



ORIGINAL

SATISFAÇÃO E QUALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

SATISFACTION AND QUALITY OF ASSISTANCE IN ELDERLY CARE

Maria Alice Amorim GARCIA¹

Maíra Giannini RODRIGUES²

Renato dos Santos BOREGA²

RESUMO

Objetivo

Analisar a qualidade dos cuidados ao idoso em um serviço primário de saúde por meio da satisfação do usuário e estudo de morbididade.

Métodos

Nesta investigação buscou aliar a abordagem participativa centrada no usuário, com a avaliação de resultados do processo de atenção sintetizados nos diagnósticos registrados em comparação com aqueles expressos pelos usuários. Foram realizadas 68 entrevistas domiciliares e feito o levantamento dos prontuários dos usuários do Centro de Saúde Jardim Ipaussurama, Campinas, São Paulo, com 60 anos ou mais (amostra aleatória de 36,6% desta população), sendo 29 homens e 39 mulheres.

Resultados

Na avaliação do serviço mostrou-se essencial a participação dos usuários estimulando a expressão de observações, restrições e recomendações. Quanto à morbididade observou-se diferença significativa entre a morbididade de demanda e a populacional, o que representa um achado original e passível de discussão metodológica.

¹ Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n, Prédio Administrativo, Jd. Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.A.A. GARCIA. E-mail: <malicegarcia@puc-campinas.edu.br>.

² Acadêmicos, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

Conclusão

O quadro de morbidade constitui um parâmetro de avaliação da qualidade do processo e do resultado do trabalho dos profissionais de saúde, principalmente quando articulado à avaliação da satisfação dos usuários.

Termos de indexação: idoso; morbidade; qualidade dos cuidados de saúde; satisfação do paciente.

ABSTRACT

Objective

To assess the quality of a primary health care service based on user satisfaction and morbidity records.

Methods

Sixty eight home interviews and survey of handbooks of users of the Health Service of Jardim Ipaussurama, Campinas, SP, Brasil involving individuals with 60 or more years of age (random sample of 36.6% of this population), where 29 were males and 39 were females.

Results

The service assessment demonstrated the importance of users in making observations, restrictions and recommendations. A significant difference was observed between morbidity in this home and in the general population representing a new finding worthy of being discussed methodologically.

Conclusion

The condition of morbidity constitutes the parameter for assessing the quality of the process and result of the work by health professionals, especially in relation to users' satisfaction.

Indexing terms: aged; morbidity; quality of health care; patient satisfaction.

INTRODUÇÃO

De 6,3% da população total, de 1980, representarão em 2025 14% das pessoas com 60 anos ou mais, ou seja, 27 milhões de idosos no Brasil. Com a transformação do perfil demográfico e epidemiológico e o expressivo processo de envelhecimento, têm sido revistas as políticas sociais e entre elas a de saúde, destacando-se a regulamentação da atenção à saúde do idoso pelo Ministério da Saúde^{1,2}.

Entretanto, persiste tanto a precariedade desta quanto a carência de estudos locais sobre as condições e problemas de saúde desta população.

Nas análises de mortalidade, apresenta-se elevada proporção de mortes por causas mal defini-

das (65% do total) entre os idosos, o que reflete a falta de assistência médica e a dificuldade em estabelecer diagnósticos devido à presença de múltiplas doenças³.

Este fato é agravado por considerar-se que muitos problemas seriam comuns à idade e não passíveis de intervenção. Estudos clínicos e epidemiológicos revelam que há problemas que deixam de ser observados e também o surgimento de novas doenças, tais como, a hipertensão arterial sistólica, que já vem sendo demonstrada em estudos prospectivos a indicação do tratamento medicamentoso para a redução dos danos cardiovasculares⁴.

A avaliação da qualidade assistencial aparece como um campo de conhecimento da saúde,

passando por diferentes momentos nos últimos vinte anos. Numa primeira fase, a avaliação da qualidade leva em consideração, principalmente, a oferta de serviços visando a racionalização econômica. A partir da metade dos anos 80, caracteriza-se por ações de denúncia e reivindicações dos usuários e de suas organizações representativas, acentuando-se a contraposição entre as visões dos consumidores e dos profissionais. Na terceira fase percebe-se a introdução de indicadores que medem os aspectos definidores da qualidade do ponto de vista do usuário, mantendo-se a avaliação do cuidado médico no sentido profissional e científico. Na fase atual deste processo de integração entre os atores que operam nas diferentes estruturas de saúde, registra-se a criação de comissões mistas ou conselhos, constituídos por usuários, profissionais e gestores⁵⁻⁸.

Como refere Vuori⁶, a noção de qualidade varia com o interesse de cada grupo, surgindo diferentes pontos de vista sobre o que a constitui e quais os aspectos a serem valorizados.

A denominada avaliação de quarta geração implica numa maneira inclusiva e participativa de se avaliar a saúde, aglutinando o pluralismo dos diversos grupos de interesse e estimulando o avaliador a envolver-se nos temas e questões oriundos destes grupos, num processo interativo⁸.

A partir deste referencial, assume importância fundamental a satisfação do usuário com o serviço que lhe é oferecido. Mensurar a satisfação não é tarefa simples, pois este conceito é influenciado por diversos fatores, tais como: as características dos usuários (sócio-demográficas, estado de saúde, expectativas quanto ao serviço, representações acerca da saúde) e dos profissionais (personalidade, habilidade, atitudes); o relacionamento entre estes e os fatores ambientais (estrutura, localização e acesso ao serviço)⁹⁻¹¹.

Indica-se, portanto, além da avaliação do juízo global, os fatores que se referem às opiniões sobre aspectos específicos. Estudos têm demonstrado que os níveis de satisfação nas pesquisas são normalmente elevados. Porém, quando se comparam respostas abertas e fechadas dos questionários, é

comum o usuário avaliar positivamente na resposta fechada e, na aberta, fazer observações, restrições e recomendações¹².

Os estudos de morbidade incluem-se entre os diagnósticos das situações em saúde e perfis epidemiológicos, podendo ser utilizados para a avaliação de qualidade assistencial. Seus resultados demonstram a grande heterogeneidade da atenção, desde a dependência de fatores relacionados à estrutura e modelo assistencial dos serviços, à equipe de profissionais e sua formação e dos condicionantes até as representações acerca do adoecer¹³⁻¹⁵.

As informações de morbidade podem ser obtidas por meio de inquéritos ou registros. Os inquéritos gozam da vantagem de revelar a magnitude que assumem os agravos na população, mas são caros e de difícil execução. Já as relativas à morbidade obtidas a partir dos registros de atendimento em serviços, apesar de não representarem a população geral, têm a vantagem da facilidade de acesso e menor custo¹³⁻¹⁵.

A maior parte das informações de morbidade refere-se a dados de demanda em serviços básicos ou hospitalares, os quais dependem dos prontuários ou outros registros secundários. Apesar do avanço obtido com a Classificação Internacional das Doenças 10ª revisão (CID-10), não se tem critérios universais de diagnósticos, ou mesmo de anamneses e exames. Na população idosa crescem as peculiaridades das manifestações clínicas e fisiopatológicas que dificultam a definição diagnóstica, além da coexistência de múltiplos problemas (de 65 para 75 anos aumenta de 4,6 para 5,8 o número médio de doenças crônicas em cada idoso)¹⁴.

Em estudo onde foram comparados os resultados da morbidade de demanda e morbidade referida numa comunidade infantil, foi encontrada equivalência entre as duas fontes de pesquisa no grupo etário de menores de um ano. Concluiu-se que em populações com cobertura assistencial adequada (como os menores de um ano) os dados de demanda poderiam ser usados como indicadores da morbidade da comunidade¹⁶.

Em relação ao idoso, cujo acesso a recursos assistenciais é precário, indica-se que a morbidade de demanda seja contextualizada, comparando-se com dados populacionais.

A avaliação dos serviços de saúde deve, portanto, dotar-se de um enfoque conceitual peculiar para que se estes possam ampliar as possibilidades de atuação. É necessário relacionar diversos atores com critérios próprios de juízo e análise de contexto, não se limitando à avaliação exclusiva dos usuários ou dos profissionais e buscando-se informações de diferentes fontes^{8,11,12}.

Este trabalho buscou analisar a qualidade da atenção à saúde da população idosa, usando como parâmetros a avaliação da satisfação do usuário e a comparação entre a morbidade registrada nos prontuários e os problemas auto-referidos. Pretendeu-se criar instrumentos de avaliação de manuseio cotidiano, aplicáveis no planejamento local em serviços de diferentes níveis, com as informações disponíveis, e possibilitar a ampliação do diálogo entre equipe de saúde e usuários.

MÉTODOS

A metodologia empregada nesta investigação buscou aliar a abordagem participativa centrada no usuário, com a avaliação de resultados do processo de atenção sintetizados nos diagnósticos registrados em comparação com aqueles expressos pelos usuários.

Descartando as preocupações meramente econômicas do emprego da satisfação e qualidade, pretendeu-se indicar formas de redirecionamento da oferta de serviço segundo as necessidades, contribuindo para a diminuição do distanciamento e assimetria entre a equipe e os usuários^{11,12}.

O emprego deste referencial objetivou possibilitar o engajamento de diferentes atores no processo de avaliação, ampliando as perspectivas, pontos de vista e valores. Entende-se que o estudo da satisfação a partir do usuário implica em analisar questões subjetivas e objetivas. Por um lado, as necessidades e problemas dos entrevistados

constroem-se num sistema de trocas relacionado com a coerência ou incoerência que o sistema alcança, ou seja, as condições de acesso e a quantidade e complexidade das intervenções recebidas. Por outro lado, a satisfação de necessidades depende da comunicação, das informações recebidas, da maneira de ser dos profissionais, do vínculo com estes e do próprio ambiente onde vive o paciente^{5,11,12}.

Por meio das entrevistas objetivou-se criar um espaço no qual os idosos pudessem expressar o entendimento acerca de seu quadro mórbido, bem como suas observações, críticas e sugestões relativas ao cuidado recebido.

Quanto à análise dos resultados a partir do quadro de morbidade, comparando-se as informações registradas e referidas, esperava-se descrever as limitações da atenção, diagnósticos não efetivados ou não registrados, como aponta a literatura¹³. Previa-se que se obteriam informações melhores e um quadro de morbidade mais fidedigno expresso pelo usuário que o registrado. Mas os resultados surpreenderam, como se discute adiante, reforçando o fato de que o ato médico não se limita a um procedimento ou a uma técnica isolada, e sua avaliação não pode restringir-se ao impacto da intervenção mediante categorias clássicas da epidemiologia. Os resultados levaram à necessidade de rever o referencial na busca da compreensão das informações de morbidade, em especial as referentes a idosos com múltiplos transtornos crônicos e usuários de muitos medicamentos durante vários anos. É imprescindível levar em conta a subjetividade do ser e estar doente¹⁷.

População de estudo, instrumentos e técnicas

No segundo semestre de 2002, foram visitados 68 idosos com 60 anos ou mais, o que correspondeu a 36,6% da população estimada residente no bairro nesta faixa etária. A amostra foi constituída aleatoriamente a partir da listagem de idosos usuários do Centro de Saúde Jardim Ipaussurama e moradores do bairro de mesmo nome.

Esta unidade de saúde tem características docente-assistenciais recebendo estagiários dos cursos da área da saúde da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e situa-se na região Noroeste do município marcada pela diversidade e precariedade das condições socioeconômicas. Desde 2001, o serviço tem implantado o Programa Paidéia de Saúde da Família com três equipes em funcionamento¹⁸.

As entrevistas foram realizadas diretamente nos domicílios pelos autores que não apresentavam vínculo com o serviço, com o objetivo de diminuir o viés de aferição devido à dependência desta população em relação ao sistema público de saúde.

Utilizou-se um instrumento construído para esta pesquisa composto por identificação do entrevistado, informações sócio-econômicas (profissão, ocupação atual e anterior, e renda individual e familiar), problemas crônicos de saúde registrados nos prontuários e referidos pelos idosos, itens de avaliação do serviço (tempo médio de espera para atendimento, facilidade de agendamento, estrutura da consulta e nota atribuída) e questões qualitativas em relação à satisfação, incluindo críticas e sugestões.

Foram solicitados e assinados, previamente, o trabalho de campo Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo indicação do Comitê de Ética da instituição.

RESULTADOS

Dos 68 indivíduos entrevistados, 39 eram do sexo feminino e 29 do sexo masculino (Figura 1). A média das idades foi de 69,6 anos para ambos os sexos, sendo de 70,2 entre as mulheres e 68,9 entre os homens. A maior idade encontrada foi 89 anos no sexo feminino e 88 anos no masculino.

Quanto ao estado civil, a maior parte da população era casada ou vivendo como casada (29 mulheres e 24 homens) e alguns viúvos (7 mulheres e 2 homens). Em relação à escolaridade, nenhum indivíduo afirmou ter completado o primeiro grau, sendo 42,6% de analfabetos (21 mulheres e 8 homens).

Ao analisar o histórico ocupacional dos entrevistados constatou-se uma população predominantemente de origem rural (88,2%) e com ocupações urbanas relacionadas à construção civil e emprego doméstico. A maioria era de aposentados ou pensionistas (21 mulheres e 22 homens); 17 mulheres e 3 homens não tinham renda e nunca trabalharam, e apenas 5 idosos (4 homens e 1 mulher) mantinham-se economicamente ativos. Como observa-se (Figura 2), somente 20,6% dos idosos estudados referiram renda individual maior que dois salários mínimos mensais. Quanto à renda familiar, 63,2% indicaram até dois salários, somente uma pessoa referiu ter mais de cinco salários e parte significativa (11,6%) referiu desconhecer esta informação.

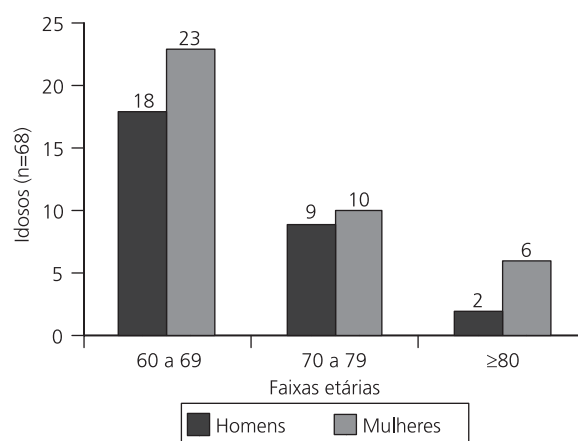


Figura 1. Idosos, segundo a faixa etária e gênero. USB Ipaussurama. Campinas, 2002.

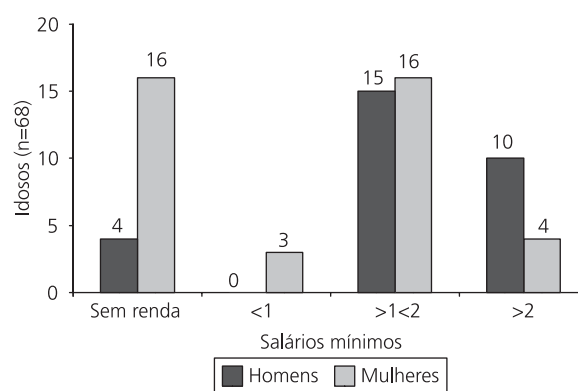


Figura 2. Idosos, segundo renda individual mensal. USB Ipaussurama. Campinas, 2002.

As doenças registradas e referidas mais prevalentes no total da população, em ordem decrescente, foram hipertensão arterial e suas complicações (CID I10 a I15), artroses e algias (CID M15 a M19), diabetes (CID E10 a E14), doenças do trato digestório (CID K20 a K31) e cardiopatias (CID I20 a I50) (Tabela 1).

Constatou-se diferenças significativas entre o registro e o relato feito pelos pacientes em relação a quase todas as doenças crônicas. A razão maior que 1 - entre estas informações indica a subreferência e menor que 1 o subregistro. Somente em duas condições ocorreu o subregistro, entre os homens, nas doenças do trato digestório e, entre as mulheres, nas dislipidemias.

Tratando-se de população que demanda serviços de saúde e de portadores de enfermidades crônicas, 85,3% referiram o uso de, pelo menos, um tipo de remédio ao dia e, dentre estes, 16,2% mais de quatro tipos.

Na avaliação do serviço, um parâmetro considerado foi o tempo médio de espera para o atendimento. Houve uma diferença significativa nas respostas dos homens e mulheres, sendo que 36,0% destas relataram esperar mais de uma hora para a consulta médica. No entanto, tal espera pareceu não incomodar os idosos entrevistados, já que quando

estimulados a emitir críticas e sugestões em relação ao serviço, houve apenas três referências à demora para o atendimento.

A Tabela 2 mostra a distribuição das queixas relacionadas ao processo de atendimento na Unidade Básica de Saúde indica as diferenças significativas de gênero e, principalmente, a dificuldade de agendamento e a carência ou inadequação das explicações médicas. Os idosos, usuários freqüentes e com quadro de morbidade complexo, mostraram-se críticos, não só aos elementos burocráticos do atendimento, mas ao próprio modelo, questionando a falta de espaço para a fala e escuta acerca de seus problemas.

Em relação à avaliação quantitativa, ou seja, nota atribuída pelo usuário ao serviço, a nota cinco foi a mais indicada (homens n=14 e mulheres n=22), sendo que apenas um indivíduo do sexo masculino atribuiu nota zero ao serviço.

Quando questionados a respeito da qualidade do serviço, a maioria mostrou-se satisfeita (28 mulheres e 21 homens). Entretanto, ao se estimular a crítica e sugestões, 42 pessoas apontaram problemas, principalmente, em relação ao número insuficiente de médicos. Também tiveram destaque o mau atendimento dos funcionários, a falta de medicamentos no local e a necessidade de ampliação do espaço físico.

Tabela 1. Ocorrências relativas aos transtornos crônicos registrados e referidos, e suas razões. UBS Ipaussurama, Campinas, 2002 (números absolutos).

Transtornos/CID	Registrado (a)	Referido (b)	Razão a/b	Registrado (c)	Referido (d)	Razão c/d
	Homens	Homens		Mulheres	Mulheres	
Hipertensão e complicações (I10 a I15)	28	16	1,75	32	27	1,18
Artroses e algias (M15 a M19)	14	8	1,75	22	15	1,46
Diabetes (E10 a E14)	10	7	1,43	20	12	1,66
Doenças do trato digestório (K20 a K31)	5	6	0,83	13	8	1,62
Cardiopatias (I20 a I50)	5	2	2,50	13	7	1,86
Doenças vasculares (I69 a I73 e I83 a I84)	8	3	2,66	9	2	4,50
Psicossociais (F31 a F41)	4	4	1,00	7	5	1,40
Obesidade (E66)	4	1	4,00	11	4	2,75
Respiratórios (J41 a J47)	11	4	2,75	1	1	1,00
Genito-urinários (N40 a N41 e N81)	6	1	6,00	8	1	8,00
Dislipidemias (E78)	3	3	1,00	2	3	0,76
Catarata (H25)	2	1	2,00	4	1	4,00
Total	100	56	1,79	142	86	1,65

Tabela 2. Distribuição das queixas relacionadas ao atendimento. USB Ipaussurama, Campinas, idosos, 2002.

Queixas	Homens	Mulheres
	n	
Agendamento	9	20
Queixa e história da doença atual	0	0
Interrogatório complementar	4	6
Exame físico	2	4
Explicações	10	7
Duração da consulta	2	5

DISCUSSÃO

A possibilidade de ampliar a capacidade resolutive das Unidades Básicas de Saúde e do sistema como um todo, reformulando o modelo assistencial, tem implicado na revisão administrativa e do processo de informação. A atenção básica pode suprir em muito a demanda e as necessidades dos idosos. Porém, faz-se necessária a redefinição das informações trabalhadas, incorporando às tradicionalmente utilizadas a morbidade e qualidade dos serviços, com ênfase na satisfação dos diferentes atores^{7,8,11,12}.

Os achados referentes às características socioeconômicas da população estudada demonstram a desigualdade e a precariedade em que vivem as populações periféricas das metrópoles brasileiras, e o agravamento desta situação entre os idosos. De acordo com o Censo 2000 o rendimento médio do idoso responsável pelo domicílio era de R\$657,00, e nesta pesquisa 78,2% dos entrevistados referiram renda de até R\$360,00. Há também elevada taxa de analfabetismo, 42,6% no total e, principalmente entre as mulheres (72,4%), comparados aos 35,2% da população idosa brasileira².

Um resultado significativo deste trabalho foi às diferenças observadas no quadro de morbidade entre os registros de prontuários e a auto-referência em entrevistas. Ao contrário do preconizado na literatura, observou-se menor subregistro de doenças e na maioria destas, uma importante subpreferência, ou seja, muitos dos transtornos diagnosticados e anotados nos prontuários não foram citados pelos

idosos, mesmo depois de estimulados, o que pode ser explicado por vários fatores^{9,13,16}.

Por um lado, deve ser levado em conta que se trata de um serviço docente-assistencial no qual têm-se prontuários mais completos por sua função acadêmica. Entretanto, analisando quais transtornos tiveram maior subpreferência, chamam a atenção as doenças do trato geniturinário, a obesidade, as doenças vasculares e respiratórias. O caráter crônico, muitas vezes assintomático, e os tratamentos rotineiros fazem com que a pessoa se habitue àquelas doenças considerando-as um problema esperado para a idade e não passível de intervenção. No presente estudo, levando-se em conta que a segunda queixa dos entrevistados foi a insuficiência de explicações dadas pelo médico acerca de suas doenças, pode-se inferir que a subpreferência deve-se também ao desconhecimento do usuário^{4,16,17}.

CONCLUSÃO

Como demonstrado nesta pesquisa, a análise da morbidade referida no caso dos idosos nem sempre é mais completa e adequada, podendo-se obter boas informações a partir de registros preenchidos criteriosamente, os quais podem ser acessíveis aos profissionais no planejamento local.

O quadro de morbidade constitui um parâmetro de avaliação da qualidade do processo e do resultado do trabalho dos profissionais de saúde, principalmente quando articulado à avaliação da satisfação dos usuários. A articulação de diferentes pontos de vistas e valores nos permite entender e explicar melhor cada achado, aprofundando a compreensão e a possibilidade de atuação⁷⁻¹⁰.

O estudo qualitativo revelou aspectos que não seriam notados a partir das questões quantitativas, abrindo espaço para as queixas relativas ao serviço e aos profissionais. Afere-se uma nota 4 ou 5 (nota máxima), mas apresentam-se queixas relacionadas à burocratização, inadequação do agendamento e da recepção. Queixa-se também da realização de consultas incompletas indicando-se uma insatisfação

com o modelo assistencial. Ao mesmo tempo é recorrente a queixa de falta de médicos, o que demonstra a dominância e permanência do modelo biomédico^{8,11,12}.

Buscando fugir do caráter prescritivo das avaliações, os resultados deste trabalho demonstram a inadequação da atenção voltada não só à população idosa, mas em sua totalidade, pois indica o distanciamento da integralidade.

A efetivação do trabalho em equipes multiprofissionais, a responsabilização, o acolhimento e o vínculo, com certeza possibilitariam maior satisfação aos usuários, o que demanda transformações na assistência, na gestão e formação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política de saúde do idoso. Portaria nº 1.395/GM, 10/12/1999 [monografia online]. Brasília; 1999. [acesso em 20 maio 2002]. Disponível em: <http://www.funasa.br>
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Demográficos [monografia online]. Brasília; Censo 2000. [acesso em 26 jul. 2002]. Disponível em: http://www.ibge.net/brasil_em_sintese/populacao
3. Lima e Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiol SUS*. 2000; 9(1):23-41.
4. Brasil. Ministério da Saúde. A atenção ao idoso. Cadernos de atenção básica: Programa de Saúde da Família, 2. Brasília: Secretária de Políticas de Saúde; 2000.
5. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública México*. 1986; 28(3):324-7.
6. Vuori H. A qualidade da saúde. *Divul Saúde Debate*. 1991; 3:17-25.
7. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão de serviços e ações de saúde. 3.ed. São Paulo: FSP/USP; 1998.
8. Furtado JP. Um método construtivista para avaliação em saúde. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2001; 6(1): 165-81.
9. Felisberto E, Samico I. Qualidade na atenção à saúde: uma experiência de avaliação - à procura da satisfação do usuário. *Rev do IMIP*. 1999; 13(2):128-37.
10. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde: satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(3):623-8.
11. Trad LAB. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2002; 7(3):581-9.
12. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia em saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde Debate*. 1999; 23:68-80.
13. Cecar CLG, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MRA, Costa MZA, Gattás VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev Saúde Pública*. 1996; 30(2):154-60.
14. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1993; 27(2):87-94.
15. Ramos LR, Coelho Filho JM. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(5):445-53.
16. Escuder MML, Silva NN, Pereira JCR, Puccini RF, Hermann AA. Assessing morbidity in the pediatric community. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(4): 349-57.
17. Mercadante E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1996. p.73-6.
18. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Unidades de saúde, Centro de Saúde Ipaussurama [monografia online]. Campinas; 2002. [acesso em 28 ago. 2002]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude>

Recebido para publicação em 17 de fevereiro e aceito em 3 de outubro de 2005.