociais; (c) diversificação dos modos de intervenção, além de (d) incremento do acesso e, principalmente, o desenvolvimento da participação ativa dos cidadãos em todas as fases da implementação da política, desde o diagnóstico até a avaliação.

A experiência do 18º Distrito (*Arrondissement*) parisiense representa um caso bem-sucedido da prática com os ASV. Seu ponto forte é o efetivo apoio que recebe das associações de vizinhança, em parceria com a administração pública local. O objetivo dos ASV é reunir toda a população da área do distrito, com envolvimento em todas as fases das atividades, desde o diagnóstico até a formação dos grupos de trabalho e a avaliação da intervenção.

Assim, a principal característica dos ASV envolve a criação de um diagnóstico com bases anuais, que fornece dados sobre a saúde da população do distrito envolvido, com especial referência às necessidades de serviço e apoio social. A investigação resulta da análise do cenário social, baseada em diversos componentes, tais como qualidade de vida no bairro e acesso a serviços de saúde e atividades de prevenção, bem como na detecção das principais evidências da situação de saúde da população e das necessidades e ações para melhorar o cenário.

Com esse diagnóstico, procura-se obter melhor entendimento da real situação de saúde, baseada na percepção das pessoas que vivem no local. Além disso, há compartilhamento das informações entre cidadãos, profissionais e instituições em nível nacional e local.

Os ASV englobam também uma variedade de atividades focando a disseminação de informações na construção do *empoderamento social* no setor saúde. Pode-se destacar, ainda, a organização de processos de treinamento mediante seminários em nutrição, saúde da mulher e acesso aos serviços de saúde. Tais processos, referidos como “treinamento-ação”, têm foco nos fatores psicossociais, com propósitos

não só de informar e educar os parceiros locais sobre os recursos relacionados à saúde, como de identificar as necessidades na assistência do estresse mental e, por fim, definir as linhas de ação coletiva adaptadas para cada território.

O desenvolvimento dos ASV em Paris é considerado um modo dinâmico e inovador de participação dos cidadãos na política pública. A mais importante força dos ASV é que se constituem em ferramentas de integração das políticas de saúde no contexto da política urbana. A integração é aspecto imperativo nas decisões políticas em áreas urbanas, pois permite levar em consideração fatores causais dos problemas das políticas, incluindo a saúde. Além disso, tal integração desperta respostas baseadas no conhecimento econômico, social e epidemiológico referentes aos territórios em foco. Reforça-se, assim, o pressuposto de que políticas sociais e de saúde, baseadas em modelos centralizados de definição de intervenções, é inadequado para garantir bons resultados.

### **Roma – Itália: Centros de Aconselhamento Familiar**

Os Centros de Aconselhamento Familiar (CAF) representam uma iniciativa de valorização das questões de gênero na política de saúde e estão estabelecidos por lei na Itália desde a década de 1970. O CAF é resultado das ações dos movimentos feministas, nos termos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, particularmente, pela Conferência de Alma Ata. Seus pressupostos, em suma, se referem ao empoderamento das pessoas comuns no trato com a própria saúde, buscando superar a tradicional visão paternalista e vertical. Essa visão é substituída por um modelo de participação e autonomia dos cidadãos e de suas entidades na promoção, no planejamento e no controle das ações de saúde.

Até 1990, a presença desses serviços era bastante heterogênea. Nessa época, existiam 50 centros que cobriam somente pequena parte das necessidades locais e havia apenas uma coordenação informal com encontros mensais. Em 1994, por meio de uma resolução municipal em Roma, foi criado formalmente um conselho com caráter permanente, com representações de organizações feministas e de mulheres, com o objetivo principal de promover o direito à saúde.

de. O CAF passou a contar, então, a partir desse período, com estrutura formal de alto nível, mediante legislação específica, como reflexo de decisão política. O regulamento estipulado definiu suas atividades e responsabilidades, bem como sua estrutura operacional, formada por presidência, comitê coordenador e assembleia. Em 2010, o Conselho de Roma organizou uma conferência dos Centros de Aconselhamento Familiar locais.

As tarefas dos cidadãos no CAF podem ser definidas como: (a) expressar opinião sobre assuntos sociais e de cuidado de saúde, seja como iniciativa própria ou quando requerido pela Autoridade ou outros entes públicos; e (b) preparar e formular propostas de assuntos de significativo interesse da comunidade em matéria de desenvolvimento social, cuidado de saúde, cultura e economia.

O CAF representa, assim, uma iniciativa na fronteira entre as instituições públicas formais e a sociedade civil. A experiência do CAF em Roma influenciou a formação de centros em outras cidades italianas e mesmo fora da Itália, como a Bósnia, por exemplo. O CAF é hoje reconhecido, pela Organização Mundial da Saúde, como modelo de referência de alto padrão para os serviços de saúde da mulher, especialmente devido à sua aproximação multidisciplinar, com perspectiva de gênero.

Um aspecto importante da estratégia dos CAF é de que, nos mesmos, nenhuma técnica especial ou ferramentas são utilizadas para a resolução de conflitos. Ao contrário, busca-se sempre o consenso como método.

### **Portugal: participação no sistema de saúde**

Portugal tem uma população de 10.555.583 habitantes, densidade demográfica de 115,3hab./km<sup>2</sup> e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,795 (PNUD/2000).

Nesse país, o Plano Nacional de Saúde (2004-2010) enfatiza a importância de reforçar o papel dos usuários e sua contribuição nos processos de decisão política.

Há um processo de reforma ainda em curso, no qual existe a preocupação em incorporar a voz dos usuários. Esse é um fenômeno recente, quando comparado com a tradição participativa desenvolvida nos países da Europa do Norte.

A tônica tem sido colocada na necessidade de implementar direitos coletivos e de capacitar os cidadãos, através da participação de associações da sociedade civil, com diferentes instâncias e métodos de participação dos cidadãos. Nesse contexto, os chamados Conselhos de Comunidade (CC) dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), uma estratégia de microrregionalização dos serviços de saúde, já estão atuando na promoção do envolvimento dos usuários no âmbito dos cuidados primários.

A lei de Bases de Saúde, de 1990, o estatuto do Sistema Nacional de Saúde (SNS), de 1993, bem como um decreto-lei de 1999, consolidam a existência do Conselho Nacional de Saúde, cujos representantes dos usuários são eleitos pela Assembleia da República. Em nível regional, existem os Conselhos Regionais de Saúde, órgãos consultivos com representantes dos municípios. Em nível sub-regional, estão as Comissões do Conselho de Saúde, com um representante dos usuários eleito pela Assembleia Municipal. Além disso, existem os Conselhos Consultivos, que atuam no nível dos cuidados primários, com representantes de associações de usuários e outras entidades do setor social.

O objetivo de toda essa rede de conselhos é encorajar experiências múltiplas de empoderamento do cidadão, por meio de uma discussão aberta e da participação social na solução dos problemas de saúde. Além disso, os Conselhos buscam dar voz ao cidadão, por meio de organizações da sociedade civil.

O Conselho de Comunidade dos Agrupamentos dos Centros de Saúde, criado em 2008, através de um decreto, é um órgão consultivo. Ele é composto por representantes das Câmaras Municipais, por centros distritais de segurança social, por escolas, por instituições particulares de solidariedade social, por associações de usuários, por associações sindicais e de empregadores, por equipes de voluntariado social, pela Comissão de Proteção das Crianças e Jovens e por hospitais de referência.

As atribuições do Conselho de Comunidade são variadas, por exemplo, apresentar os planos plurianuais e o relatório de atividade; acompanhar a execução dos planos de atividade; apresentar o relatório anual de atividades. Além disso, devem alertar o Diretor Executivo para fatos reveladores de deficiências graves na prestação de cuidados, por exemplo, e propor ações de educação e promoção da saúde e também dinamizar as associações e redes de usuários.

O CC reúne-se ordinariamente uma vez por semestre e, extraordinariamente, sempre que for convocado pelo presidente, por sua iniciativa ou a pedido de dois terços dos seus membros.

Foi realizado um estudo recente para avaliar o processo de implementação dos Conselhos de Comunidade e assim foram identificadas barreiras no processo de sua implementação, entre outras, a inércia das entidades na nomeação dos representantes; a dispersão geográfica dos elementos do CC; a influência excessiva das autarquias; a falta de associações de voluntariado para constituir o CC, além da influência dos interesses corporativos dos representantes.

O estudo apontou, ainda, que, apesar de os CC serem interessantes estratégias de envolvimento dos usuários com os cuidados primários, estão evidenciados pontos críticos como, de um lado, a ampla presença de porta-vozes das câmaras municipais e de outras instituições, como sindicatos, hospitais e escolas e, de outro, o fato de que a maioria dos CC, aproximadamente 50% deles, não inclui os representantes das associações de usuários.

Alguns desafios, portanto, ainda permanecem no cenário, como a necessidade de incentivar e incrementar a participação dos usuários, influenciar os tomadores de decisões, além de qualificar a representatividade das diferentes categorias de usuários.





## **CAPÍTULO 6 – AS EXPERIÊNCIAS EM PERSPECTIVA COMPARADA**





A busca de um “fio condutor” para os diversos casos apresentados no Laboratório de Inovação sobre Inclusão de Cidadãos na Implementação de Políticas de Saúde será conduzida a partir de recortes referentes às seguintes categorias: (a) contextos e atores presentes; (b) estratégias de inclusão; (c) inovações processuais.

A seguir, será levantada uma visão panorâmica, com ênfase também analítica e comparativa, sobre as experiências europeias. Além disso, é apresentado um quadro sobre o potencial de influência e cooperação desses exemplos internacionais sobre as experiências brasileiras.

A seção se encerrará com uma análise das fortalezas e das debilidades que interferem nos diversos processos participativos trazidos ao Laboratório de Inovação.

## 6.1 À PROCURA DE UM “FIO CONDUTOR”

O que une todos ou quase todos os casos apresentados, pelo menos na área da saúde, é o panorama das reformas sanitárias que marcaram as últimas décadas, tanto na Europa, quanto no Brasil. Com efeito, nos diversos países cujas experiências foram destacadas, um dos princípios das respectivas reformas, como também se vê no Sistema Único de Saúde (SUS), é o de incrementar a participação social nas decisões relativas ao sistema de saúde.

Uma série de fatores pode ser também considerada como influente, como, por exemplo, o desenvolvimento de uma consciência política e da noção de direito por parte da sociedade, a modernização e a democratização dos processos de governança, o surgimento de uma nova visão empresarial de compromisso social, entre outros. São aspectos mais visíveis e nítidos nos casos fora da saúde, sem impedimento que estejam presentes também na saúde.

Alguns aspectos particulares das experiências municipais, que revelam amplo panorama de influências, podem ser postos em destaque. A participação e a troca de experiências em fóruns externos, organizados por gestores de outras esferas e pelas entidades representativas de gestores municipais, são mencionadas em

várias das experiências. A decisão política na direção de maior participação da sociedade também constitui um fator relevante, geralmente trazido por mudança de ideologia política no plano local.

## Contextos

Os contextos locais devem ser levados em consideração. Fatores positivamente influentes, no campo da saúde, foram revelados pelas experiências, como o grau de organização da sociedade civil, de modo geral, não apenas na saúde; a existência de um sistema de saúde “completo”, com atenção primária bem implantada nos demais níveis assegurados, inclusive em termos de referência e contrarreferência, além de, particularmente, a durabilidade da prática de controle social, com realização de conferências regulares e a presença de um Conselho Municipal de Saúde (CMS) ativo ao longo do tempo. Possui grande expressão também a capacidade e a vontade política do gestor do SUS não só em prover apoio logístico e material ao controle social, mas também em acatar suas decisões, como se vê claramente em muitas experiências locais.

Da mesma forma, as articulações externas também podem funcionar como fatores favoráveis, principalmente quando as condições locais são adversas às práticas participativas. Nesse sentido, um caso emblemático é o de Vitória de Santo Antão, onde a expressiva mobilização feminina e popular obteve forte apoio de variadas entidades de mulheres e de direitos humanos, não só locais como também de outros municípios, particularmente da capital, Recife.

Um contraponto notável entre as experiências nacionais de saúde e fora da saúde é o de que, nestas últimas, os gestores públicos geralmente são alvo das ações de participação social, não propriamente agentes ou promotores das mesmas. O Movimento de Mulheres para a Saúde, em Vitória de Santo Antão, constitui uma exceção a tal regra, pois, nesse caso, o fator motivador foi exatamente a omissão do poder público local, traduzida por denúncias de abuso de esterilizações nos hospitais privados, como moeda eleitoral; de excesso de

nascimentos em não residentes no município; de elevada proporção de cesáreas; e do descaso e esvaziamento do único hospital público local.

O contexto legal normativo imediato, para além da influência mais remota das reformas sistêmicas, certamente também determina o surgimento de práticas participativas, constituindo outro fator favorável e, sem dúvida, relevante. Ele é bastante significativo em algumas das experiências estrangeiras e nacionais. Isso tem implicações expressivas na discussão da sustentabilidade das experiências, como se verá mais adiante. Nesse aspecto, há duas situações a considerar: por um lado, a existência prévia de um arcabouço legal ou normativo; por outro, a produção desse mesmo arcabouço como consequência deliberada da experiência, o que, com certeza, tem influência na sustentabilidade do processo.

## Atores

A preocupação com a representatividade dos atores sociais inseridos nos processos participativos, bem como sua legitimidade e capacidade operativa, é fortemente presente no conjunto das experiências. Sua expressão mais frequente é a capacitação desses atores, que permeiam todo o conjunto das experiências, seja na saúde ou fora dela, organizadas diretamente pelos gestores, ou não. Nos casos internacionais, esse aspecto é menos enfatizado, embora não totalmente ausente, questão talvez justificada pelo grau de consciência social mais desenvolvido em tal contexto. A preocupação com o perfil dos conselheiros, visando não só seu aprimoramento como o incremento de sua representatividade e legitimidade, comparece com frequência em diversas das pautas presentes, inclusive, como parte das discussões de conferências municipais de saúde.

Inclusão de atores eventualmente excluídos, ou cuja tradição é a de não participação, é outra diretriz frequentemente vista nas experiências. É o caso, por exemplo, das mulheres, dos mais pobres, dos moradores das periferias urbanas e da zona rural, dos analfabetos, das populações indígenas, além de outros grupos marginalizados. Mesmo nas experiências internacionais esse é um aspecto marcante, com foco em imigrantes, idosos, jovens e outros segmentos.

Questão nem sempre facilmente respondida é a identificação dos agentes promotores ou desencadeadores da participação. Serão agentes do governo ou dos movimentos sociais? Pode-se supor, de maneira geral, que isso resulte de um círculo virtuoso. Tal círculo é determinado por circunstâncias históricas e culturais que, de alguma forma, aproxima e coloca em sintonia os gestores e a sociedade organizada, em busca de objetivos comuns, de natureza democratizante. O fato é que, mesmo nas experiências de saúde diretamente apresentadas pelos conselhos, percebe-se, de maneira nítida, a influência ou, pelo menos, a sintonia dos gestores.

Uma palavra de ordem é “empoderamento”. Utilizada com certa frequência, diz respeito a um princípio bastante presente nos casos estudados e é resultando de ação virtuosa e conjunta de governo e comunidade. É importante destacar, entretanto, a iniciativa mais diretamente societária de algumas experiências, como a de Vitória de Santo Antão e daquelas originárias de municípios nordestinos da Bahia e do Piauí. Essas últimas fora do campo da saúde.

Analisando mais apuradamente o perfil dos atores presentes, nos diversos campos e origens geográficas em foco, a primeira constatação é a de que, nos casos nacionais de saúde, pelo menos, prevalece uma ação mais institucionalizada, seja de gestores, de comitês técnicos ou dos próprios conselhos. Já nos demais casos nacionais, externos ao setor saúde, é mais marcante a presença de atores não estatais, como, por exemplo, de entidades civis, movimentos sociais, empresas e fundações privadas. Nos casos internacionais, o que se revela é um mix entre a ação estatal e a de natureza não governamental, embora não necessariamente, estas últimas, com as características formais do controle social do SUS no Brasil.

### Estratégias de inclusão

As estratégias de inclusão estão diretamente relacionadas à natureza de cada experiência, com uma gama múltipla de situações. Nos casos brasileiros de saúde, o que predomina são as premissas estabelecidas pela Lei nº 8.142, de 1990,

bem como pela regulamentação efetivada pelo Conselho Nacional de Saúde, mediante a Resolução nº 333, de 2003.

Já nos casos extrassaúde, a gama de situações é mais ampla, dada a presença de atores externos ao binômio gestor-conselho de saúde. Nesses casos, a mobilização tem, em sua condução, entidades tão diversas como sindicatos, associações profissionais, Igreja Católica, entidades constituídas, empresas privadas, entidades empresariais, entre outros. Casos, por assim dizer, avulsos, de iniciativa estatal são os do Orçamento Participativo, conduzido pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre e dos Conselhos de Desenvolvimento Regional (Co-redes) do mesmo estado.

Dessa forma, na saúde, predominam nos casos conduzidos pelos gestores e pelos conselhos de saúde o formato deliberativo e paritário, *conciliar*, previsto nas leis e normas do SUS. Mas, mesmo assim, há situações que a isso ultrapassam, ampliando os processos de mobilização e de inclusão até o âmbito dos serviços de saúde, incorporando novos atores ao processo, com menos fixação na regra da paridade, por exemplo.

Já nos casos de condução por parte das entidades comunitárias, representativas de trabalhadores ou empresariais, o foco do processo de participação se desloca, abrangendo questões mais amplas. Assim, entram no cenário questões como fiscalização das contas públicas e das atividades de gestão governamental e da atuação do Legislativo, bem como questões no desenvolvimento e manuseio de indicadores para elaboração de diagnósticos locais e regionais, visando a ação de planejamento em tal âmbito.

Soa como bastante inovadora e inédita a estratégia direta de mobilização envolvendo *cidadãos na rua*, em manifestações de protesto, advertência ou mesmo de execução de atividades de fiscalização, como acontece na região de Esperantina, no Piauí. Nessa experiência, uma grande marcha a pé de numerosos participantes, passando por sucessivos municípios, leva até as autoridades, na capital do estado, o resultado das auditorias civis realizadas nas Prefeituras e

Câmaras de Vereadores locais. Tal é o caso também de Vitória de Santo Antão, em Pernambuco.

Não há como negar a sintonia desse tipo de mobilização como aquelas que se vê nos dias atuais em várias partes do mundo. Pode-se destacar, como exemplos, guardadas as devidas proporções, a chamada *Primavera Árabe* e o movimento *Occupe Wall Street*.

Tanto na vertente formal-oficial quanto na flexível-comunitária verifica-se ser expressiva a inclusão de novos e diferenciados atores. Acontece, porém, que, nos casos de saúde, da maneira geral, tal inclusão se atém aos dispositivos formais e normativos já estabelecidos. Os casos de saúde estão enquadrados dentro dos moldes de paridade entre usuários e demais participantes (o que, sem dúvida, aumenta o peso de trabalhadores de saúde, prestadores e gestores nos processo decisórios), além de representatividade definida a partir de escolhas formais de entidades constituídas, sem maior espaço para o cidadão individualizado ou “não-organizado”. Em favor da saúde, todavia, deve-se registrar que existe, hoje, em boa parte das experiências presentes, um esforço de inclusão de novos atores, antes marginalizados das decisões, como já referido acima. Além disso, incentiva-se também a constituição de novas arenas de decisão, como acontece nos conselhos de unidades de serviço, conselhos rurais etc.

Já as experiências fora da saúde primam por maior abertura e flexibilidade participativa. Essas experiências buscam incluir cidadãos voluntários ou portadores de interesses, não necessariamente representantes formais de entidades constituídas na comunidade.

### Formando círculos virtuosos

Talvez o fator de mobilização que mereça maior destaque, pelo seu caráter exemplar e seu potencial de sustentabilidade, seja a formação de círculos virtuosos entre gestores, conselhos e sociedade em geral. Um caso que pode ser tomado como emblemático, no campo da saúde, é o da cidade mineira de Manhuaçu.

Lá, o processo de inclusão social tem no gestor seu agente desencadeador e provedor de apoio logístico e material. No entanto, em termos de manutenção sustentável do processo de tomada de decisões sobre a política de saúde local, não se pode negar que há correspondência nas diversas entidades e movimentos que compõem o Conselho Municipal. Vários dos casos analisados mostram, com alguma clareza, que essa parece ser uma tendência das ações de controle social em saúde.

Outro aspecto igualmente marcante no conjunto de experiências, nacionais e internacionais, é o padrão amplo de alianças e parcerias firmadas ao longo do processo de participação. Elas podem variar desde formas oficiais e regulamentares (por exemplo, com entidades de moradores, trabalhadores de saúde, profissionais), até outras um tanto mais remotas, mas ainda formalmente previsíveis. É o que acontece com as demais secretarias e agências de governo, o Ministério Público, as organizações não-governamentais etc.

Escapando do plano meramente local, podem ser vistas outras formas de associações, com escopo de atuação também mais abrangente. É o que se vê, por exemplo, na experiência desenvolvida entre Anvisa e entidades de defesa do consumidor; entre a Universidade Federal de Mato Grosso e a Associação Nacional de Educação Popular em Saúde (ANEPS), ou ainda entre a Fiocruz-MG e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

## Capacitação

Os processos de capacitação de atores sociais para a participação em saúde, sejam eles conselheiros já formalizados ou cidadãos comuns, constituem denominador comum a muitas das experiências. No campo municipal, de modo geral, tais processos recebem o impulso de acordos e parcerias mais amplas, seja com o órgão gestor estadual, seja com instituições de ensino, como a Fiocruz e universidades.

A importância dada a tal tema fica evidenciada pelo expressivo número de experiências voltadas essencialmente para a capacitação para o controle social. Isso ocorre geralmente em parcerias com instituições de ensino, como acontece em Betim (com a PUC Minas), Belo Horizonte (com a UFMG), Mato Grosso (com a Universidade Federal associada à ANEPS), além da experiência da Bahia, justamente denominada de Mobiliza SUS.

Fora da área da saúde, tais processos também são expressivos. Um deles, realizado em municípios do sertão baiano, recebe o significativo nome de *Formação de Juristas Leigos*. Esse programa possui interessantes implicações no controle de contas públicas e na fiscalização do funcionamento das instituições públicas. Tal aspecto também está contemplado nos cursos a distância proporcionados pela Fundação Demócrito Moura, no Ceará.

Dois outros processos, capitaneados por empresas e entidades empresariais (Mineração Anglo American, no Goiás, e Federação das Indústrias do Estado do Paraná) têm como foco a capacitação para o manuseio de indicadores e instrumentos de planejamento. Esses processos têm o objetivo de transformar a realidade social local e regional, respectivamente.

### Inovações processuais

O conceito de inovação é, sem dúvida, altamente complexo e depende muito dos contextos a partir dos quais é definido ou aos quais se tenta aplicá-lo. Para a presente finalidade, bastaria dizer que, para inovar, se deve atender a um dos pressupostos seguintes: (a) quando algo de inédito na realidade imediata é realizado e produz resultados aferíveis, independentemente de ser efetivamente uma inovação real; (b) quando o processo de inovação cria mudança, ou seja, é verificável de forma efetiva ao ser aplicado em outras situações remotas, ou seja, quando algo de realmente *novo* é produzido, com evidências e impactos sobre a realidade.



É claro que o primeiro conceito, mais flexível, é certamente mais adaptável à situação presente. Por isso, boa parte dos casos analisados a seguir estará contemplada nesse primeiro conceito.

Nos casos nacionais de saúde, como já visto, está presente um molde legal e normativo que se atém a um roteiro formal e legal preestabelecido, dificultando a produção de grandes inovações. É dentro de tal perspectiva, contudo, que as diversas situações presentes devem ser analisadas.

Em linhas gerais, os grandes avanços, com marcas de ineditismo, dizem respeito a uma gama de situações que poderiam obedecer a um ou mais dos seguintes critérios: (a) ampliação dos instrumentos de participação previstos em leis e normas; (b) incorporação de novos atores ao processo de participação; e (c) desenvolvimento de novas modalidades de comunicação e mobilização.

Assim, inovações relativas a um ou mais desses três critérios estão presentes em boa parte das experiências registradas.

A ampliação dos instrumentos, por exemplo, se dá principalmente pela introdução de novos cenários para a participação social. Destaca-se, principalmente, a formação de conselhos em unidades de saúde de diversas naturezas, sejam ambulatoriais ou hospitalares. Essa parece ser uma tendência expressiva em muitos dos casos municipais apresentados. Embora não haja informações detalhadas sobre todo o conjunto, mas apenas para aquelas que foram selecionadas para estudo de campo, tudo indica que deva ocorrer certa “flexibilização” na composição desses conselhos ou comitês, predominando, numericamente, a representação comunitária. Fica alterada, assim, a regra da paridade, imposta pela legislação orgânica da saúde e de amplo curso nos instrumentos participativos do SUS.

A inclusão de novos atores, outra das possíveis inovações detectadas, tem também ampla aceitação. A própria ampliação de cenários participativos, relatada acima, incrementa esse processo, ao permitir a incorporação de usuários comuns das unidades, não necessariamente representantes de entidades formais.

Além disso, existe também a tendência de inclusão de vozes tradicionalmente ocultas ou não valorizadas suficientemente. É o caso dos moradores das zonas rurais, dos mais pobres, de minorias étnicas e indígenas, de mulheres, de jovens, de praticantes de crenças minoritárias, entre outros.

Um caso sem dúvida inédito e expressivo de inclusão de novos atores é um dos que foram apresentados pelo Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre – RS. Ali, em um hospital público, criou-se uma prática denominada *Fórum Inter-religioso*, com objetivos de assistência espiritual hospitalar, agregando igrejas e instituições cristãs e não-cristãs, inclusive religiões de matriz africana. Tal ação é considerada como parte importante da integralidade de atenção e de humanização do atendimento.

### Comunicação para a mobilização

O desenvolvimento de novas modalidades de comunicação e mobilização para a participação social é apresentado mediante um extenso e variado repertório de situações. Essas modalidades podem ser formais e tradicionais, como a elaboração de boletins internos e externos, de jornais, além de ocupação de espaço na mídia, principalmente no rádio. Não deixam, no entanto, de mostrar um caráter de experimentação e ineditismo, como a convocação de reuniões com as equipes das unidades e mesmo com as autoridades municipais.

Outra inovação é o uso de teatro e de outras manifestações artísticas, como se vê em Vitória de Santo Antão e na experiência do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan). A mobilização de rua, os eventos de diagnóstico e planejamento local, as marchas de cidadania, a promoção de “lanches de confraternização” ao final de eventos e a garantia de apoio logístico para o deslocamento de participantes de áreas remotas, também são outras formas de auxiliar na mobilização da sociedade.

No campo da comunicação e mobilização, merece destaque especial a experiência de Borba, no Amazonas, na qual se vem obtendo bons resultados, mes-

mo levando em conta sua população dispersa em áreas remotas e com grande dificuldade de acesso.

## Ferramentas da inovação

Outro aspecto que pode ser considerado inovador, dentro do conceito mais amplo aqui trabalhado, diz respeito às atividades de levantamentos diagnósticos na realidade local. Não há dúvida de que praticamente todas as experiências têm isso entre seus objetivos. No entanto, em algumas delas, as práticas são mais aprofundadas e certamente inovadoras. Seria desnecessário enumerar, uma a uma, as experiências que trabalham o diagnóstico da realidade socioeconômica onde atuam. Esse aspecto terá o devido destaque no quadro-síntese que será mostrado ao final do presente capítulo.

Em tal campo, no entanto, um caso merece destaque especial. Trata-se da utilização de ferramentas para avaliação socioeconômica, denominadas *Socio-Economic Assessment Toolbox* (SEAT). Essas ferramentas vêm sendo utilizadas no município de Barro Alto, em Goiás, situado na área de atuação da empresa mineradora Anglo American. A operacionalização de tal ferramenta é realizada em conjunto com os moradores e através dela se busca mapear a situação atual e identificar potenciais riscos de impactos da empresa nas áreas ambiental, econômica e social. Esse processo de mapeamento é repetido a cada três anos e orienta a elaboração dos planos de investimento social da referida empresa, bem como o engajamento da mesma com a comunidade.

## 6.2 PANORAMA: BRASIL E EUROPA

Os casos brasileiros e os casos estrangeiros que foram objeto do Laboratório de Inovação são tão diferentes entre si quanto o são a cultura, a vida social, a política e as instituições nos dois universos considerados. Isso não impede, entretanto, que existam, entre eles, determinados fios condutores e convergências. Essas linhas semelhantes podem facilitar o entendimento e, o que certamente

seria mais importante, abrir caminhos para processos recíprocos de intercâmbio e aprendizado.

A partir de uma análise do conjunto das experiências europeias, alguns aspectos podem ser destacados, sendo descritos a seguir.

### O que une e o que separa as experiências brasileiras e europeias

Quanto aos atores presentes, nas experiências italianas se destaca a presença de atores inéditos, pelo menos em termos brasileiros, que participam da proposição e mesmo da execução das experiências. São eles alguns organismos não-governamentais voltados para a promoção de desenvolvimento gerencial e participação em âmbito não apenas local. É o caso da *Aventura Urbana*, de Turim, e da *Società della Salute*, da Região Toscana. Essas atuações se somam, de forma sinérgica, à atuação governamental. Nesses casos, a atuação governamental ocorre em nível descentralizado, seja de municípios (comunas) ou de regiões (estados).

Em algumas experiências italianas, o grau de amplitude e variabilidade das representações é bastante amplo. Aceita-se, por exemplo, a participação de pessoas simplesmente sorteadas na comunidade, selecionadas por amostragem dentro de critérios definidos, ou mesmo voluntários portadores de interesses específicos.

Na experiência dos Ateliers Santé Ville (ASV), de Paris, verifica-se um tipo de arranjo diferente. Neles, os atores presentes são, de um lado, governamentais, ligados à *Mairie* (Prefeitura) local, ou outros organismos de governo e, de outro lado, *Conseils* (conselhos) de variadas temáticas e estratos (jovens, idosos, crianças, por exemplo), partícipes da interface entre sociedade e governo.

A experiência de Portugal é mais recente e ainda se encontra em estado incipiente. Nela, a preocupação é com a diversidade dos atores. Estão incluídos usuários, prestadores de serviços e mesmo o Legislativo local. Nesse caso, admite-se que ainda é necessário muito esforço para incorporar os usuários na participação social.

Quando comparados ao modo de participação vigente no Brasil, alguns aspectos podem ser destacados. Por exemplo, a inexistência de qualquer definição a respeito de paridade na representação e o caráter não necessariamente deliberativo dos mecanismos de participação. Nos casos europeus, são aceitas as vertentes opinativas e de formação e aprofundamento de opinião.

Em Portugal, outro aspecto se destaca, quando comparado ao processo participativo em saúde no Brasil. a inclusão dos membros do Poder Legislativo local nos organismos de participação. Entre outras atribuições, eles devem realizar a própria escolha dos representantes comunitários.

Em linhas gerais, nos outros países, a representação nos organismos e sua respectiva composição dispõem de regras mais fluidas do que no Brasil. Aceita-se, pacificamente, que os diversos atores presentes não necessariamente se ajustem a regras de escolha a partir de organizações formais. Da mesma forma, a tendência vista nas experiências estrangeiras é de que os organismos presentes detenham um mix de temáticas sob sua responsabilidade. É o que acontece, por exemplo, no campo das políticas urbanas e das políticas sociais como um todo, não apenas na saúde. Além disso, a participação, como se vê principalmente nos casos italianos e na França, pode ter sua temática definida de forma circunstancial, podendo ser renovada e atualizada a cada momento.

Aspecto coincidente com a atual política brasileira de saúde é a preocupação com a atuação mais do que local, regionalizada. Isso certamente reflete uma tendência mundial nos dias de hoje. É bem verdade, no entanto, que, no Brasil, ainda são grandes as dificuldades e há poucas experiências validadas de participação social no âmbito regional, embora as normas do Pacto pela Saúde e o recente Decreto nº 7.508, de 2011, as incentivem. Aqui, a política participativa obedece a um padrão ditado pelas características da federação brasileira, na qual é marcante a autonomia de cada nível de governo. Assim, no Brasil, a autonomia dos entes federados certamente dificulta os arranjos participativos intermunicipais e interestaduais.

## O que as experiências europeias podem acrescentar ao controle social no Brasil?

Mesmo considerando as significativas diferenças políticas e culturais entre a realidade do Brasil e a dos países europeus que participaram do Laboratório de Inovação, algumas situações podem ser apresentadas como exemplos a serem incorporados à experiência nacional. É claro que, para tanto, devem ser realizadas as necessárias aproximações contextuais, no que deverão interagir os atores do controle social e os estudiosos da matéria.

É preciso, antes de tudo, considerar que estão em foco processos de participação que não são antagônicos entre si. Assim, a possibilidade de sua incorporação à realidade brasileira não dependeria de eventual revogação dos dispositivos formais já estabelecidos ou mesmo da neutralização das influências culturais.

Em primeiro lugar, pode-se afirmar que as experiências europeias, principalmente as italianas e a parisiense, possuem caráter diferenciado em relação às nacionais. Isso ocorre não só quanto ao conjunto de atores presentes, como em termos de processos de trabalho, de formas de arregimentação e de temática das experiências europeias. Certamente colidem com as definições da legislação brasileira sobre o tema, particularmente nas exigências de composição formal e de poder deliberativo.

De qualquer forma, as experiências estrangeiras certamente poderiam complementar as práticas que se desenvolvem no Brasil, não só em relação ao funcionamento dos próprios conselhos como também na abertura de novas frentes de participação e de inclusão social, particularmente em universos mais restritos, como nos serviços de saúde e nas suas áreas de abrangência, de microrregiões etc.

Assim, uma listagem não exaustiva de situações diferenciadas, fontes potenciais de intercâmbio e aprendizado para o SUS, pode ser apresentada, conforme quadro a seguir.

### O QUE AS EXPERIÊNCIAS EUROPEIAS TRAZEM DE NOVO PARA O BRASIL?

Integração de processos participativos abrangendo o conjunto das políticas sociais, particularmente no contexto da problemática urbana.

Utilização ampla de instrumentos derivados da tecnologia de informações contemporânea, como se vê no processo de E-TM e outros, associados a métodos de comunicação inovadores, utilizando mídias diversificadas, com utilização de informações demográficas para estratificação de participantes do processo participativo.

Desenvolvimento de metodologias apropriadas para os processos de articulação de fóruns sociais, com múltiplos atores e opiniões diversificadas, com a conseqüente formação de especialistas facilitadores e articuladores do diálogo e do consenso nos processos de participação e inclusão social.

Flexibilização das modalidades participativas no cotidiano das unidades, sem que isso necessariamente contrarie do espírito da Lei nº 8.142/1990 e da Resolução nº 333/2003, o que poderia se dar, por exemplo, mediante situações de participação com resposta rápida, atores e temática diferenciados, para além da composição por paridade e da deliberação por segmento e voto, comum aos casos brasileiros.

Inclusão e incentivo à inserção de novos atores, além dos tradicionais “sem voz” de forma a envolver especialistas, portadores de interesses, detentores de outros saberes, entidades civis, membros “avulsos” da comunidade, não necessariamente filiados a entidades formalmente constituídas e selecionados pelas mesmas.

Ampliação do quadro das temáticas das consultas à comunidade, com deliberações previstas ou apenas para ampliação e aprofundamento de consensos, de forma a incluir diversas situações, que dependam de decisão emergencial e envolvam setores externos à saúde.

Mobilização de recursos de informação e comunicação para incentivar situações de decisão informada.

Incentivo à busca de soluções por consenso, mais do que por voto, com utilização de técnicas de negociação apropriadas para tanto, para o que devem ser incorporados aos fóruns participativos agentes facilitadores e articuladores de diálogo.

Reconhecimento da legitimidade de possibilidades variadas de participação, certamente aplicáveis aos conselhos de saúde do Brasil, desde a consulta “experimental”, consultiva e projetiva, até a deliberativa formal, a única prevista na legislação e nas normas do SUS.

Utilização intensiva com suporte analítico de instrumentos de diagnóstico formais e de eficácia comprovada, aspecto que já teria no SUS o forte apoio dos sistemas de informação em saúde e suas bases de dados epidemiológicas, demográficas e gerenciais.

Incorporação de pesquisas de satisfação de usuários entre os instrumentos orientadores da tomada de decisões.

Incorporação de instrumentos de marketing social entre os instrumentos orientadores da tomada de decisões.

Desenvolvimento, com enfoque microrregional mais do que local, de instrumentos e mecanismos integrativos entre as diversas políticas sociais, levando em conta aspectos como diagnóstico, formulação e avaliação da política, além dos processos de intercâmbio e intersectorialidade.

## Fortalezas e debilidades

Alguns fatores presentes tanto nas experiências brasileiras, seja na saúde ou fora dela, quanto nos casos internacionais podem ser apontados como positivos para o bom desempenho dos processos de participação social. Eles estão sintetizados no quadro a seguir:

FORTALEZAS
Duração da iniciativa e permanência de determinados atores no cenário, citando-se, entre eles, os agentes políticos ou sociais envolvidos formalmente na condução estratégica do processo.
Formação de círculos virtuosos entre governo e sociedade e também a formação de determinadas “redes” entre os diversos atores presentes. Inclusive entre governo e entidades civis.
Tradição e cultura participativa local, traduzidas por apoio de instituições sociais locais fortes e independentes, representantes de reconhecido “capital social” que, por si só, agregam valor ao processo de participação.
Arcabouço legal e normativo associado aos processos de participação, seja como antecedente, ou mesmo deles derivados.
Grau de desenvolvimento de consciência política e de noção de direito, não só por parte da sociedade civil, mas também por grupos sociais, entidades, empresas etc.
Processos de modernização e de democratização dos processos de governança, particularmente, a inserção na pauta dos governantes de noções como promoção de cidadania, responsabilização e prestação de contas.
Intercâmbio entre experiências diferentes, capacidade de buscar informações fora do contexto local, “cosmopolitismo”, com dupla via de interação (importando ou exportando conhecimentos e práticas), facilitando também a sustentabilidade pela formação de redes.
Presença de atores estratégicos e lideranças individuais ou institucionais, com a consequente decisão política e arcabouço simbólico deles derivados.
Investimento político e material em processos de comunicação, mobilização e qualificação dos participantes no controle social.

Em contrapartida, determinados fatores poderiam ser apontados como prováveis obstáculos ao bom desempenho dos processos de participação social. São eles:



### DEBILIDADES

Dificuldades na coordenação dos diversos atores interessados no processo, com predomínio dos interesses individuais sobre os coletivos.

Diferenciação de interesses e de poder também distintos dos diversos atores na vocalização de suas demandas, acarretando a utilização de informações privilegiadas para benefício de interesses próprios.

Dificuldade de incorporação dos atores “avulsos” ou não organizados em entidades representativas, aspecto especialmente problemático nas experiências nacionais.

Falta de tradição e familiaridade com o processo participativo, com dificuldades na superação do foco individual e da sua transposição ao coletivo.

Inexistência de evidências significativas de que os processos participativos são mais eficazes do que os não-participativos na produção de impactos das políticas, embora não parem dúvidas de que os processos participativos possam contribuir para democratizar os processos de gestão pública.

Ênfase nas decisões apressadas (“aligeiramento”), com foco no voto, sem investimento maior na busca de consensos, além de indisponibilidade de tecnologias e especialistas para tanto.

Sustentabilidade comprometida por “peso” excessivo de um dos lados da fórmula participativa, de modo geral, gestores, ou mesmo conselheiros representantes de interesses com forte prestígio social ou econômico.

Panorama de desigualdades sociais: distribuição de serviços, condições de saúde, informações, educação, renda, acesso a políticas e serviços etc.

### As inovações em perspectiva comparada

Finalizando essa abordagem comparativa, busca-se uma síntese das possíveis inovações em participação e inclusão social que podem ser vislumbradas nas diversas experiências apresentadas e analisadas no Laboratório de Inovação. Para tanto, as inovações registradas foram organizadas em seis categorias, conforme o quadro a seguir:

### CATEGORIAS DE INOVAÇÃO

- Institucionalização, ampliação e formalização dos instrumentos de controle social.
- Mobilização para a participação e inclusão social.
- Educação e comunicação para a participação e inclusão social.
- Utilização de bases de dados e tecnologias de informação e comunicação.
- Processos de inclusão de indivíduos, ou grupos tradicionalmente excluídos ou não-participantes.
- Ação intersetorial e intercâmbio.

CATEGORIA I: INSTITUCIONALIZAÇÃO, AMPLIAÇÃO E FORMALIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE CONTROLE SOCIAL	
Formação de conselhos em unidades locais e zona rural	
Apoio logístico e formação de comitês técnicos nos conselhos	Manhuaçu – MG; Borba – AM; Volta Redonda – RJ
Conferência Municipal de Saúde como fator desencadeador de mudanças nos instrumentos de participação	
Reuniões itinerantes do CMS	Borba – AM
Conselhos locais também em unidades contratadas pelo SUS	
Conferências de saúde realizadas de forma descentralizada e ascendente	Manhuaçu – MG
Envolvimento e apoio intensivo dos Gestores ao processo participativo	Estado da Bahia; Manhuaçu – MG; Borba – AM; Porto Alegre – RS (OP); Anvisa/Idec
Foco regional nas ações	Estado da Bahia; Vitória de Santo Antão – PE; Fundação Demócrito Moura – CE; Grupos de Cidadania – BA; Juristas Leigos – BA; Comfispá – PI; Caravanas de Mobilização – PI; Portugal; Toscana – Itália
Processos de planejamento integrados, participativos e ascendentes	Manhuaçu – MG; Porto Alegre – RS (OP); Atelier Santé – França; Caf – Roma; Toscana – Itália
Foco na gestão hospitalar	GHC – RS; Osasco – SP
Durabilidade das ações (além de uma década)	Manhuaçu – MG; Porto Alegre – RS (OP); Corede – RS; Fundação Demócrito Moura – CE; Caravanas de Mobilização – PI; Comfispá – PI; Juristas Leigos – BA; Atelier Santé – França; Caf – Roma
CATEGORIA II: MOBILIZAÇÃO PARA A PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL	
Realização de ações de diagnóstico local e uso de indicadores de modo participativo	Manhuaçu – MG; Borba – AM; Vitória de Santo Antão – PE; Estado da Bahia; E-Town Meeting – Itália; Toscana – Itália; Atelier Santé – França
Acesso a populações rurais remotas	Manhuaçu – MG; Borba – AM
Ampliação da participação para além dos dispositivos da Lei 8.142/1990	Borba – AM
Carta de direitos dos usuários do SUS	Manhuaçu – MG
Participação dos ACS/ESF nas ações de mobilização	Manhuaçu – MG; Borba – AM; Carlinda – MG

Formação de rede de articuladores e mobilizadores	Estado da Bahia
Capacitação estendida a não-conselheiros, a movimentos sociais e outros atores “avulsos”	Estado da Bahia; Borba – AM; Porto Alegre – RS (OP); Caravanas de Mobilização – PI; Grupos de Cidadania-BA
Incentivo ao protagonismo juvenil	Estado da Bahia
Mobilizações de rua e “visitas-surpresa”	Vitória de Santo Antão – PE; Caravanas de Mobilização – PI; Comfisa – PI
Formação de lideranças	Orbis-PR; Juristas Leigos – BA
Ação mobilizadora direta do Executivo	Jaguariúna – SP
Processos participativos de orçamento público	Porto Alegre – RS; Toscana – Itália
<b>CATEGORIA III: EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA A PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL</b>	
Elaboração de “Agenda Regulatória”, “Carta de Serviços” e “Guia de Boas Práticas Regulatórias”, com iniciativas de comunicação com setores sociais diversos	Anvisa /Idec
Uso de abordagem problematizadora nas capacitações	Manhuaçu – MG; Borba – AM; Estado da Bahia
Circulação permanente de boletim informativo do CMS, com Assessoria de Comunicação própria	Manhuaçu – MG
Inclusão de conteúdos de controle social no ensino médio	Estado da Bahia
Uso de apresentações teatrais e outras manifestações artísticas	Vitória de Santo Antão – PE; Morhan; SAÚDE Trabalhador – RN
“Círculos de diálogo”: articulação e facilitação para promover transformações locais planejadas.	Orbis-PR World café
Utilização de mídia local (rádio e TV)	Manhuaçu – MG; Fundação Demócrito Rocha – CE; Vitória de Santo Antão – PE; Caravanas de Mobilização-PI
Ações interdisciplinares	S. Bernardo do Campo – SP

CATEGORIA IV: UTILIZAÇÃO DE BASES DE DADOS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	
Criação de central de atendimento ao usuário on-line	Anvisa /Idec
Anvisa-Debate e reuniões da diretoria colegiada: eventos presenciais e via internet	
Uso intensivo da internet para mobilização	Vitória de Santo Antão – PE
Consulta popular anual via internet	Coredes – RS
Uso de geoprocessamento, indicadores e ferramentas de planejamento	Orbis – PR; Fundação Demócrito Rocha – CE; Anglo American/Barro Alto – GO; Toscana – Itália; Ecológica/Ilha do Bananal – TO;
Metodologia para discussão “informada” em grupos	E-Town Meeting – Itália; Toscana – Itália
Processos de comunicação on-line com usuários	Portugal
Utilização de estudos de satisfação de usuários no planejamento	
Realização de estudo avaliativo nacional sobre o processo de participação em saúde	
CATEGORIA V: PROCESSOS DE INCLUSÃO DE INDIVÍDUOS OU GRUPOS TRADICIONALMENTE EXCLUÍDOS OU NÃO-PARTICIPANTES	
Inclusão de populações rurais e de assentados no controle social	Manhuaçu – MG; Borba – AM; Brasilândia – TO
Inclusão de indígenas, quilombolas, mulheres, jovens, religiões e outros grupos	Estado da Bahia; René Rachou – UFMG; GHC – RS; Pastoral da Criança
Nova dinâmica de estender benefícios à população urbana marginalizada	Porto Alegre – RS (OP)
Ação empresarial direta	Orbis – PR; Anglo American/Barro Alto – GO; Ecológica/Ilha do Bananal – TO; Fundação Demócrito Rocha – CE
Alternativas à participação regulamentada normativamente (amostragem populacional, adesão voluntária ou por interesses)	Corede – RS; Orbis – PR; E-Town Meeting – Itália; Toscana – Italia; Atelier Santé-França; Caravanas de Mobilização – PI; Vitória de Santo Antão – PE; Juristas Leigos; Caravanas de Mobilização

CATEGORIA VI: AÇÃO INTERSETORIAL E INTERCÂMBIO	
Associação de entidades diversas, públicas e civis	Anvisa /Idec; Corede – RS; Orbis – PR; Atelier Santé – França; Toscana – Itália; E-Town Meeting – Itália
Envolvimento do Legislativo municipal nas ações de controle social	Manhuaçu – MG; Portugal
Rede ampliada com atores diversos e ação preponderante de movimentos sociais e sociedade civil	Vitória de Santo Antão – PE; Corede – RS; Orbis – PR; Caravanas de Mobilização – PI
Parcerias com Universidades e centros de pesquisa	Vitória de Santo Antão – PE; Fundação Demócrito Moura – CE; Manhuaçu – MG; Saúde Trabalhador – RN; René Rachou – UFMG; UFMT – ANEPS; Betim – MG
Inclusão de novas temáticas no cenário: regulação, ação ambiental, desenvolvimento local e regional, contas públicas, igualdade racial, questões de gênero, saúde do homem, política urbana, geografia da saúde, risco territorial, entre outras	Anvisa/Idec; Corede – RS; Orbis – PR; Ecológica – TO; Anglo American/Barro Alto – GO; Fundação Demócrito Rocha – CE; Caravanas de Mobilização – PI; Grupos De Cidadania – BA; Comfispá – PI; Juristas Leigos – BA; MOPS – SC; MMA; GHC – RS; Atelier Santé – França; Caf – Roma; Toscana – Itália
Expansão e replicação além dos limites originais	Orbis – PR; Ecológica/Ilha do Bananal – TO; Porto Alegre – RS (OP); Fundação Demócrito Moura – CE; Caravanas de Mobilização – PI; Juristas Leigos – BA; Caf – Roma
Parcerias com associações comunitárias, entidades sindicais, igrejas e outras entidades	Comfispá – PI; Juristas Leigos – BA; Pastoral da Criança; GHC – RS; Caf – Roma; Atelier Santé – França
Protagonismo de organização não-governamental	E-Town Meeting – Itália; Toscana – Itália





## **CAPÍTULO 7 – SÍNTESE E CONCLUSÕES**





Os “Processos Decisórios Inclusivos” (PDI) constituem, sem dúvida, uma das mais importantes inovações introduzidas nas políticas públicas, fazendo com que os governos deixem de ser a autoridade exclusiva que decide por todos os cidadãos e grupos sociais, mas sim um dos diversos atores envolvidos, ou um parceiro entre outros parceiros.

É preciso considerar, todavia, que a inclusão dos cidadãos nos processos de participação e inclusão social não se dá de forma homogênea e linear em toda a sociedade. Isso foi demonstrado amplamente pelas experiências nacionais ou europeias trazidas ao Laboratório de Inovação presente, quer ocorram no contexto da saúde ou em outros espaços de discussão da política pública.

O que se vê nas variadas experiências, especialmente em países federativos e de grande extensão, como o Brasil, é que os processos de participação e inclusão ocorrem de forma distinta entre as diferentes regiões e localidades. Tais processos dependem do maior ou menor “estoque” de capital social, dos índices educacionais, das tradições institucionais mais conservadoras ou inovadoras, além de outros fatores.

Há que se levar em conta, ainda, o fato de que a cultura política, em um país como o Brasil, prima pelo relativo distanciamento entre o ordenamento jurídico formal e o exercício efetivo da cidadania, dos direitos e das obrigações na vida cotidiana da população. Assim, embora a Constituição de 1988 tenha garantido, de forma inédita, amplos direitos sociais ao cidadão brasileiro, no exercício cotidiano de participação popular, não é isso que acontece. A plenitude democrática garantida pela Constituição ainda se encontra diante de muitas e variadas limitações, fazendo com que os mecanismos de participação se mostrem, às vezes, como elementos cultural e politicamente estranhos, principalmente no plano local.

As evidências práticas apresentadas pelos casos aqui analisados demonstram – e é importante ter isso em mente ao se ler as presentes conclusões – que a promoção da participação de forma sustentável, seja nos conselhos ou em outros organismos, depende de certas ações complementares, já mencionadas antes.

Assim, processos participativos em políticas sociais devem ser compreendidos em suas diversas dimensões. Deve-se destacar, por exemplo, o lugar e o grau de eficácia que realmente ocupam e possuem no sistema de decisões dos mandatários; a clareza a respeito de quem são, efetivamente, os atores, bem como seu nível de integração e os tipos de práticas disponíveis no cenário; quem e como se definem as regras do jogo da participação e, finalmente, a clareza a respeito dos resultados e impactos dessa participação.

Não seria o caso de desconhecer ou menosprezar a utilidade potencial da participação, mas é preciso estar atento a alguns elementos que costumam subsidiar certas críticas a ela. É preciso aprofundar a análise não só dos aspectos mais substanciais da participação, relativos a seus resultados e impactos, como também em relação aos aspectos processuais.

Assim, no campo processual, importaria identificar o grau de amplitude da inclusão dos cidadãos nos processos de participação, além de apresentar de que resultaria a possibilidade real da participação de se informar e de exprimir novas ideias.

Já os aspectos substanciais, em termos mais genéricos, remetem à produção efetiva de maior justiça social, em toda uma gama de ambientações, desde a comunidade local até o conjunto das políticas em contexto mais ampliado.

O excessivo foco no sucesso (ou insucesso) da participação local deve levar em conta, no entanto, as chamadas “armadilhas locais”, que acabam por iludir os menos avisados a respeito da qualidade dos processos que ocorrem em territórios ou instituições de pequeno porte, locais onde, certamente, os atores enfrentam obstáculos também menores.

É preciso lembrar, ainda, que existe toda uma “escala de participação” em função da qual os diversos processos de participação e inclusão devem ser contextualizados e analisados. Essa escala compreende desde a simples informação aos interessados, até a cogestão e a autogestão; desde a consulta facultativa ou mesmo obrigatória até a delegação efetiva de funções e prerrogativas.

Da mesma forma, não se pode ignorar as variadas tensões inerentes aos processos de participação e inclusão. Essas tensões são derivadas de alguns fatores, relacionados no quadro seguinte.

#### TENSÕES INERENTES AOS PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

- Possível competição com a representação legislativa formal.
- Maior ou menor margem de decisão, que configuraria em um poder real de participação, ou no seu oposto.
- Conhecimento dos participantes leigos confrontado com o conhecimento dos especialistas e técnicos.
- Maior ou menor abertura e facilitação por parte das estruturas administrativas.
- Contradições derivadas da escassez de recursos dentro de um cenário de fortes demandas reprimidas.
- Legitimidade e especificidade das demandas de determinados interessados em contradição com um olhar mais global da realidade.
- Potencial conflito entre a autonomia dos atores sociais em face do risco de tutela por parte das autoridades.
- Grau de institucionalização das práticas.
- Custo material e simbólico da participação para os atores sociais e seus impactos sobre a qualidade do processo.
- Dilema da assimetria, sempre presente no cenário social, entre determinados segmentos, que resulta, em última análise, em sua inclusão ou exclusão.

Seja como for, resultados e impactos favoráveis devem ser pesquisados e valorizados, mas, acima de tudo, compreendidos a fundo. Entre esses resultados podem ser citados aqueles de natureza política, tais como a racionalização das relações entre governo e sociedade civil; as possibilidades de co-gestão e potencial de anteposição à gestão autoritária, patrimonialista, clientelista e personalista; a maior diferenciação entre o que é público e o que é privado; maior controle social e transparência, bem como a legitimidade da modalidade participativa de democracia.

Da mesma forma, existem impactos no plano social, traduzidos pela prática de justiça redistributiva, com real inclusão social e mudanças substantivas nas prioridades de governo; ampliação do acesso, bem como maior reconhecimento e legitimidade referente aos setores sociais costumeiramente excluídos das decisões públicas. Do ponto de vista cultural, devem ser lembrados: o incentivo à cidadania ativa e ao associativismo, com desdobramentos na construção de uma cultura política de cidadania e de uma consciência social cívica e republicana, bem como da elevação da autoestima dos sujeitos participantes.

Existe, ainda, todo um arcabouço de técnicas, ou seja, artifícios que são meios e não finalidades em si da inclusão social. As diversas experiências europeias demonstram que as técnicas são importantes e que seu uso pode ser fundamental para qualificar os processos participativos. Como tudo nesse campo, as técnicas não devem ser “sacralizadas” ou prescritas incondicionalmente. Por isso, é preciso conhecê-las em profundidade, para evitar seu uso apressado e superficial e se contrapor a eventuais efeitos negativos ou lacunas.

Na participação e inclusão social é preciso ter, ainda, disposição e capacidade para “mudar a rota” em face das armadilhas processuais ou mesmo diante da ilusão de resultados insubsistentes, além de não ceder à retórica fácil e ao triunfalismo. A participação é uma categoria ampla que tem como qualidade característica o potencial de ser aperfeiçoada ao longo do tempo, em qualquer circunstância. Uma coisa, porém, é líquida e certa: quanto mais hierarquizadas e autoritárias as instituições, menos participativa será sua relação com o cidadão, independentemente do tipo de ferramenta metodológica que se aplique.

Em síntese, não deve restar dúvida, que a sociedade brasileira dispõe, depois de 25 anos de redemocratização, de um acúmulo de experiências suficientes em número, além de bem-sucedidas no sentido de gerarem aprendizado com potencial de replicação, para além do discurso ideológico ou do romantismo partidário.

Feitas estas considerações gerais, algumas conclusões podem ser extraídas das experiências analisadas nesse Laboratório de Inovação. São elementos fundamentais na garantia de processos de inclusão da sociedade nos espaços de decisão da política pública, conforme se vê a seguir.

1. Valorização da inserção do tema da participação no mundo e no Brasil, em particular, nas políticas de saúde e nas políticas sociais, como um todo, tendo como foco a inclusão dos cidadãos, não só na implementação, mas também na formulação e na avaliação destas políticas.
2. Utilização de múltiplas ferramentas de apoio derivadas das tecnologias de informação e das redes sociais.

3. Inclusão da participação no cardápio dos movimentos sociais, não apenas em planos de governo “bem intencionados”, com o desenvolvimento de desejáveis círculos virtuosos entre gestores públicos e instituições da sociedade civil.
4. Busca da redução da distância entre o conhecimento leigo e o técnico-jurídico, bem como entre o direito instituído e o direito vivido no cotidiano das pessoas.
5. Inclusão progressiva de novos e marcantes atores nos processos de participação, além dos representantes governamentais e lideranças em geral, podendo ser citados entre eles: mulheres, minorias étnicas, empresas privadas, jovens, ONG etc.
6. Presença de temas e estratégias diferenciados no cenário: acompanhamento orçamentário; fiscalização do Legislativo; orçamento participativo; participação na elaboração de normas e leis; movimentos “de rua” para visibilidade pública; uso de indicadores; avaliação de políticas; questão ambiental, além do fortalecimento do processo democrático e da cidadania em geral, etc.
7. Da mesma forma, incentivo ao processo de parcerias externas à moldura do órgão de gestão da saúde, como, por exemplo, Ministério Público, empresas privadas, Igreja Católica, ONG, outras secretarias de governo (ex. Educação e Assistência Social), bem como apoio ao voluntariado.
8. Tendência à neutralização de mecanismos tradicionais de dominação política e concomitante redução da passividade da população, tais como: distribuição de benefícios, compra de votos, ações clientelistas, assédio moral de cidadãos etc.
9. Não-limitação das situações de controle social aos municípios grandes e das regiões mais desenvolvidas; ao contrário, revelação de interessantes experiências em municípios com padrão totalmente oposto.
10. Tendência à extrapolação da moldura normativa vigente, como a Lei nº 8.142/1990 e a Resolução nº 333/2003, no caso brasileiro, com a criação de comitês, conselhos de unidades, grupos de cidadãos, estratégias de mobilização massiva, novas formas de democracia direta etc.
11. Ação intermunicipal, escapando do municipalismo restrito que tem tradição no campo da saúde, pelo menos no caso do Brasil.
12. Ênfase na capacitação não só de conselheiros, mas também do cidadão em geral.

13. Desenvolvimento de processos de intercâmbio e conseqüente influência sobre outras experiências, configurando mecanismos horizontalizados de cooperação técnica e política.
14. Sustentabilidade como grande desafio, mas, sem dúvida, alicerçada na formação de lideranças comunitárias e no estímulo ao rodízio na condução das ações, através de processos de formação contínuos e abertos a todos os cidadãos, bem como na institucionalização das práticas, mediante sua incorporação ao arcabouço jurídico e normativo.
15. Foco nos processos de planejamento, com apoio em evidências, em bases de dados, em formulações demográficas e em indicadores confiáveis, nos quais já estão presentes os processos participativos.
16. Uma extensa lista de impactos poderia ser, sem dúvida, extraída das duas dezenas de experiências relatadas no Laboratório de Inovação, obedecendo, em linhas gerais, às seguintes categorias:
  - a) Aumento da participação e da responsabilização social, proporcionados por uma maior consciência dos direitos e dos deveres do cidadão;
  - b) Formação de novas articulações entre atores locais com potencial de impacto sobre a realidade política;
  - c) Mudanças nas respostas institucionais às demandas dos cidadãos, especialmente dos grupos mais vulneráveis.

## LEITURAS RECOMENDADAS

A presente seção não se refere a referências bibliográficas no sentido tradicional, como consagrado nos manuais de normas técnicas. Antes, são apresentados trabalhos indicados pelos autores dos estudos aqui reunidos, tendo as características comuns de: (a) serem recentes; (b) redigidos em língua portuguesa; (c) discutirem questões políticas e metodológicas gerais relativas à participação social nas políticas públicas, mais do que estudos de casos individualizados. Para os casos internacionais, geralmente redigidos em inglês ou italiano, uma única referência geral é apresentada ao final (BOBBIO, "A Più Voci").

A lista completa dos trabalhos referenciados pelos autores pode ser encontrada em [www.apsredes.org](http://www.apsredes.org).

1. AVRITZER, Leonardo; NAVARRO, Zander (Org) A inovação democrática no Brasil: orçamento participativo. São Paulo: Cortez Editora.
2. BROSE, Markus (Org) (2007) Metodologia participativa: uma introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial.
3. COELHO, Vera (2007) “A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de atrair não aliados” p. 77-92 em: São Paulo: Revista Novos Estudos CEPBRAP nº 78.
4. CUNHA, Márcia (2010) Os andaimes do novo voluntariado. São Paulo: Cortez Editora.
5. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO (2009) Guia para a municipalização dos Objetivos do Milênio: referências para a adaptação de indicadores e metas à realidade local. São Paulo/Brasília: Agenda Pública/Presidência da República.
6. MORAES, Isabel (2004) O papel da sociedade civil nas novas pautas políticas. São Paulo: Peirópolis/ABONG.
7. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Inovação nos Sistemas Logísticos. Resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, 2011. 120 p.:il. NavegadorSUS n. 1.
8. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Inovando o papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde. Resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, 2011. 137 p.:il. NavegadorSUS n. 3.
9. NASCIMENTO, Antonio (2009) “Alianças estratégicas em processos de desenvolvimento local” p. 147-169 em: LANDIM, Leilah; TREVISAN, Maria (Org.) Apoio internacional do desenvolvimento local: experiências sociais com juventudes no Nordeste. São Paulo: Editora Peirópolis.

10. ORBIS (2009) Objetivos do Milênio: estratégia para o desenvolvimento local. Curitiba: SESI PR/ORBIS.
11. PIRES, Roberto; VAZ, Alexander (2010) “Participação faz diferença? Uma avaliação das características e efeitos da institucionalização da participação em municípios brasileiros” p. 253-304 em: AVRITZER, Leonardo (Org.) A dinâmica da participação local no Brasil. São Paulo: Cortez.
12. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (2009) Agenda de compromissos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Governo Federal e municípios 2009-2012. Brasília: Secretaria de Relações Institucionais.
13. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (2011) Democracia participativa: nova relação do Estado com a sociedade, 2003-2010. Brasília.
14. SAMPAIO, Rafael (2009) “Governança eletrônica no Brasil: limites e possibilidades introduzidas pelo orçamento participativo na internet” em: Brasília: Revista Planejamento e Políticas Públicas IPEA nº 33.
15. SERAFIM, Lizandra; MORONI, José (Orgs) (2009) Sociedade civil e novas institucionalidades democráticas na América Latina: dilemas e perspectivas. São Paulo: INESC/Instituto Polis.
16. SOUZA, Marcelo (2008) Mudar a cidade: uma introdução crítica ao planejamento e a gestão urbanas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil
17. TEIXEIRA, Elenaldo (2001) O local e o global: limites e desafios da participação cidadã. São Paulo/Salvador: Cortez e UFBA.
18. Em Italiano: BOBBIO, L. (org.) A più voci – Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi. 2004 – Edizioni Scientifiche Italiane Spa. (disponível em WWW. <http://partecipazione.formez.it/node/418>; acessado em 05 de fevereiro de 2012).





**ANEXO**



O quadro a seguir traz as experiências nacionais de participação em saúde inscritas, porém não selecionadas para os estudos de caso *in loco*. Muitas delas são portadoras de inovações e desenvolvem processos de participação e inclusão social interessantes, sendo também comentadas em várias passagens do presente texto.

### Conselho Municipal de Saúde de Brasilândia – Tocantins

A necessidade de se estabelecer uma profunda reformulação na constituição da representatividade do Conselho Municipal de Saúde de Brasilândia, no Piauí, se justificou pela Lei nº 8.142/1990, que estabelece a regra da paridade na constituição dos Conselhos de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde, em 2009, verificou que o Conselho permanecia constituído respeitando uma realidade que não atendia mais a realidade do momento. Parte significativa dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) encontrava-se à margem do processo decisório por não possuir representatividade dentro do Conselho.

Como os assentamentos de Laje I e II e do Grotão não existiam no período em que o Conselho Municipal de Saúde foi constituído, as 76 famílias que moram nos dois assentamentos não estavam representadas pelos usuários.

Assim, através de ações de educação permanente, foi possível a promoção da paridade no processo de reconstituição do Conselho Municipal de Saúde de Brasilândia. A dinâmica do trabalho precisava de um envolvimento coletivo sólido e da promoção de ações que promovessem a intersetorialidade para que fosse possível a garantia dessa representatividade dentro do Conselho Municipal de Saúde.

Os primeiros atores envolvidos foram os próprios conselheiros de saúde que através de ações de educação permanente foram sensibilizados a perceberem tal distorção. Em seguida foi necessário o envolvimento dos assentados para que os mesmos também pudessem perceber essa necessidade e conceber tal necessidade como direito. Também foram envolvidos no processo o Poder Executivo Municipal, que publicou Ato oficializando a alteração na composição do Conselho, e o Poder Legislativo, que tomou conhecimento da ação e, principalmente, dos benefícios trazidos por ela.

**Resultados:** fortalecimento do controle social dentro da gestão SUS, no âmbito municipal; realização da II Conferência Municipal de Saúde, no dia 18 de maio de 2011, com a participação da representação dos assentamentos na Comissão Organizadora; aproximação dos usuários residentes nos assentamentos junto ao serviço de saúde através do conhecimento de suas necessidades e prioridades; melhoria no acesso dos usuários dos assentamentos ao serviço de saúde municipal percebido através da celeridade na resolução dos problemas por eles apresentados.

### Programa Agenda 21 Local – nacional

O Programa Agenda 21, que integra o Plano Plurianual do Governo Federal (PPA 2004/2007), tem como premissa básica incentivar ações entre governo e sociedade, voltadas para o desenvolvimento sustentável. Para isso, tem atuado na construção de parcerias e na promoção de novos espaços para o diálogo e efetiva participação da sociedade para a definição de políticas públicas. Um dos principais objetivos do programa é elaborar um plano para transformar a realidade local no cenário desejado por todos, fortalecendo a participação, a cidadania ativa e consolidando a formação de sociedades sustentáveis.

Assim, o Agenda 21 Local desenvolveu cartilha de orientações para a construção de um plano de ação local voltado para o desenvolvimento sustentável, envolvendo agentes municipais e regionais, além de cidadãos e instituições.

O programa buscou mobilizar e sensibilizar governo e sociedade, por meio de seminários, oficinas, campanhas; criar fórum da Agenda 21 Local, por meio da convocação dos representantes dos diferentes setores da sociedade local; elaborar diagnóstico participativo (conhecer e compreender a realidade local através da elaboração de diagnóstico participativo); elaborar o Plano Local de Desenvolvimento Sustentável (Fórum planejando a transformação da realidade local, por meio da construção do plano local de desenvolvimento sustentável); implementar plano de desenvolvimento sustentável definido no processo de construção da agenda 21 por meio de instrumentos legais, políticos, jurídicos e técnicos); monitorar e avaliar o plano local de desenvolvimento sustentável definido no processo de construção da agenda por meio do acompanhamento dos indicadores e outros instrumentos de controle social propostos.

**Resultados:** a experiência retrata o processo metodológico de orientação para construção, execução, monitoramento e avaliação de um plano local de desenvolvimento sustentável.

#### Fórum inter-religioso: a experiência da cidadania – Rio Grande do Sul

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – integrado pelos Hospitais Nossa Senhora da Conceição, Cristo Redentor, Fêmeina e Criança Conceição e mais 12 Unidades Básicas de Saúde, do Rio Grande do Sul, desde 2007, recebe assistência espiritual por iniciativa de diversas igrejas da região. Nos últimos anos, esse projeto deu um salto de qualidade pela constituição de um Fórum, primeiro Ecumênico, a partir de 2001, pois reunia fundamentalmente representantes das Igrejas cristãs. Finalmente, a partir de 2007, passou a ser constituído como inter-religioso, pois agregou instituições não-cristãs como as religiões de matriz africana, entre outras.

A assistência espiritual é considerada pelo Fórum e pela Direção do GHC parte importante da integralidade de atenção e de humanização do atendimento, conforme prevê o SUS. Integram o Fórum: o Seicho-No-le do Brasil, as religiões de Matriz Africana, a Igreja Católica, a Sociedade Espirita Dom Thomé, a Igreja Evangélica Luterana do Brasil, a Igreja Assembléia de Deus, a Igreja Batista Palavra Viva, a Igreja Universal do Reino de Deus, a Igreja Evangélica Nova Jerusalém, a Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil e a Comunidade Evangélica Seara.

O testemunho do trabalho que vem sendo realizado tem sido o fator principal de divulgação e de empoderamento da experiência. O Fórum reúne mensalmente para debater e encaminhar as questões da assistência espiritual, como as celebrações, visitas, encontros, cursos.

**Resultados:** a partir dos testemunhos de visitantes e de usuários, pode-se afirmar que esse trabalho ajuda na recuperação da saúde e na criação de um ambiente mais humano de atendimento. Talvez o resultado mais visível seja a integração entre os mais diversos credos de fé e a superação de preconceitos. Tem-se a compreensão de que não haverá paz no mundo se não houver paz entre as religiões.

#### Projeto de Extensão: trocas de saberes em educação popular e saúde – Mato Grosso

A Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) e a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) desenvolvem, desde 2008, um Projeto de Extensão em Educação Popular e Saúde para a implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS).

Além disso, o Projeto promove os princípios da Educação Popular e Saúde (EPS) para ampliar e qualificar a participação social no SUS; Mapear as potencialidades e fragilidades dos movimentos e práticas de EPS no Estado de Mato Grosso; desenvolve estratégias de ampliação dos espaços de diálogo entre os movimentos populares e a gestão local do SUS/Mato Grosso; amplia o debate em torno da construção da Política Nacional de Educação Popular em Saúde.

**Resultados:** incorporação da extensão no processo de reformulação do Plano de Desenvolvimento Institucional da ESPMT; institucionalização do núcleo de extensão popular; fortalecimento da ANEPS/MT nos espaços de gestão da Política de Educação Permanente em Saúde; inserção da ANEPS/MT como representante dos movimentos sociais no Conselho Escolar, bem como nas Comissões de Seleção de Docentes; constituição do grupo de estudos e pesquisa em educação popular/educação permanente; inclusão de temas relevantes a educação permanente/popular no material didático-pedagógico da formação de docentes da ESPMT. Porém, o sinal mais evidente dessa desterritorialização dos saberes e práticas tem sido o atravessamento das fronteiras entre a Educação Permanente e a Educação Popular, permitindo pensar a possibilidade de existência de uma educação permanente mestiça, fundada na tríade: Ensino, Serviço e Cidadania.

#### PI: Uma Experiência de Cidadania – Rio Grande do Sul

Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – integrado pelos Hospitais Nossa Senhora da Conceição, Cristo Redentor, Fêmeina e Criança Conceição e mais 12 Unidades Básicas de Saúde, do Rio Grande do Sul, desde 2003, desenvolve um Plano de Investimentos, para incentivar a democracia participativa. A iniciativa foi incorporada a sua agenda estratégica. Ela começou com a participação de mais de 62% dos trabalhadores no processo eleitoral para a escolha dos seus delegados que, junto com os representantes da população, indicados pelo Conselho Gestor, e os representantes dos gestores do GHC constituem o Fórum do PI, num processo de co-gestão.

A partir de 2007, a eleição dos delegados do PI passou a ser simultânea à eleição dos membros dos Colegiados de Gestão (CdeG), que são espaços de democratização da gestão das mais de 200 equipes do GHC. Em 2005, o PI do GHC foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como uma prática inovadora de gestão participativa, recebendo o prêmio Sérgio Arouca. Em 2003 os investimentos do GHC eram de R\$ 3,5 milhões chegando atualmente ao redor de R\$ 30 milhões. Diretrizes do PI nos últimos três anos: Melhoria da qualidade do cuidado; vinculação com metas dos Colegiados de Gestão; conclusão de obras que significam ampliação de serviços e consolidação do GHC como instituição de ensino. Essa experiência tem se espelhado muito no processo do Orçamento Participativo, que aconteceu na Prefeitura de Porto Alegre desde 1989, e que foi um dos motivos que trouxe o Fórum Social Mundial para a capital dos gaúchos.

A experiência foi levada para o 3º Fórum Mundial da Saúde, que aconteceu junto com o Fórum Social Mundial, em Belém do Pará, em 2009. Também em 2010, por ocasião da realização do FSM 10 ANOS, o GHC participou de várias oficinas em Porto Alegre e em Novo Hamburgo. O GHC é formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina e mais 12 postos do Serviço de Saúde Comunitária, com mais de sete mil trabalhadoras e trabalhadores e em todos esses espaços esse jeito de Gestão acontece. O Serviço da Saúde Comunitária tem uma experiência participativa muito mais longa, a partir mesmo da luta pelas Unidades de Saúde quando ainda não havia a política nacional dos PSF.



**Resultados:** o Plano de Investimentos é um processo de participação coletiva que resultou em novos serviços, novos equipamentos e maior qualificação e humanização do atendimento. O PI descentraliza os investimentos, garantindo maior efetividade da gestão, por mobilizar o protagonismo dos que se envolvem. A experiência do PI do GHC tem demonstrado que a radicalização da democracia é um caminho importante para garantir e ampliar direitos, garantia de inversão de prioridades de um governo, aprofundamento do controle social, combate da corrupção e da má gestão. Ajuda a criar uma nova cultura em todo organismo social numa perspectiva transformadora. A vida tem demonstrado que esse processo é vigoroso impulsionador da cidadania que acaba não se restringindo ao espaço do hospital, mas impulsiona iniciativas nos locais de moradia, nas escolas, na vida da comunidade. Tem sido feitas várias teses sobre a experiência do GHC, particularmente por estudantes trabalhadores do Grupo.

### Conselho Municipal de Saúde de Carlinda – Minas Gerais

Conforme pactuado na programação anual de saúde 2011, as três Equipes de Saúde da Família de Carlinda realizarão uma reunião por semestre com os bairros e comunidades de sua área de abrangência, em horário diferenciado (noturno) para maior adesão, buscando garantir o controle e participação social.

O objetivo dessa nova agenda é a promoção de espaços de discussão entre as equipes e os usuários, no intuito de buscar melhorias para a saúde da população. Assim, a partir de reuniões entre as Equipes da Saúde da Família com bairros e comunidades, busca-se esclarecer à população conceitos, como Atenção Primária, além de apresentar a equipe de sua unidade de referência e os demais serviços oferecidos: NASF (nutricionista, psicóloga e educador físico), Vigilância em Saúde, Farmácia Básica, Laboratório Municipal, Hospital Municipal, Centro de Reabilitação (fisioterapeuta e fonoaudióloga), além da atenção de média e alta complexidade, levantando propostas de acordo com as necessidades de cada localidade.

**Resultados:** ocorreram duas reuniões como previsto no planejamento. Assim, perceberam-se as seguintes demandas: horário diferenciado para atendimento de Saúde do Homem; realização de grupos de Saúde Mental (terapia ocupacional) nas comunidades rurais pela dificuldade de acesso (transporte); aumento no número de vagas das diversas especialidades médicas através do consórcio; Incentivo para a permanência do profissional médico na equipe; aquisição de um aparelho de RX para o município; contratação do profissional médico exclusivo para o Hospital.

### Saúde nos interessa: Instituinto o Observatório do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Betim – Minas Gerais

Instituído no primeiro semestre de 2010, trata-se de um projeto de extensão que tem como objetivo a construção de um espaço institucional de monitoramento e de formação dos diversos atores sociais envolvidos com a gestão participativa do SUS, capaz de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população de Betim, através da qualificação dos mecanismos de controle social.

O projeto busca contribuir para a reorganização dos conselhos locais de saúde, visando à sua consolidação como instância de participação da comunidade, cumprindo com o seu papel de representação dos interesses dos diversos atores sociais.

O Observatório do Controle Social pretende desenvolver uma pesquisa descritiva, para entender as características da participação da população betinense no controle social do SUS. Para a produção de dados primários, pretende-se empregar duas estratégias: a aplicação de questionários estruturados e oficinas socioeducativas. Docentes e discentes da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (núcleo Betim), representantes da mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde e representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Betim (SMS) participam do projeto.

**Resultados:** consolidação do observatório, realização de pesquisa documental e construção dos questionários.

#### Conselho Municipal de Saúde de Betim – Minas Gerais

Entre janeiro de 2009 e junho de 2011, o Conselho Municipal promoveu debate e aprovação, durante as Conferências Regionais, de mudanças no processo de eleição e composição dos segmentos dos usuários e trabalhadores. Além disso, criou uma lei municipal e edital público como instrumento do processo eleitoral. O objetivo é ampliar e democratizar a participação social no âmbito dos Conselhos visando à mudança na forma de representação da esfera individual para conferir maior representatividade, legitimidade e democratização do espaço.

**Resultados:** substituição de um modelo de participação popular e composição do Conselho, adequação plena à Resolução 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde e implantação do ParticipaSUS em Betim.

#### Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) – nacional

Entre 2008 e 2009, o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) utilizou o teatro como ferramenta de gestão participativa. Foram desenvolvidas oficinas e utilização do Teatro do Oprimido como mecanismo de promoção da participação social, sensibilização dos jovens, debate e elaboração de propostas de políticas públicas voltadas à eliminação da Hanseníase.

Participaram do projeto o Morhan e suas sedes municipais, trabalhando com jovens locais dos seguintes municípios: Rio de Janeiro/RJ, Fortaleza/CE, Teresina/PI, São Luís/MA, Boa Vista/RR, São Paulo/SP, Palmas/TO, Recife/PE, Juazeiro do Norte/CE, Vassouras/RJ, Curitiba/PR.

**Resultados:** consolidação de cinco grupos teatrais de conscientização da hanseníase. Ainda em 2009, foi realizado o 1º Encontro Nacional de Jovens do Morhan, possibilitando que os jovens participantes dessas primeiras oficinas e outros jovens construíssem um grupo de propostas e ideias para eliminação da hanseníase no Brasil, esses mesmos jovens foram levados ao Conselho Nacional de Saúde para compreensão do papel do conselho e organizaram um Manifesto pela Eliminação da Hanseníase.

As propostas elaboradas durante as Oficinas teatrais com foco na gestão participativa constam no Relatório do Encontro Nacional de Jovens do Morhan.

#### Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda – Rio de Janeiro

Entre maio e dezembro de 2010, foram implementados os Conselhos Gestores nas Unidades Básicas de Saúde pelo Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, com o objetivo de potencializar o controle social no SUS.

Assim, foram realizadas assembleias nos bairros com a participação de entidades que atuam na comunidade, como representantes da sociedade civil e do governo.

**Resultados:** foram implementados 42 Conselhos Gestores com o total de 336 conselheiros contemplando as 42 unidades de saúde localizadas nos bairros do município. A atuação dos Conselhos Gestores possibilitou a resolução de problemas nas Unidades de Saúde.

### Conselho Municipal de Saúde de Osasco – São Paulo

Desde fevereiro de 2011, o Conselho Municipal de Saúde de Osasco realiza palestras a cada 15 dias para debater os programas municipais de saúde. O projeto piloto possibilita uma atuação constante do Conselho Gestor na unidade. O Conselho Gestor é um órgão de instância colegiada, com funções de caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo. O objetivo é ampliar o conhecimento sobre o Plano Municipal de Saúde.

### Grupo de orientação de pais com enfoque nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento psicossocial – construção psicológica e fonoaudiológica na UBS Vila Dayse de São Bernardo do Campo – São Paulo

Os Setores de Fonoaudiologia e Psicologia da UBS Vila Dayse, no município de São Bernardo do Campo, elaboraram um projeto de atuação conjunta para os casos em que se verificou que a causa da necessidade de atendimento das referidas especialidades estava diretamente relacionada às condições de maternidade e vínculo familiar. Aqueles pais que os profissionais perceberam como principais responsáveis para que houvesse a modificação de patologias instaladas, comportamentos inadequados e atendimento preventivo para instalação de outros quadros foram convidados a participarem do grupo de orientação.

O objetivo desse projeto foi acolher e atender semanalmente pais e usuários a fim de orientar e dirimir conflitos oriundos do desenvolvimento infantil. Até então, os profissionais entendiam que a melhora do paciente dependia de mudanças significativas na família. Para isso, profissionais da saúde (psicólogos e fonoaudiólogos) orientaram pais nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento psicossocial.

**Resultados:** melhora dos pacientes atendidos pelos setores de Fonoaudiologia e Psicologia. Percebeu-se que a criação de um espaço para essas mães discutirem e refletirem sobre as questões que permeiam a educação a o atendimento de seus filhos nos diferentes setores da UBS foi de extrema importância para o envolvimento da família no caso e para a percepção de sua responsabilidade e implicação no processo de desenvolvimento pleno e saudável também da família.

### Reuniões com Associações de Bairros fortalecem a Cidadania – Jaguariúna – São Paulo

Entre 21 de fevereiro e 22 de março de 2011, a prefeitura de Jaguariúna realizou reuniões com as associações de bairros, reuniões entre lideranças e poder executivo e desenvolvimento de agenda de ações.

Com o objetivo de desenvolver a participação social e a cidadania, foram levantadas as demandas da população. Dessa forma, construiu-se um canal de escuta e comunicação direta entre a sociedade e o poder executivo.

**Resultados:** criação de agenda e cronograma de ações nos bairros.



### Movimento Popular de Saúde de Santa Catarina – Joinville – Santa Catarina

Entre junho de 2007 e dezembro de 2008, o Movimento Popular de Saúde de Santa Catarina formou multiplicadores para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Para isso, foram realizados cursos, seminários e oficinas. O objetivo foi ampliar a participação de novos atores nos processos de reflexão, debate e implantação da Política de Saúde do Homem.

A partir das diretrizes da Educação Popular em Saúde, buscou-se a reflexão crítica da realidade e das práticas de saúde, no que diz respeito às tecnologias, à subjetividade dos envolvidos, à construção de conhecimento de forma partilhada e à sensibilização de novos parceiros da área da saúde e dos demais setores envolvidos com a melhoria das condições de vida das comunidades.

**Resultados:** Através dessa iniciativa pioneira, foram capacitados 280 multiplicadores em Saúde do Homem, como profissionais de Saúde, da Educação, conselheiros de Saúde, além de lideranças comunitárias. O projeto ganhou apoio político e foi sancionada a Lei Municipal nº. 6.321/2008 que institui a segunda semana do mês de agosto como a “Semana Municipal da Saúde do Homem”.

Essa experiência possibilitou também o aprofundamento no tema que resultou numa visão mais ampla da situação e a necessidade de criar políticas próprias para incentivar e incrementar ações de saúde e educação que tenham impacto sobre o público masculino. Também melhorando a conscientização dos homens sobre a importância de procurarem os serviços de saúde como forma de promoção e prevenção da saúde.

### Conselho Gestor do Grupo Hospitalar Conceição: como os atores percebem esse espaço e sua ação – Rio Grande do Sul

Pesquisa científica, desenvolvida entre agosto de 2008 e agosto de 2009, analisou a percepção dos membros do Conselho Gestor do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) sobre as atividades que são desenvolvidas nesse espaço. Participaram do projeto a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, conselheiros de saúde representantes dos usuários no Conselho Gestor do GHC. A pesquisa foi realizada pelo curso de extensão universitária intitulado Formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde.

**Resultados:** os resultados da pesquisa indicam que os conselheiros compreendem o impacto das suas atividades dentro do próprio conselho, dentro do Grupo Hospitalar Conceição e da organização do sistema de saúde, bem como o seu reflexo nas comunidades. Isso reforça o empoderamento das pessoas sobre os mecanismos de garantia de direitos.

Os dados levantados deixam claro o nível de governabilidade que o Conselho Gestor apresenta dentro da organização, ou seja, quais atividades são desenvolvidas apenas por ele e quais dependem de outros atores para atingir metas do conselho e da gestão. Também apresentou a dimensão de pertencimento que os membros possuem no espaço deliberativo, que tem por objetivo atuar e apoiar na elaboração do planejamento, acompanhamento, avaliação, fiscalização e controle na execução das políticas e ações de saúde, em sua área de abrangência. Muitos têm histórico de longa data em participação de movimentos comunitários, não têm formação universitária ou técnica na área da saúde, o conhecimento vem da vivência, do exercício diário em suas comunidades na busca de melhorias, na ansia de suprir necessidades. Dos atores que compõem o Conselho Gestor, o usuário é o mais presente, o mais envolvido e, por esse motivo, o que tem mais poder nas decisões, quem mais propõe alianças, quem amplia e valoriza a participação. Tal poder também vem da capacidade de perceber os estrangulamentos e os nós no sistema, de apontar soluções.

### Projeto Vidas Paralelas – Rio Grande do Norte

Desde 2008, o Centro Integrado de Prevenção às Doenças Relacionadas ao Trabalho (Prevdot) e a Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (RECST) desenvolvem o Projeto Vidas Paralelas (PVP), do governo federal, no Rio Grande do Norte. Esse projeto tem o objetivo de possibilitar aos trabalhadores a expressão artística e a realização de registros visuais, para a construção de um novo olhar sobre diferentes temáticas. A intenção é promover formação cidadã emancipatória, estabelecer um intercâmbio de informações e experiências, e a construção coletiva de estratégias de enfrentamento da realidade.

O projeto já é operacionalizado em 21 estados brasileiros e conta com a participação de 760 trabalhadores. Para o desenvolvimento do PVP, é utilizada a cultura digital, a partir de produção de vídeos, fotos, textos e postagens em rede social do projeto, além da criação de rede social e compartilhamento de experiências em encontros periódicos entre trabalhadores, estudantes, professores, membros de movimentos sociais e serviços de saúde.

**Resultados:** casos degradantes e de risco à saúde e segurança dos trabalhadores foram encaminhados à Procuradoria Regional do Trabalho do Rio Grande do Norte e realizadas fiscalizações pela Vigilância Sanitária e pela Superintendência Regional do Trabalho. Após as fiscalizações, foram realizadas Audiências Públicas e assinados Termos de Ajustamento de Condutas, com correção das irregularidades detectadas pelos auditores fiscais. Como, por exemplo, construção de refeitórios, disponibilização de espaços adequados para o repouso dos trabalhadores, inclusive contribuindo para a efetivação do cumprimento da Lei Municipal, que determina a contratação de embaladores em supermercados. Além disso, a experiência do Rio Grande do Norte traz claros exemplos de emancipação política por parte dos trabalhadores envolvidos no projeto.

### Fiocruz – MG e Escola de Enfermagem da UFMG – Minas Gerais

Entre fevereiro de 2009 e abril de 2011, a Fiocruz-MG e a Escola de Enfermagem da UFMG desenvolveram o programa de participação comunitária: acesso em saúde e controle de doença endêmica.

A partir da inserção das redes sociais existentes na comunidade, na articulação com a gestão pública municipal e na realização de atividades de capacitação dos representantes da comunidade, o projeto buscou fortalecer a participação e a organização comunitária, a fim de alterar a realidade local.

**Resultados:**

- Desenvolvimento de ações colaborativas entre pesquisadores, profissionais de saúde local, gestores públicos municipais e representantes da comunidade, para o controle da doença e melhorias no acesso em saúde.
- Criação de um conselho local de saúde.
- Reforma da lavanderia pública.
- Implementação de melhorias no abastecimento de água.
- Organização do serviço de saúde para coleta local de exames para o diagnóstico da doença.
- Ações educativas entre os escolares da localidade sobre a doença, meio ambiente, saúde e participação comunitária.
- Ampliação do nível conceitual dos representantes da comunidade e dos escolares sobre a doença e seu controle e a importância da participação social em saúde.

### Ações de Promoção da Igualdade Racial no Grupo Hospitalar Conceição promovidas pela Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Rio Grande do Sul

Desde 2003, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) desenvolve programa de Promoção da Igualdade Racial no atendimento prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Trabalhador da instituição são capacitados, através de cursos, seminários e oficinas.

Os objetivos desse projeto são:

- Implementar de políticas afirmativas na área da saúde, considerando as especificidades étnicas dos trabalhadores e usuários do GHC.
- Elaborar estratégias de combate ao racismo, ao preconceito e à discriminação racial.
- Garantir a efetivação da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População Negra na instituição.
- Resgatar a importância de cada grupo étnico na construção da identidade brasileira.
- Considerar as diversidades religiosas, culturais e políticas.
- Acompanhar a Política de Cotas para afro-brasileiros no Processo Seletivo Público do GHC.

#### Resultados:

- Inclusão das religiões de matriz africana nessa instituição de saúde.
- Garantia da reserva de 10% de vagas para afro-brasileiros em todos os processos seletivos do GHC.
- Sensibilização da temática racial voltada aos trabalhadores, visando qualificar o atendimento prestado e levando em consideração as especificidades étnicas dos usuários do SUS.
- Implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População Negra.

### Pastoral da Criança – nacional

Entre 2003 e 2011, a Pastoral da Criança formou e acompanhou articuladores voluntários para prevenir a mortalidade infantil, participar das políticas públicas de saúde e melhorar o acesso aos serviços de saúde.

Ao todo, em 2010, foram capacitados e atualizados 1.393 voluntários, com disponibilidade para atuar como articuladores da Pastoral da Criança junto aos Conselhos Municipais de Saúde e apoio da Rede Brasileira de Informação e Documentação sobre a Infância e Adolescência. Cada capacitação prevê o mínimo de 16 horas e utiliza material educativo específico.

**Resultados:** em 2010, contamos com 1.393 articuladores voluntários, em 1.140 municípios do Brasil. Desse total de articuladores, 426 são conselheiros titulares de saúde. Destes municípios, 70% têm reuniões mensais do Conselho de Saúde, e média mensal de 185 mortes de crianças menores de um ano. Foram visitadas, mensalmente, 1.687 Unidades Básicas de Saúde e 76% delas possuem antibióticos em estoque, mas somente 40% dos que possuem o medicamento oferecem a primeira dose na própria Unidade de Saúde.

