

PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS GESTORAS ACERCA DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE

NURSES IN MANAGERIAL POSITIONS: PERSPECTIVES ON MUNICIPAL HEALTH MANAGEMENT

PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS GESTORAS SOBRE LA GERENCIA MUNICIPAL DE LA SALUD

*Mariluce Karla Bomfim de Souza^I
Cristina Maria Meira de Melo^{II}*

RESUMO: Este estudo tem como objetivo caracterizar a gestão municipal da saúde sob a perspectiva de enfermeiras gestoras. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, que utilizou a técnica de entrevista semi-estruturada para a coleta dos dados, além da análise documental realizada em um município baiano, em 2006. Participaram espontaneamente 15 enfermeiras gestoras, ocupantes de funções nos diferentes espaços da Secretaria Municipal de Saúde, cujos depoimentos foram submetidos à análise de conteúdo. Os resultados demonstraram divergências sobre o formato da gestão do Sistema Único de Saúde Municipal. Quanto à operacionalização do sistema de saúde e a dinâmica dos conselhos, as entrevistadas concordaram que a verticalização do poder interfere no processo de tomada de decisões. Concluiu-se que a gestão da saúde é um processo complexo e que se dá num contexto de influências políticas locais, estaduais e federal.

Palavras-chave: Descentralização; sistema de saúde; governo local; participação.

ABSTRACT: The purpose of this study was to characterize the municipal management of health from the perspective of nurses in managerial positions. It reports on a qualitative case study using the technique of semi-structured interviews, plus documentary analysis, conducted in a town in Bahia State in 2006. Fifteen nurses performing managerial duties in the various departments of the municipal health department participated spontaneously, and their statements were subjected to content analysis. The results revealed divergences on the format of management of the municipal unified health system (SUS). As regards operationalization of the health system and the dynamics of the boards of health, interviewees agreed that the verticalization of power interferes with decision-making processes. It was concluded that health management is a complex process that takes place in a context of local, state and federal political influences.

Keywords: Decentralization; health system; local government.

RESUMEN: Este estudio tiene como objetivo caracterizar la gerencia municipal de la salud bajo la perspectiva de enfermeras gestoras. Se trata de un estudio de caso, de enfoque cualitativo, que utilizó la técnica de entrevista semiestructurada para la recolección de los datos, más allá del análisis documental cumplido en una ciudad de Bahia - Brasil, en 2006. Participaron espontáneamente 15 enfermeras gestoras, que actuaban en diferentes espacios de la Secretaría Municipal de Salud, cuyas deposiciones fueron sometidas al análisis de contenido. Los resultados habían demostrado divergencias en el formato de la gerencia del Sistema Único de Salud municipal. Cuanto a la operatividad del sistema de salud y de la dinámica de los consejos, habían convenido que la acción vertical del poder interviene en el proceso de toma de decisiones. Se concluyó que la gerencia de la salud es un proceso complejo y que acaece en un contexto de influencias políticas locales, estatales y federal.

Palabras clave: Descentralización; sistema de la salud; gobierno local; participación.

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) se torna o modelo público de prestação de ações e serviços de saúde, incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. Portanto, a gestão, bem como o processo e a dinâmica organizacional do sistema e dos serviços de saúde, remete-nos a pensar no seu caráter complexo e polêmico.

No contexto atual da política de descentralização, o SUS tem se concretizado através das relações intergovernamentais. O município, esfera de governo com maior responsabilidade operacional na implementação de mudanças para a reorganização do sistema de saúde, é o grande eixo de mobilização pela descentralização¹. A esfera local busca parcerias nas outras esferas de governo e procura desenvol-

^IEnfermeira. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Professora Visitante da Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Saúde Pública. E-mail: marilucejbv@yahoo.com.br.

^{II}Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Gerir (Escola de Enfermagem - UFBA)

ver programas locais articulados com a política estadual ou federal.

Noronha, Lima e Machado² referem que o sistema de saúde brasileiro se caracteriza pela existência de atribuições concorrentes entre os diferentes níveis de governo, sem que existam padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados. E acrescentam que isso garante alguma flexibilidade institucional, mas aponta para a necessidade da negociação e formação de acordos entre as esferas de governo envolvidas.

Diante disso, a gestão do sistema público de saúde, no contexto da consolidação do SUS, exige a adesão dos sujeitos e o empenho destes para operacionalizar as ações e serviços de saúde, cuja condução das práticas caracterizará o formato da gestão local.

Isso posto, apresentamos o objetivo deste estudo: caracterizar a gestão municipal da saúde sob a perspectiva das enfermeiras gestoras.

A justificativa de caracterizar a gestão municipal da saúde a partir da perspectiva dessas profissionais se prende ao fato delas estarem inseridas nos diversos espaços da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e por ocuparem diferentes funções gestoras no âmbito local.

MARCO REFERENCIAL

Com o processo de implantação do SUS e com a operacionalização da diretriz político-administrativa da descentralização, a gestão do sistema de saúde começa a ganhar espaço na agenda política.

Contudo, a descentralização não significa apenas a transferência de atribuições. Ela é, sobretudo, redistribuição de poder, condição que favorece a democracia por um lado, e por outro gera e potencializa conflitos decorrentes dos interesses das unidades da federação, as quais representam distintos poderes e recursos³.

A política neoliberal aplicada na realidade brasileira nos últimos anos tende também a favorecer uma descentralização incompleta, pois o repasse de responsabilidades e de recursos para os âmbitos de governo não acontece na mesma medida⁴.

A fim de operacionalizar e regular a descentralização em seus diferentes planos e dimensões, o Ministério da Saúde, desde o início da década de 90, estabelece normas operacionais e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão e das ações e serviços de saúde.

Recentemente, em 2006, o Ministério da Saúde divulgou, através da Portaria nº 399, o Pacto pela Saúde⁵. Nessa proposta de consolidação do SUS, os gestores devem assinar um termo de compromisso de gestão que firma o pacto em três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e da gestão.

Na dimensão da gestão, o pacto estabelece as responsabilidades de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claras as atribuições de cada âmbito de governo, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

O referido Pacto define gestão como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação; articulação e negociação; planejamento; acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão do trabalho; desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, entre outras⁵.

Segundo Paim⁶, na área da saúde a gestão é reconhecida como a direção ou condução de processos políticos-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolvam-se ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde.

A gestão no SUS é, por essência, compartilhada, pois o exercício das funções gestoras só é possível com a articulação, inter-relação e negociação entre as esferas de governo. Os municípios, por exemplo, têm competências e responsabilidades na prestação dos serviços. No entanto, é indiscutível que a sustentabilidade do SUS municipal se revela a partir das alianças e parcerias com o estado e a União, mediadas pelos atores envolvidos.

Numa perspectiva macroestrutural, a gestão do SUS não é possível sem a articulação entre as esferas de governo, pois as decisões na esfera local e estadual interdependem da esfera federal. Nessa perspectiva é muito evidente a relação de dependência dos gestores máximos (secretário da saúde) com os demais gestores na esfera local e nas demais esferas no compartilhamento das ações em saúde.

Na perspectiva microestrutural, a operacionalização do SUS se dá através da relação estabelecida entre os diferentes setores de prestação de serviços de saúde, mediante a articulação dos atores envolvidos. Um exemplo é o dos profissionais da saúde que

referenciam o usuário para outros serviços ou até para outros municípios para o atendimento de suas necessidades. Tal referência só se estabelece com eficiência e eficácia através de decisões e ações compartilhadas entre esferas de governo e/ou numa mesma esfera.

Portanto, no campo da gestão em saúde, a flexibilidade, o compartilhamento de ações e decisões e a transparência administrativa podem ser considerados requisitos adotados pelos dirigentes para o exercício de sua prática gestora nos diversos âmbitos de atuação, seja na gestão do sistema ou na gestão dos serviços.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa do tipo exploratória que discute a caracterização da gestão municipal da saúde sob a perspectiva de enfermeiras gestoras. Segundo Yin⁷, uma das condições que justifica um estudo de caso é quando o caso é considerado típico ou representativo, o qual parte do princípio de que as lições que se aprendem desses casos fornecem muitas informações sobre as experiências desenvolvidas.

A pesquisa de campo foi realizada durante os meses de maio e junho de 2006, em um município baiano, localizado na macrorregião Sudoeste, que tem mais de dois anos de habilitação na gestão plena do sistema municipal da saúde, além de possuir uma experiência considerada como consolidada de implantação do SUS.

Participaram como sujeitos deste estudo 15 enfermeiras ocupantes de diferentes cargos de gestão e nos diversos espaços da SMS, sendo apenas um sujeito do sexo masculino. Os depoimentos foram coletados após as entrevistadas serem informadas da autorização do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistadas foram identificadas pela letra E, seguida de um número de acordo com a ordem de seqüência das entrevistas.

Além das entrevistas, foi aplicada a técnica de análise documental para o estudo de 16 atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município pesquisado para convalidação dos achados.

Para realizar a análise de conteúdo temático estruturamos este estudo em torno dos três pólos cronológicos proposta por Bardin⁸; a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento e interpretação dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante a exploração e a análise do material das entrevistas e das atas do conselho, apresentamos aqui três objetos de discussão, os quais representam os temas que foram referidos pelas entrevistadas que ocupavam posições diferentes na gestão. São eles: características da gestão; operacionalização do SUS e dinâmica dos conselhos.

Quanto às características da gestão, os depoimentos das entrevistadas apontaram para dois formatos de gestão: gestão participativa e gestão autoritária. Portanto, os depoimentos revelam que a gestão do SUS municipal estudada é analisada de forma contraposta por diferentes entrevistadas.

Sobre a gestão participativa, as entrevistadas relataram:

Eu acho que a gestão é participativa, não é uma coisa vertical. Nós técnicos somos sempre chamados pra elaborar planos, elaborar o relatório de gestão, elaborar mudança das políticas necessárias em algum serviço a ser implantado [...]. (E4)

É uma gestão bastante participativa, que leva a valorização do saber da comunidade, as decisões da comunidade, por ter o orçamento participativo e a prestação de contas [...]. (E7)

Ao fazer a análise do conteúdo sobre a caracterização da gestão destacamos termos que sugerem prática democrática e participativa, como a *valorização do saber da comunidade*, é o momento da participação da comunidade no planejamento das metas para sua área de abrangência. Os termos revelam a abertura e a oferta da gestão com espaços de participação para uma construção coletiva. No entanto, por outro lado, além do não compartilhamento das informações e ações na própria esfera local, conforme referido por uma entrevistada, a determinação das esferas estadual e federal sobre as metas e recursos destinados ao município denuncia a forma centralizada de gestão e a não participação da esfera municipal no processo decisório. É o que nos fala uma das gestoras entrevistadas:

E a questão mesmo financeira, pra trabalhar, assim, pra propostas de trabalho, a gente precisaria ganhar mais em vigilância, entendeu, por que o que a gente ganha é pra cobrir a parte de dengue. [...] o dinheiro que vem pra vigilância é pra dengue, é pra cobrir a parte de recursos humanos da dengue. Então pra gente dificulta; a dificuldade maior nossa é essa. (E11)

Quanto à gestão autoritária identificada como forma de gestão do SUS municipal por algumas entrevistadas, esta se caracteriza por práticas antidemo-

cráticas, cuja organização é hierarquicamente rígida e com poder excessivamente centralizado pelo âmbito central da SMS. Logo, a gestão autoritária afasta-se do caráter da co-gestão como modo de administrar participativo que inclui o pensar e o fazer coletivo, e caracteriza-se pela centralização do poder sobre o processo decisório^{9,10}. Vejamos o seguinte depoimento sobre a gestão autoritária:

[...] hoje a gestão aqui é uma gestão autoritária, não é compartilhada, existe apenas duas ou três pessoas que detêm a informação e isso a gente não via antes porque sempre foi compartilhada. (E10)

Segundo a fala da depoente foi-nos revelada uma atitude centralizadora da gestão, característica de uma gerência autoritária. Contrapondo-se à natureza da gestão participativa, não encontramos em outras falas ou nas atas argumentos que sustentassem a prática autoritária na gestão do SUS local estudado. Entretanto, destacamos que os contrapontos surgiram nas falas das enfermeiras que ocupavam o mesmo âmbito na gestão, o que revela que há conflitos no modo de condução e gestão local.

Outra característica, citada pelas entrevistadas como de gestão autoritária, foi o não compartilhamento das informações e ações. Diante das posições que as autoras das falas ocupavam, interpretamos que a noção de gestão compartilhada enunciada refere-se a uma participação de diferentes atores no processo de gestão, enquanto outras entrevistadas, inclusive no âmbito local, referem-se ao compartilhamento como da natureza organizacional do SUS. Logo, a afirmação sobre o compartilhamento da gestão se refere à natureza da organização e execução do SUS, o que não significa dizer que a prática cotidiana de gestão é efetivamente compartilhada.

Destacamos, também, que uma outra gestora, do âmbito intermediário da gestão municipal, referiu que a gestão é descentralizada. Segundo ela, a prioridade de ação dentro da esfera municipal depende da política de saúde local. Vejamos:

De descentralização? Entendo. Eu entendo porque, assim, pelo que a gente já via antes, de um sistema antes, antigo, era uma questão centralizada. Hoje não, a diferença é essa, hoje o município tem as suas ações, ele sabe o quê que ele vai fazer. Ele vai trabalhar dentro da prioridade dele [...]. Agora, claro, depende da política de saúde de cada município. (E11)

Analisando o conteúdo dessa fala, destacamos que a gestora faz referência à gestão descentralizada num plano macro. Sobre isso, acrescentamos que o conceito de descentralização refere-se à transferência de responsabilidades e de poder administrativo,

político e financeiro, o que na realidade brasileira não tem acontecido numa mesma proporção, sendo o poder decisório, inclusive sobre o financiamento, centrado na esfera federal. Quanto à descentralização no plano micro local, esta é referida pelas entrevistadas quando fazem referência sobre o financiamento, de que há uma determinação da esfera federal sobre o quantitativo de recursos financeiros que são repassados.

Portanto, diante da análise dos achados, podemos inferir que o processo de gestão da saúde no município estudado, não diferente do restante dos municípios brasileiros, se processa num contexto de descentralização incompleta, visto as referências das entrevistadas sobre aspectos de participação e partilha de práticas por um lado, e por outro lado sobre aspectos de centralização de poder e decisão, condição que também caracteriza as relações no âmbito macro do SUS entre as esferas federal, estadual e municipal¹¹.

O segundo objeto de discussão que permite melhor compreender a caracterização da gestão municipal de saúde é a operacionalização do SUS municipal. Observemos o que trazem as enfermeiras gestoras entrevistadas sobre isso:

Eu vejo essa gestão assim, sabe aquela coisa da gente querer abraçar o mundo [...] você acaba deixando escapar as coisas básicas. Então eu acho, por exemplo, que a questão básica é sucateada [...] a gente tem problemas com a comunidade, até problemas operacionais de falta de material, de falta de medicamento [...]. (E8)

A gente acabou transferindo muita responsabilidade para a atenção básica [...]. E minha preocupação é que a gente não tem ainda, eu digo também a nível municipal, a nível municipal a gente está pensando... Mas a nível estadual e federal a gente não tem uma política de, de... um planejamento [...]. (E14)

As enunciações das entrevistadas, ocupantes de variadas funções gestoras, revelam dificuldades para a operacionalização dos serviços de atenção básica, pontuando desde a falta de planejamento até a falta de recursos materiais e medicamentos.

Uma entrevistada do âmbito local aponta a ineficiência da gestão sobre a qualidade na oferta de serviços básicos de saúde, pois segundo ela os serviços estão implantados, no entanto, sem o suprimento necessário de recursos que atendam as necessidades dos usuários. Já uma entrevistada do âmbito central da SMS afirma que o município não tem política de planejamento implantada, o que prejudica a operacionalização da atenção básica. Essa informante

hesita em analisar criticamente tal situação no município e transfere a responsabilidade pela falta de política de planejamento para os âmbitos estadual e federal.

Destacamos que a implementação de políticas definidas pelas esferas federal e estadual prejudica a operacionalização dos serviços de atenção básica, visto que o município é obrigado a ampliar seus serviços para obter maior repasse financeiro, dado que tais políticas quase sempre estão vinculadas a incentivos financeiros. Isso implica amplitude de responsabilidades que, sem a utilização sistemática do planejamento, inviabiliza o bom funcionamento desses serviços e o atendimento satisfatório das demandas da população.

Sobre a dinâmica dos conselhos, nosso terceiro e último objeto de discussão, as depoentes expressaram:

O Conselho daqui ele tem uma participação razoável. [...] é difícil sair um projeto que seja vindo deles [...] você não vê isso partindo dos conselheiros. A não ser que seja dos próprios gestores. (E12)

[...] existe pouca participação na deliberação e o conselho não tem se atentado pra isso e fica difícil. [...] os conselheiros locais têm muito mais preparo do que os conselheiros municipais, porque eles têm disponibilidade para os treinamentos que a gente dá, enquanto os municipais não têm [...]. (E10)

A partir dos registros das atas dos Conselhos e relatos de outras entrevistadas, podemos perceber que as gestoras ocupantes de funções distintas apresentam referências convergentes sobre a dinâmica dos conselhos de saúde. Para as nossas entrevistadas, o Conselho Local diferencia-se do Conselho Municipal pelo seu caráter mais dinâmico de participação dos seus conselheiros e representantes da população, sendo que no espaço do CMS as propostas são predominantemente feitas pelos gestores e as decisões são homologadas.

Segundo os depoimentos de duas entrevistadas, ambas do âmbito intermediário, o Conselho Municipal não formula políticas e é pouco deliberativo, diferente dos conselhos locais que são mais atuantes por conta da melhor preparação dos conselheiros. Uma delas acrescenta que a participação dos conselheiros nas reuniões do CMS varia conforme o grau de interesse dos assuntos em discussão, e que poucos participam de discussões inerentes às políticas de saúde municipal.

Por outro lado, destacamos que não aparecem nas atas do CMS discussão e resposta às demandas dos conselhos locais. Portanto, apesar do investimen-

to do município na qualificação dos conselheiros, não se percebe nas atas a participação dos conselheiros locais e a influência deles sobre as decisões no CMS, o que revela uma desarticulação entre tais instâncias.

Para que a gestão participativa aconteça, um dos dispositivos sugeridos diz respeito a como organizar o espaço coletivo de gestão para permitir o acordo entre interesses tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores, a exemplo os conselhos locais de saúde⁹.

Portanto, cruzando os achados com o referencial teórico sobre os conselhos, inferimos que o município estudado garante espaços de participação o que dá à gestão pública da saúde um caráter participativo. Entretanto, a falta de propostas de políticas pelo CMS e a ineficácia das discussões e decisões dos conselheiros sobre os interesses públicos denunciam o incipiente controle social.

Sobre isso Carvalho¹² afirma que, especialmente nos lugares (municípios ou bairros) com menor tradição organizativa e capacidade propositiva, a sociedade não dá conta de ocupar com qualidade os espaços criados por iniciativa legal e governamental, como é o caso dos conselhos de saúde. Acrescenta, então, que muitos canais participativos burocratizados são criados, esvaziados de conteúdo democrático, além de muito segmentados.

Portanto, o número de Conselho Local de Saúde e a desarticulação das discussões com o CMS revelam o caráter burocratizado dos conselhos como espaço para uma gestão participativa. O CMS tem sido legitimador das decisões do gestor municipal e os conselhos locais não têm exercido um poder de influência sobre as decisões do CMS, dado que as demandas propostas nos conselhos locais não são levadas para a discussão no conselho municipal, o que contrariamente deveria acontecer, já que o município tem investido na qualificação dos conselheiros.

CONCLUSÃO

Diante da análise dos achados sobre a caracterização da gestão da saúde municipal estudada, e considerados os contrapontos ressaltados pelas ocupantes de diferentes posições gerenciais, consideramos que o processo de gestão da saúde local, não diferente do restante dos municípios brasileiros, se processa num contexto de descentralização incompleta, visto as referências das entrevistadas sobre a fragilidade e barreiras dos aspectos de participação e partilha de práticas por um lado, e por outro lado sobre aspectos de centralização de poder e decisão.

A descentralização incompleta caracteriza a realidade municipal estudada, dado que na perspectiva das entrevistadas, a verticalização (União para estado, União para município, estado para município) para a tomada de decisões tem consistido na centralização do poder, inclusive na formulação de políticas o que limita a autonomia municipal na implementação do SUS local.

Por fim, o processo de gestão é complexo e se dá num contexto cujas influências políticas locais, estaduais e federal determinam as práticas e interferem nas relações de poder e tomada de decisões.

REFERÊNCIAS

1. Farah MFS. Parcerias, Novos arranjos institucionais e políticas públicas locais. *Cad Gestão Pública e Cidadania*. 2000;18:33-8.
2. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, 2004. Anais Ministério da Saúde. Brasília (DF): Secretaria de Ciência e Tecnologia; 2005. p.45-94.
3. Viana ALd'A, Lima LD, Gondin R. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7:3.
4. Arretche MTS. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. In: Noronha JC, Lima LD, Machado CV. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, 2004. Anais Ministério da Saúde. Brasília (DF): Secretaria de Ciência e Tecnologia; 2004.
5. Ministério da Saúde (Br). Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília (DF): Secretaria Executiva; 2006.
6. Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8: 2.
7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2005.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (Po): Edições 70; 1977.
9. Ministério da Saúde (Br). HumanizaSUS: gestão participativa/co-gestão. Brasília (DF); Secretaria Executiva; 2004.
10. Assis MMA. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. *Saúde em Debate*. 2003; 27(65):324-35.
11. Carvalho G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; 6: 435-44.
12. Carvalho MCA. Participação social no Brasil hoje. [site da internet] [citado em 04 abr. 2006]. Disponível em <http://www.polis.org.br>.