

---

## Cumprimento dos programas de saúde obrigatórios por famílias de elevada vulnerabilidade social: Um estudo no concelho de Aveiro<sup>1</sup>

*Tânia Costa, Daniela Figueiredo, Susana Pires  
Cláudia Ribeiro, Liliana Sousa<sup>2</sup>*

### Introdução

No 25º artigo da Declaração Universal dos Direitos Humanos a saúde e o bem-estar são reconhecidos como um direito que assiste a todo o Ser Humano. O mundo mostra-nos, contudo, que nem toda a população universal usufrui dele. Efectivamente, existe uma tendência para que as populações desfavorecidas sejam mais vulneráveis ao nível da saúde. Na tentativa de combater esta realidade, os Estados em conjunto com outras organizações, algumas de carácter transnacional, têm vindo a desenvolver estratégias e acções de promoção e prevenção da saúde, dirigidas, sobretudo, às camadas sociais mais vulneráveis.

Em Portugal, essas estratégias encontram-se reunidas nos Programas de Saúde Obrigatórios, dos quais se destacam o Programa Nacional de Vacinação, a Saúde Reprodutiva e a Saúde Infantil e Juvenil. Foram, precisamente, estes os programas analisados num estudo que pretendeu compreender como as famílias mais vulneráveis do concelho de Aveiro acedem aos cuidados de saúde primários e como estes são capazes de lhe responder. Para atingir os objectivos definidos optou-se pela aplicação de um questionário junto das unidades de saúde frequentadas por essas famílias, onde foram recolhidos os dados relativos ao cumprimento desses programas.

### 1. O direito à saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, que não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade (OMS; 1994). Atingir o melhor estado de saúde possível é uns dos direitos fundamentais de todo o Ser Humano, sem discriminação de raça, de religião, de doutrina política, de condição económica ou social.

Portugal, só em 1976, garante que todos os seus cidadãos “têm o direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”, direito esse consagrado no 64º artigo da Constituição da República Portuguesa. Nos artigos seguintes pode ler-se que cabe ao Estado Português promover e garantir o acesso aos cuidados de saúde. Há, contudo, uma camada da população portuguesa que continua a negligenciar este direito – as classes mais desfavorecidas economicamente.

Segundo Justo (2000) há uma lei em saúde, denominada de prestação inversa, que enuncia que aqueles que mais precisam de cuidados de saúde são, precisamente, aqueles que menos probabilidades têm de os receber. Resultante desta realidade, os pobres tornam-se mais doentes e os doentes pobres tornam-se mais pobres e mais doentes. Este argumento é reforçado por Lourenço e Simões (1999) quando afirmam que na actual sociedade portuguesa muitos indivíduos encontram-se doentes porque são pobres, têm más condições de habitação, alimentação ou trabalho, o que não resulta impreterivelmente da incapacidade de resposta das estruturas de saúde.

---

<sup>1</sup> O estudo aqui apresentado desenvolveu-se no âmbito do projecto “Observatório Permanente de Desenvolvimento Social”, co-financiado pela Universidade de Aveiro, Câmara Municipal de Aveiro, Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social e Administração Regional de Saúde do Centro (Sub-Região de Saúde de Aveiro).

<sup>2</sup> Secção Autónoma de Ciências da Saúde - Universidade de Aveiro

As desigualdades sociais pautam a realidade do nosso país, fenómeno que se reflecte também no sector da saúde. Reduzir essas desigualdades passa pela promoção da saúde, com a garantia de que serão “tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos” (Lei de Bases da Saúde, 1990).

Em Portugal, o Ministério da Saúde revela as suas preocupações com os grupos mais carenciados, por exemplo, no Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde de 2002 onde é referida a intenção de atingir os grupos mais vulneráveis – minorias pobres urbanas – pois são aqueles que apresentam piores indicadores na área da saúde (Portugal, 2002b).

As preocupações com estes grupos extravasam as fronteiras nacionais. A OMS, no seu Programa de Trabalho Geral para 2002-2005, enuncia os objectivos de criar populações e comunidades saudáveis e de combater a doença, orientando-se por quatro directrizes estratégicas, que incluem a redução do excesso de mortalidade, morbilidade e incapacidade, particularmente nas populações pobres e marginalizadas (OMS; 2001).

A União Europeia (UE) apresenta, também, preocupações com este estrato desfavorecido da população. Em 2000, dirigiu a sua política de promoção da saúde a diferentes populações, como os idosos, os grupos socialmente desfavorecidos ou excluídos, por considerar prioritário criar grupos populacionais precisos (UE, 2001).

Reconhece-se, que é preciso agir de forma diferente com estas camadas mais frágeis da população. Mas como? Como é que se consegue responder, em termos de saúde, aos grupos mais carenciados? A resposta parece estar na aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença, incidindo em áreas da saúde consideradas vitais, como por exemplo: vacinação, saúde infantil e juvenil, e saúde reprodutiva.

## **2 . Apostar na promoção e prevenção da saúde**

A estratégia da UE em matéria de saúde apresenta programas de acção comunitária no domínio da saúde pública, onde são identificadas três grandes vertentes de intervenção: a) melhoria da informação, com vista ao desenvolvimento da saúde pública; b) reacção rápida às ameaças para a saúde; c) abordagem das determinantes da saúde através da promoção da saúde e da prevenção da doença, que abarcam actividades como a vacinação, o rastreio (UE, 1998; UE, 2000). No mesmo âmbito, surge discriminado o apoio a projectos integrados de promoção da saúde destinados especificamente aos grupos desfavorecidos (UE, 2001).

Como vemos a aplicação prática de todas estas directrizes?

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde, datado de 2003, apresenta vários eixos de acção para obter mais saúde para todos, dos quais se evidencia o que respeita o investimento na saúde em todas as fases do ciclo vital (Portugal, 2003). Este eixo baseia-se na análise de cada ciclo de vida, o que facilita uma melhor avaliação dos problemas de saúde. Encontramos assim seis fases distintas: Nascer saudável; Crescer com segurança; Uma juventude à procura de um futuro saudável; Uma vida adulta produtiva; Envelhecer activamente; Morrer com dignidade. Alguns dos objectivos e intervenções, julgados necessários, enunciados nestas fases correspondem à essência de três Programas de Saúde Obrigatórios que foram alvo do estudo que agora se apresenta.

Facilitar o acesso aos cuidados de planeamento familiar, aumentar ainda mais a taxa de cobertura das puérperas, promover a saúde infantil, aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos jovens, manter a elevada taxa de vacinação ao nível infantil, aumentar a cobertura de várias vacinas nas camadas mais idosas, são alguns dos pontos em comum entre estas directrizes e alguns Programas de Saúde Obrigatórios. Desta forma, poderá dizer-se que através da aplicação destes programas estas “teorias” são postas em prática.

### **3 . O cumprimento dos programas de saúde obrigatórios – um estudo de caso**

O estudo que aqui se apresenta pretendeu perceber o grau de cumprimento dos Programas de Saúde Obrigatórios pelos elementos dos agregados familiares socialmente muito vulneráveis do concelho de Aveiro, bem como compreender como essas famílias acedem aos cuidados de saúde primários e como estes são capazes de lhe responder. Deste modo, o estudo incide em alguns Programas de Saúde Obrigatórios com carácter de Prevenção Primária, porquanto os programas aqui analisados são o Programa Nacional de Vacinação (PNV), Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar (PF), Saúde Reprodutiva – Gravidez (SR-G) e Saúde Infantil e Juvenil (SIJ).

#### **3.1 Aspectos metodológicos**

Para a recolha dos dados foi elaborado um questionário, com o apoio da Dr<sup>a</sup> Ana Félix e Dr<sup>a</sup> Dulce Seabra (Centro de Saúde de Aveiro), organizado em quatro secções: i) PNV; ii) PF, aplicado a mulheres com idades entre os 14 e os 49 anos; iii) SR- G, dirigido apenas a mulheres grávidas; iv) SIJ, administrado somente aos agregados com elementos menores de 18 anos. A recolha de dados realizou-se junto dos médicos de famílias e outros profissionais de saúde (principalmente, enfermeiros) no Centro de Saúde de Aveiro, essencialmente, junto das Unidade de Vacinação, do Núcleo Informático e dos enfermeiros responsáveis pelas consultas de Saúde Infantil e Juvenil.

A recolha dos dados compreendeu vários trâmites que passamos a descrever: i) a cada uma das famílias do painel foi explicado o estudo e solicitada autorização para contactar o médico de família, sublinhando a salvaguarda da confidencialidade (todas as famílias consentiram); ii) a Administração Regional de Saúde do Centro, Sub-Região de Saúde de Aveiro, informou o Centro de Saúde de Aveiro e as várias extensões do estudo e muniu os investigadores do OPDS de credenciais nominais, que legitimavam o acesso aos dados; iii) a equipa do OPDS deslocou-se às unidades de saúde para contactar os médicos de família.

#### **3.2 Caracterização da amostra**

O universo de análise é composto por 312 sujeitos, contudo 33 elementos constantes dos agregados não foram encontrados. Assim, a amostra é constituída por 279 indivíduos, 53% são do sexo feminino, distribuídos por 89 agregados. A distribuição por grupo etário é a seguinte: 39% tem entre 0 e 19 anos; 37% entre 20 e 49 anos; 24% situa-se no grupo dos 50 aos 90 anos.

A amostra distribui-se por 13 unidades de saúde do Centro de Saúde de Aveiro. As unidades com maior número de utentes são: sede do Centro de Saúde de Aveiro (que engloba as freguesias da Glória e Vera Cruz), Extensão de Saúde de Nossa Senhora de Fátima e Extensão de Saúde de Nariz.

Constatámos que 82% dos indivíduos estão inscritos na unidade de saúde da sua área de residência. Os restantes 18% dos indivíduos que não estão inscritos na unidade de saúde da sua área de residência distribuem-se por 14 agregados de 7 freguesias do concelho de Aveiro (Aradas, Nariz, Santa Joana, Eirol, Eixo, Esgueira e Glória). Em geral, verifica-se que estes utentes frequentam extensões de freguesias vizinhas ou o Centro de Saúde de Aveiro (central). Esta atitude poderá dever-se à instabilidade destas famílias, que se evidencia não só em termos emocionais, mas igualmente, em mudanças regulares de residência e alternância de emprego. Como as deslocações se operam numa área restrita, mantém-se a proximidade à antiga freguesia de residência, pelo que as famílias optam por não transferir o processo. De salientar que um elevado número de agregados frequentam o Centro de Saúde de Aveiro, em vez da extensão da sua residência, o que poderá justificar-se pela curta existência de algumas extensões.

#### **3.3 Programa nacional de vacinação (PNV)**

A vacinação é uma das medidas com maior impacto na saúde pública. O início da sua utilização remonta ao século XX e o seu impacto tem permitido evitar um número elevado de mortes, sobretudo em idades muito precoces. Em Portugal, com o objectivo de minimizar e/ou erradicar o impacto das doenças alvo (varíola, poliomielite, difteria e tosse convulsa) na saúde da população, criou-se o PNV em 1965 (Portugal, 2000a). A concretização destes objectivos foi atingida nos anos imediatos à sua implementação.

O PNV é um esquema universal gratuito que abrange 10 doenças infecciosas e que adapta a cronologia das vacinações ao desenvolvimento do sistema imunitário. O PNV actual entrou em vigor em Janeiro de 2000, substituindo e alterando o de 1990, as principais alterações resumem-se à introdução de 2 novas vacinas e a alteração da dosagem de outras (Quadro 1).

**Quadro 1** Programa Nacional de Vacinação (evolução)

1965	1990	2000
Varíola	Tuberculose	Tuberculose
Difteria	Difteria	Difteria
Tosse Convulsa	Tosse Convulsa	Tosse Convulsa
Poliomielite	Poliomielite	Poliomielite
	Tétano	Tétano
	Sarampo	Sarampo
	Parotidite Epidémica	Parotidite Epidémica
	Rubéola	Rubéola
		Doenças por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
		Hepatite B

Fonte: Portugal, Direcção Geral da Saúde, Programa Nacional de Vacinação, 2000

Apesar das medidas implementadas no sentido do cumprimento do PNV, este continua a não chegar a todos os cidadãos. Para corrigir essas assimetrias é fundamental conhecer a realidade, de modo a que as estruturas locais de saúde possam agir, motivando os cidadãos.

### 3.3.1 Cumprimento do PNV

Analisando o cumprimento do PNV, verifica-se que no global da amostra, 62% dos indivíduos cumprem-no, e os restantes repartem-se pelas categorias “não cumprem” (19%) e “sem informação” (19%). Quanto ao grupo etário verifica-se que são os indivíduos com idades entre os 0 e os 19 anos que apresentam maior taxa de vacinação. A justificação para a elevada taxa de vacinação do grupo dos 0-19 estará relacionada com o facto dos centros de saúde convocarem as crianças para esse fim até aos 13 anos. Assim, até aos 10 anos a taxa de vacinação é de 100%, sofrendo ligeiras descidas à medida que se afasta da idade das convocatórias. A análise do cumprimento do PNV por localização urbana/rural das residências demonstra que em todas as zonas o cumprimento ultrapassa o não cumprimento. Contudo, é nas freguesias rurais e periurbanas que o cumprimento é superior, possivelmente, pela proximidade entre os técnicos de saúde e os utentes.

### 3.4 Saúde infantil de juvenil (SIJ)

As acções de vigilância incluídas na SIJ são extremamente importantes na manutenção e promoção da saúde de todas as crianças (“todo o ser humano menor de dezoito anos” – Convenção sobre os Direitos das Crianças). Genericamente, os exames periódicos de saúde na infância pretendem acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança e do adolescente (dando informação sobre hábitos saudáveis para promoção da saúde, tais como nutrição, prática de exercício físico, e evitar consumos nocivos), prevenir a doença, identificar factores de risco e desvios da normalidade para os corrigir e prevenir a deficiência. Desta forma, procura-se contribuir para uma melhoria da qualidade de vida.

A periodicidade dos exames de saúde infantil varia em função da idade. Como se pode verificar no Quadro 2, o 1º ano de vida é aquele em que devem ocorrer mais consultas de vigilância (no mínimo 6), pois é um período de crescimento muito rápido, no qual ocorre a maturação do sistema nervoso. No 2º ano, o número aconselhável de consultas desce para 3 (valor mínimo), a partir desta idade aconselha-se uma vigilância anual, sendo fundamentais os exames aos 4, 5/6 e 11 anos. Este esquema dos exames não é rígido. Se, por outros motivos, a criança se deslocar ao Centro de Saúde num momento próximo da idade-chave, poderá ser feito o exame indicado. Estes “exames de saúde oportunistas” permitem reduzir o número de deslocações e alargar o número de crianças vigiadas com regularidade (Portugal, 2002a). Estes exames deverão, ainda, dirigir-se a adolescentes em idade fértil (a partir dos 14 anos) para as consultas de Planeamento Familiar.

### Quadro 2 Periodicidade dos exames de SIJ

1º ano de vida	1 - 3 anos	4 - 9 anos	10 - 18 anos
1ª semana	12 meses	4 anos	11-13 anos
1º mês	15 meses	5-6 anos	15 anos
2 meses	18 meses	8 anos	18 anos
4 meses	2 anos		
6 meses	3 anos		
9 meses			

Fonte: Portugal, Direcção Geral da Saúde, Saúde Infantil e Juvenil  
Programa-tipo de actuação, 2002

#### 3.4.1 Cumprimento da SIJ

Passando à observação da frequência das consultas de SIJ verifica-se um valor de 45% no que respeita ao cumprimento total das consultas adequadas à idade do indivíduo. Em contraste, 55% dos casos não efectua regularmente esses exames, ou seja, já faltou a pelo menos uma das consultas. É nas crianças de mais tenra idade (1-4 anos) que se observa maior preocupação com a comparência nas consultas de SIJ. Nos restantes grupos etários o “descuido” vai-se impondo. Quanto à zona onde residem as crianças verifica-se que apenas nas freguesias rurais o valor do cumprimento é superior, enquanto que nas restantes freguesias acentua-se o valor da falta de comparência às consultas. É nas áreas urbanas que mais frequentemente se encontram serviços de saúde infantil do foro privado, justificando, provavelmente, a dispersão dos utentes entre serviços públicos e privados.

#### 3.5 Saúde reprodutiva (SR) – Planeamento familiar (PF) e Gravidez (G)

“A Saúde Reprodutiva é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções ou processos” (CIPD, 1994). O actual conceito de Saúde Reprodutiva, seguindo as linhas traçadas na Conferência do Cairo de 1994, inclui: informação e serviços de planeamento familiar; cuidados de saúde maternal; prevenção e gestão das doenças sexualmente transmissíveis; e desencorajamento da mutilação genital feminina. A Saúde Reprodutiva pretende que as “pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir se, quando e quantas vezes, o desejarem” (CIPD, 1994). Isso pressupõe o direito de todos serem informados e terem acesso a métodos de planeamento familiar (dentro da lei).

As actividades de Planeamento Familiar (PF) constituem uma componente fundamental dos cuidados a prestar em Saúde Reprodutiva, porquanto estes constituem um leque de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos, através da prevenção e resolução de problemas (Portugal, 2001). Na Lei n.º3/84, 24 de Março, que versa sobre o planeamento familiar, reclamam-se “acções de aconselhamento genético e conjugal, de informação de métodos e fornecimento de meios de

contracepção, tratamento da infertilidade, a prevenção de doenças de transmissão sexual e o rastreio do cancro genital.” Alguns dos objectivos do PF são: promover a vivência de uma sexualidade de forma saudável e segura; prevenir situações de risco, tais como gravidezes antes dos 17 e depois dos 35 anos e nascimentos com intervalos inferiores a 2 anos; regular a fecundidade segundo o desejo do casal; preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis; reduzir a mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil; reduzir a incidência de DST (doenças sexualmente transmissíveis) e as suas consequências; e melhorar saúde e bem-estar da família. As acções de PF dirigem-se a todos os indivíduos do sexo feminino e masculino, contudo são as mulheres entre os 14 e 49 anos aquelas que constituem o principal grupo-alvo.

Outra vertente da Saúde Reprodutiva prende-se com a prevenção de complicações na Gravidez. Essa prevenção incide, sobretudo, na avaliação e aconselhamento pré-concepcional da mulher/casal, considerando: imunidade à rubéola e a vacinação; rastreio da toxoplasmose, sífilis e infecção por VIH; estado de portador de hepatite B e a vacinação nas situações de risco; vacinação antitetânica, de acordo com o PNV; tratamento de eventuais infecções genitais; e discussão sobre as implicações das DST no decurso da gravidez e a necessidade de as prevenir.

### **3.5.1 Cumprimento da SR**

Analisando o cumprimento da Saúde Reprodutiva nas suas duas vertentes, salienta-se, desde já, que as mulheres grávidas da amostra cumpriram rigorosamente o esquema de vigilância pré-natal recomendado. Quanto àquelas que, por terem idades compreendidas entre 14 e 49 anos, deverão frequentar as consultas de PF, verifica-se que 49% não estão inscritas neste tipo de serviço médico, ao contrário de 42% que estão inscritas. Em 9% dos casos a frequência do PF não se justifica. Nos grupos etários extremos (14-19 anos e 44-49 anos) existe uma maior tendência para a não inscrição nas consultas de PF. Nas restantes faixas etárias a tendência é oposta, provavelmente, porque entre os 20 e os 43 anos a maternidade é mais frequente, o que motiva a inscrição, que pressupõe um acompanhamento das mulheres ao nível da saúde reprodutiva. As freguesias rurais são as únicas onde o número de mulheres não inscritas nas consultas de PF é superior ao das inscritas. Existem extensões de saúde nas freguesias rurais que não tem o serviço de PF, e outras onde estas consultas são recentes, o que poderá justificar estes valores.

## **4 . Considerações finais**

Os principais resultados mostram que cerca de metade dos sujeitos da amostra (49%) cumpriram os programas de saúde obrigatórios que lhes eram destinados. Para além desta visão genérica, o estudo permitiu também retirar algumas conclusões acerca de cada programa analisado. Relativamente ao Programa Nacional de Vacinação prevalece a ideia de que as vacinas são destinadas às camadas mais jovens; na Saúde Infantil e Juvenil, a adolescência marca o fim da comparência regular deste tipo de consultas; por fim, quanto à Saúde Reprodutiva sobressai o valor das mulheres não inscritas no Planeamento Familiar.

É possível fazer uma dupla leitura dos resultados obtidos. Tendo em conta que se está perante uma amostra relativa a uma franja altamente vulnerável da população, em particular a nível económico, seria de esperar que essas famílias recorressem com mais regularidade aos serviços públicos de saúde. Contudo, se recordarmos a lei da prestação inversa, os resultados são facilmente justificados.

## Bibliografia

- Centro de Saúde de Aveiro, (2002), *Programa de Actividades* (policopiado)
- CIPD, (1994), *Programa de Acção*, Capítulo VII, Cairo
- JUSTO, Cipriano, (2000), *O estado das Coisas de Estado – Políticas de Saúde em Portugal*, Porto, Campo das Letras
- Lei n.º3/84, de 24 de Março de 1984 – Educação sexual e planeamento familiar
- Lei n.º48/90, de 24 de Agosto de 1990– Lei de Bases da Saúde
- Portugal, (2000a), *Orientações Técnicas 10 - Programa Nacional de Vacinação*; Lisboa, Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde
- Portugal, (2000b) *Orientações Técnicas 11 – Saúde Reprodutiva: Doenças Infecciosas e Gravidez*, Lisboa, Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde
- Portugal, (2001) *Orientações Técnicas 9 – Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar*, Lisboa, Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde
- Portugal, (2002a) *Orientações Técnicas 12 – Saúde Infantil e Juvenil: Tipo de Actuação*, Lisboa, Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde
- Portugal, (2002b) *Ganhos em Saúde em Portugal: ponto da Situação (Relatório do Director-Geral e Alto Comissário da Saúde)*, Lisboa, Ministério da Saúde- Direcção Geral da Saúde
- Portugal, (2003), *Plano Nacional de Saúde – Orientações estratégicas para 2004-2010*, Lisboa, Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde
- OMS, (1946, revista em 1994), *Constitution of the Worl Health Organiozation*, URL: [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse\\_Frame\\_Pg42](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg42) [07/01/2004]
- OMS, (2001), *General Programme of Work – 2002-2005*, URL: [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?infobase=gpw02-e&softpage=Doc\\_Frame\\_pg42](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=gpw02-e&softpage=Doc_Frame_pg42) [10/01/2004].
- Simões, J.A., Lourenço, O. D., (1999), *As políticas públicas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos*, Coimbra, CEIS-FEUC (Documento de Trabalho; 5)
- União Europeia, (1998); *Evolução da política comunitária em matéria de saúde pública*, URL: <http://europa.eu.int/scadplus/printversion/pt/cha/c11560.htm>; [07/01/2004]
- União Europeia, (2000), *Estratégia da Comunidade Europeia em matéria de saúde*, URL: <http://europa.eu.int/scadplus/printversion/pt/cha/c11563.htm>, [07/01/2004]
- União Europeia, (2001), *Programa de acção comunitária de promoção da saúde (1996-2002)*, URL: <http://europa.eu.int/scadplus/printversion/pt/cha/c11503.htm>, [07/01/2004].