

Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais

The degree of implementation of the Family Health Program and social indicators

Flávia Henrique¹
Maria Cristina Marino Calvo¹

Abstract *This research analyzes the relationship between social indexes and the implementation level of the Family Health Program (PSF) in cities of Santa Catarina State, Brazil. The social indexes applied were: total population, human development index (HDI), per capita expenses with health and political party at local administration. Findings have shown a strong relationship between the population number and the implementation of the PSF in the cities, with a higher number of smaller cities (up to 50,000 inhabitants) presenting a satisfactory or intermediate implementation level ($p=0.0006$). On the other hand, populous cities have presented a condition which is considered unsatisfactory for the PSF implementation. The HDI helped to detect a reverse correlation among the investigated factors ($p=0.0264$). This may be explained by the fact that the implementation has been put into practice mainly in small cities with scant aid resources. No correlation has been observed among the PSF implementation, the per capita expenses with health and the political group at local administration, suggesting that the isolated assessment of these indexes is not enough to understand the development of the public policies of the cities. Lastly, one may infer that local characteristics of the cities in which the program is implemented can interfere with the results, suggesting that changes and adaptations at city level are necessary to reach an adequate program implementation.*
Key words *Health evaluation, Family Health Program, Social indicators*

Resumo *Esta pesquisa verificou a associação de indicadores sociais com o grau de implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em municípios catarinenses, no ano de 2004. Os indicadores utilizados foram: porte populacional dos municípios, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, gasto per capita com saúde e grupo político na gestão municipal. Os resultados demonstraram que há uma forte associação entre porte populacional e implantação do PSF, com maior número de municípios com até 50 mil habitantes em situação satisfatória e intermediária de implantação ($p=0,0006$). Os municípios maiores apresentaram condição insatisfatória de implantação do PSF. Com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal foi detectada uma relação inversa entre os fatores ($p=0,0264$), explicada pela implantação do programa ter ocorrido preferencialmente em municípios de pequeno porte e com poucos recursos assistenciais. Não houve associação da implantação do PSF com o gasto per capita com saúde e com o grupo político na gestão municipal, sugerindo que avaliar estes indicadores de maneira isolada não é suficiente para compreender o desenvolvimento das políticas públicas municipais. Por fim, pode-se inferir que as características locais interferem nos resultados alcançados, indicando que mudanças e adaptações ao nível municipal do programa são necessárias a sua melhor implantação.*
Palavras-chave *Avaliação dos serviços, Programa Saúde da Família, Indicadores sociais*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Trindade. 88040-900 Florianópolis SC. flaviahenrique@pop.com.br

Introdução

No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) iniciou em 1994, propondo-se a desenvolver ações de promoção e proteção do indivíduo, da família e da comunidade, na unidade de saúde, ao nível da atenção primária^{1,2}.

Henrique e Calvo³ desenvolveram e aplicaram um modelo de avaliação para o PSF, com o propósito de avaliar os municípios catarinenses quanto à implantação do Programa Saúde da Família. Foram utilizados os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATA-SUS) e também do Sistema de Informação Hospitalar de 125 municípios catarinenses, que foram classificados quanto à implantação do programa em satisfatório, intermediário e insatisfatório.

A compreensão dos fatores associados ao sucesso da implantação de políticas públicas é muito importante para estabelecer incentivos e propostas de correção. Alguns dos fatores a serem considerados na análise de programações locais de saúde são os indicadores sociais e os determinantes geopolíticos dos municípios, tais como o porte populacional do município, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, o gasto *per capita* público com saúde e o grupo político na gestão municipal.

Os municípios no Brasil caracterizam-se por serem uma unidade político-administrativa autônoma da Federação e por serem o local privilegiado de prestação de serviços públicos, bem como de participação política dos cidadãos. Na promulgação do SUS, esta afirmativa é reiterada com o princípio da descentralização dos serviços e ações de saúde⁴.

A expansão de novos municípios no Brasil foi intensificada nas décadas de setenta e noventa⁵, principalmente para municípios de pequeno porte, com até cinco mil habitantes, configurando uma situação em que a maioria dos municípios brasileiros, cerca de 75%, possuía menos de 20.000 habitantes, em 1999⁶.

O Programa Saúde da Família foi implantado inicialmente em áreas de risco nutricional, mas expandiu-se rapidamente e, em janeiro de 2001, já existiam equipes do PSF nos 27 estados da Federação, atingindo cerca de 90% dos municípios brasileiros. Apesar disso, a cobertura populacional pelo PSF situa-se em torno de um terço dos habitantes do país, o que pode ser atribuído, pelo menos em parte, à maior dificuldade de sua implantação nas

maiores cidades, que concentram um grande contingente populacional⁷.

No processo de implantação do programa, predominaram municípios de pequeno porte, nos quais uma equipe do PSF responde por elevada cobertura populacional. Apesar das persistentes afirmações em torno dos resultados do programa e dos mecanismos indutores de financiamento, em poucos municípios com sistemas de saúde complexos o PSF foi introduzido como a estratégia substitutiva do modelo assistencial vigente. Na grande maioria das cidades de médio e grande porte, o PSF persiste com as características de uma estratégia de expansão dos cuidados básicos de saúde, voltada para grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias⁷.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado nos anos oitenta pelo Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento (PNUD) e mede o desenvolvimento humano através da análise de três dimensões: educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB *per capita*). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) mantém essas mesmas dimensões, com metodologia mais específica para avaliar grupos sociais menores.

O indicador “gasto público em saúde *per capita*” é dos mais utilizados para comparar diferentes unidades administrativas quanto à ênfase dada ao atendimento das necessidades de saúde de sua população. Representa um indicador de insumo ou estrutura e está associado ao êxito das políticas públicas em saúde⁸.

A influência do bloco ideológico ao qual pertence o partido político na gestão municipal está demonstrada na literatura, indicando que os partidos posicionam-se de acordo com um *continuum* ideológico entre direita e esquerda. Estes blocos apresentam características divergentes entre si, podendo gerar diferentes condutas no encaminhamento das políticas públicas em saúde⁹.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi analisar as relações entre porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, gasto com saúde *per capita* e bloco ideológico na gestão municipal com o grau de implantação do Programa Saúde da Família em municípios catarinenses, a partir da evolução dos indicadores de estrutura, processo e resultados.

A análise dessas associações possibilita antever estratégias de ajustes ao PSF de acordo com diferentes contextos municipais, tornando sua implantação mais efetiva.

Metodologia

Foram utilizados dados secundários e retrospectivos dos municípios catarinenses que apresentavam os dados de implantação do PSF em 2001, resultando em uma amostra de 125 municípios – 43% do total de municípios catarinenses. As variáveis utilizadas foram: grau de implantação do Programa Saúde da Família, porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, gasto *per capita* com saúde e bloco ideológico na gestão municipal.

O grau de implantação do PSF é resultante do modelo desenvolvido por Henrique e Calvo³ para a classificação dos municípios catarinenses quanto à implantação do programa. Esse modelo utilizou os componentes de estrutura, processo e resultados¹⁰ para classificar a implantação em insatisfatória, intermediária e satisfatória. Os parâmetros adotados seguiram o método proposto por Tobar¹¹, conhecido como Tipo Ideal, já que não existiam publicações utilizando indicadores sintéticos de avaliação do PSF até 2005.

O indicador utilizado para estrutura foi o percentual de cobertura populacional. Para o processo, foram utilizadas as razões entre consultas médicas e: a) visitas domiciliares do médico, b) encaminhamentos ao especialista, c) exames de patologia clínica, e d) atendimentos do profissional de enfermagem. Para resultado, foi utilizada a taxa de internação pelas doenças sensíveis à atenção primária³.

Agregando os escores para os componentes de estrutura, processo e resultados na amostra de 125 municípios catarinenses, verificou-se, em 2004, 29% dos municípios em situação insatisfatória, 58% em situação intermediária e 13% em situação satisfatória. Essa classificação foi utilizada para as associações com os demais indicadores selecionados.

Para o indicador de porte populacional, os municípios foram agregados com base no modelo apresentado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em sua publicação *Perfil dos Municípios Brasileiros*⁵. Para melhor adequar-se à realidade catarinense, que não possui municípios acima de 500 mil habitantes e em que prevalecem pequenos municípios, modificou-se a proposta do IBGE, construindo novas categorias de análise, como demonstrado no Quadro 1.

Internacionalmente, o IDH exige dados com diferentes parâmetros de medidas entre os povos, sendo transformado em uma medida adimensional, com magnitude entre zero e um. Para isso, cada indicador que compõe o IDH é transformado em um valor entre zero e um e ao final é calculada a média desses indicadores, gerando o índice. O mesmo se aplica ao IDH-M. São calculados os índices específicos de cada uma das três dimensões analisadas: IDH-M-E para educação; IDH-M-L para saúde (ou longevidade); IDH-M-R para renda. Os valores são determinados pela referência de mínimo (0) e máximo (1) de cada categoria, e os sub-índices de cada município serão valores pro-

Quadro 1. Indicadores, categorias e parâmetros da classificação do PSF.

Indicadores	Categorias	Parâmetros		
Porte populacional (em mil habitantes) 2004	Até 5	0	┆	5
	De 5 a 20	5	┆	20
	De 20 a 50	20	┆	50
	De 50 a 100	50	┆	100
	Acima de 100	100	┆	999
IDH-M (2000)	Baixo	0,00	a	0,49
	Médio	0,50	a	0,79
	Alto	0,80	a	1,00
Gasto municipal em saúde <i>per capita</i> 2003, em reais.	Baixo	0,00	a	86,11
	Médio	86,12	a	160,68
	Alto	160,69	a	999,99
Bloco ideológico na gestão municipal	Esquerda Centro Direita	PT, PDT, PPS PSDB, PMDB PFL, PP, PTB		

Fonte: IBGE⁵; Januzzi⁸; Figueiredo e Limongi⁹.

porcionais dentro dessa escala: quanto melhor o desempenho municipal naquela dimensão, mais próximo o seu índice estará de 1. O IDH-M de cada município resulta da média aritmética simples desses três sub-índices⁸. Foi utilizado o IDH-M do ano de 2000, disponibilizado na página eletrônica do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina¹². Os parâmetros para classificação dos municípios estão apresentados no Quadro 1.

O gasto *per capita* com as políticas públicas representa um importante indicador de insumo para o desenvolvimento de políticas e pode ser utilizado para comparar países, estados ou municípios. No estado de Santa Catarina, o gasto público *per capita* com saúde está disponível na página eletrônica do Tribunal de Contas do Estado, no rol de indicadores financeiros, desagregado por município, no período de 2000 a 2003, recebendo atualização de acordo com o Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas¹². Para essa análise, considerou-se o período de 2003, e a classificação dos municípios foi dada pela amplitude quartil (Quadro 1).

A literatura indica que o bloco ideológico do partido político na gestão municipal pode influenciar no desenvolvimento de programas sociais; conseqüentemente, pode influenciar também o Programa Saúde da Família nos municípios catarinenses. Os dados dos partidos políticos na gestão municipal durante o ano de 2004 foram coletados na página do Tribunal de Contas do Estado de Santa

Catarina¹². O ano de 2004 representou o último ano de gestão partidária daquele mandato, atenuando os efeitos que a ação do partido político que antecedeu essa gestão pudesse imprimir à análise.

Os partidos foram classificados, de acordo com a proposta de Limongi e Figueiredo⁹, em três blocos ideológicos: direita, centro e esquerda, com algumas adaptações para viabilizar a classificação dos partidos da amostra (Quadro 1). Essas adaptações dizem respeito à alteração na sigla do PDS para o atual PP (Partido Progressista) e o PPS (Partido Popular Socialista), considerado do bloco de esquerda em função de ter surgido pelo fracionamento do PCB (Partido Comunista Brasileiro), considerado pelo autor como pequeno partido de esquerda.

Resultados e discussão

Dos 125 municípios da amostra, a maioria (77%) foi classificada com até 20 mil habitantes. Apenas 6% dos municípios foram classificados com mais de 100 mil habitantes. Esses valores estão próximos aos do Brasil, onde apenas 4% dos municípios apresentam mais que 100 mil habitantes^{5,13}.

A associação do porte populacional com a classificação para o PSF está apresentada na Tabela 1. Nenhum município com mais que 50 mil habitantes apresentou condição satisfatória de implantação do PSF. A situação intermediária concentra a

Tabela 1. Municípios, segundo indicadores selecionados e implantação do PSF.

	Grau de implantação do PSF			Total
	Satisfatório	Intermediário	Insatisfatório	
Porte (mil habitantes)				
Até 5	5	36	7	48
5 a 20	7	28	14	49
20 a 50	4	5	5	14
50 a 100	-	4	3	7
Acima de 100	-	-	7	7
IDH-M				
Médio	12	47	15	74
Alto	4	26	21	51
Gasto em saúde <i>per capita</i>				
Baixo	3	21	8	32
Médio	10	30	22	62
Alto	3	22	6	31
Bloco ideológico				
Esquerda	1	7	4	12
Centro	7	34	14	55
Direita	8	32	18	58

maioria dos municípios (58%), e todos os municípios com mais de 100 mil habitantes foram classificados como em situação “insatisfatória”.

A análise estatística indicou uma proporção maior de municípios com situação intermediária ($p=0,0029$) e uma proporção menor de municípios em situação insatisfatória ($p=0,0056$) no grupo com até 5 mil habitantes. Por outro lado, a situação contrária foi identificada nos municípios com mais de 100 mil habitantes, onde foi identificada uma proporção menor de municípios com situação intermediária ($p=0,0046$) e uma proporção maior de municípios em situação insatisfatória ($p<0,0001$). Este progressivo aumento do percentual de municípios em situação insatisfatória, de acordo com o aumento de porte populacional, aponta para a associação entre porte e classificação do PSF. Há significativamente mais municípios menores (até 50 mil habitantes) em situação satisfatória e intermediária ($p=0,0006$). Os municípios maiores apresentam-se associados à condição “insatisfatória” para o PSF.

Os dados encontrados na literatura apontam para essa mesma associação, que pode ser explicada pela tendência inicial de implantação do programa em áreas menos assistidas, conhecidas como “vazios sanitários”. Esses locais caracterizavam-se por serem municípios de pequeno ou médio porte, onde o incentivo financeiro ao Programa Saúde da Família tinha grande poder de indução da política de saúde. Isto gerou uma rápida ampliação da cobertura do programa nos pequenos municípios, inclusive porque uma ou duas equipes oferecem altas taxas de cobertura em municípios com até 10 mil habitantes⁷.

Dos dezesseis municípios classificados em situação satisfatória, a maior proporção foi dos com

20 a 50 mil habitantes – 28% desses municípios apresentaram classificação satisfatória de implantação do PSF. Esse resultado, embora não significativo, sugere que os outros componentes da classificação – processo e resultado – estão mais bem desenvolvidos nesses municípios do que nos menores, que atingem maior cobertura populacional.

Para investigar essas outras influências, analisou-se a relação entre o porte populacional dos municípios e os componentes estrutura, processo e resultado, utilizados para a classificação final dos municípios. A Tabela 2 demonstra que os municípios menores apresentam-se melhor classificados quanto à estrutura, mas, quanto ao processo e resultado, ocorre o contrário, estando os municípios maiores melhor classificados. Para “estrutura”, a proporção de municípios com até 20 mil habitantes nas categorias bom e médio é significativamente maior do que a proporção dos demais municípios ($p<0,0001$). Para “processo”, os municípios com mais de 20 mil habitantes apresentaram maior proporção na categoria médio ($p=0,0331$). Nesse componente, não foram encontrados municípios na categoria bom.

Para “resultado”, os municípios maiores apresentaram-se em maior proporção nas categorias bom e médio, embora a diferença não tenha significância estatística ($p=0,066$). Sendo o componente resultado representado pelo número de internações sensíveis à atenção primária, uma medida indireta da qualidade da atenção primária, este dado faz refletir sobre a necessidade de expansão do Programa Saúde da Família para todos os municípios, independente do porte populacional e dos serviços de saúde que já dispõem.

Costa e Pinto, avaliando o incentivo à descentralização no Brasil de acordo com o porte popu-

Tabela 2. Municípios, segundo porte populacional e categorias dos componentes estrutura, processo e resultado.

Categoria	População (mil habitantes)					Total
	até 5	de 5 a 20	de 20 a 50	de 50 a 100	mais de 100	
Estrutura						
Bom	48	40	8	2	-	98
Médio	-	6	3	1	-	10
Ruim	-	3	3	4	7	17
Processo						
Médio	7	7	6	3	-	23
Ruim	41	42	8	4	7	102
Resultado						
Bom	13	15	4	3	6	41
Médio	26	23	9	4	1	63
Ruim	9	11	1	-	-	21

lacional dos municípios, concluem que, na década de noventa, houve um notável crescimento da atenção ambulatorial e básica nos pequenos municípios brasileiros e crescimento equivalente desse nível de atenção no setor não SUS – seguros de saúde – nas médias e grandes cidades⁶.

Em relação ao indicador IDH-M, 51 municípios (41%) pesquisados classificaram-se com IDH-M alto e 74 (59%), com médio. É importante salientar que nenhum município catarinense possui IDH-M baixo. Os dados relativos à distribuição dos municípios com IDH-M alto e médio, de acordo com a classificação para o PSF, estão apresentados na Tabela 1. Observa-se uma tendência inversa entre os fatores, com maior proporção de municípios com IDH-M médio na categoria satisfatório e com IDH-M alto na categoria insatisfatório ($p=0,0264$). Essa relação entre o IDH-M e a classificação para o PSF pode ser explicada pela história da implantação do programa, que se deu inicialmente em municípios de pequeno porte e com poucos recursos assistenciais^{1,7}. Além disso, obtiveram pior classificação para o programa.

Quanto ao gasto público com saúde *per capita*, a categorização dos municípios indicou que 32 (26%) apresentam baixo gasto, 62 (50%) apresentam médio gasto e 31 (25%) apresentam alto gasto. A variação dos valores *per capita* entre as três categorias é pequena e isso pode explicar a homogeneidade de distribuição nas categorias de classificação do PSF (Tabela 1). A análise dos dados demonstrou que não há associação entre maior gasto e melhor classificação para o programa.

A análise do gasto público com saúde *per capita* em relação ao porte populacional indicou que os municípios com até 20 mil habitantes concentram-se na categoria de alto gasto ($p=0,0005$). Esse dado revela que os municípios menores, que apresentam maiores dificuldades na arrecadação tributária, têm despesas maiores para garantir os serviços de saúde da sua população¹⁴.

Por fim, buscou-se a associação entre classificação para o PSF e bloco ideológico na gestão municipal. A categorização para o bloco ideológico na gestão municipal indicou 58 municípios (46%) como de direita, 55 (44%) como de centro e 12 (10%) como de esquerda (Tabela 1). Os dados demonstram pouca relação entre o bloco ideológico na gestão municipal e a classificação para o Programa Saúde da Família, resultado que encon-

tra respaldo na literatura. Rodrigues¹⁵, ao avaliar a prioridade dada a determinadas políticas sociais, percebe que as preferências alocativas independem das preferências ideológicas. Nas administrações públicas, todos os partidos acabam agindo de maneira semelhante em suas preferências alocativas. A não-liberdade na aplicação dos recursos parece dever-se ao fato de que a maior parte dos recursos vindos da União e do Estado chega com destinos previamente decididos, restando pouco a ser aplicado livremente¹⁵.

Considerações finais

Esta pesquisa investigou as associações entre o grau de implantação do PSF – a partir da classificação desenvolvida por Henrique e Calvo para o Programa Saúde da Família – e os indicadores porte populacional, IDH-M, gasto com saúde *per capita* e bloco ideológico na gestão municipal.

Verificou-se que a classificação para o PSF apresentou associação significativa com porte populacional. Os fatores observados para a classificação apresentam-se de forma diferenciada nos municípios: há maior cobertura em municípios menores; os maiores percentuais de mudança no modelo assistencial estão em municípios com mais de 20 mil habitantes; e há menor número de internações por doenças sensíveis à atenção primária nos municípios maiores.

Em relação ao IDH-M, observou associação estatisticamente significativa entre a categoria IDH-M alto e classificação para PSF insatisfatória. O gasto *per capita* em saúde não demonstrou associação estatisticamente significativa com a classificação para o Programa Saúde da Família, sugerindo que a avaliação deste indicador, de forma isolada, não é suficiente para medir o grau de compromisso municipal com as políticas públicas. Não houve associação entre bloco ideológico na gestão municipal e o Programa Saúde da Família.

Assim, é possível afirmar que o IDH-M e o porte populacional estão associados ao grau de implantação do PSF. Novas investigações permitiriam conhecer outros indicadores que influenciam o desempenho do programa. Essas informações contribuiriam para que o PSF recebesse adaptações que melhor respondessem às necessidades em saúde das diferentes realidades municipais.

Colaboradores

F Henrique e MCM Calvo participaram da concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovaram esta versão para publicação.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família – Saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
2. Viana ALDA, Dal Poz MR. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa Saúde da Família. *Physys* 1998; 2:225-264.
3. Henrique F, Calvo MCM. **Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do estado de Santa Catarina** [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
4. Camargo ABA. Atualidade do federalismo: tendências internacionais e a experiência brasileira. In: Corrêa VLA, Vergara SC, organizadores. **Proposta para uma Gestão Pública Municipal Efetiva**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2004. p. 39-47.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de informações básicas municipais. Perfil dos municípios brasileiros. Gestão Pública 2002**. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
6. Costa NR, Pinto LF. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 4: 903-923.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: Padrões de Custos e Formas de Financiamento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Jannuzzi PM. **Indicadores sociais no Brasil: conceito, fontes de dados e aplicações**. 3ª ed. Campinas: Alínea; 2004.
9. Limongi F, Figueiredo AC. Partidos Políticos na Câmara dos Deputados: 1989-1994. *Dados* 1995; 3:497-526.
10. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988; 12:1743-1748.
11. Tobar F, Yalour MR. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
12. Brasil. Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina. [acessado 2005 out 13]. Disponível em: <http://www.tce.sc.gov.br>
13. Brasil. DATASUS. [acessado 2005 out 31]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsc.htm>
14. Carvalho AM. Estado, descentralização e sustentabilidade dos governos locais do Brasil. *Economía, Sociedad y Territorio* 2002; 12:539-556.
15. Rodrigues G. **Análise da Evolução dos Gastos Públicos Municipais em Santa Catarina na Década de 90. um perfil das preferências alocativas nas funções de governo** [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Artigo apresentado em 06/12/2006

Aprovado em 09/10/2007

Versão final apresentada em 26/11/2007