

Atenção a famílias com crianças e idosos, pelas Equipes de Saúde da Família, em município de médio porte

Regina Kazue Tanno de Souza¹, Maria Bernadete Gonçalves^{2*}, Maria José Scochi¹,
Thaís Aidar de Freitas Mathias¹, Ana Beatriz Tozzo Martins³, Sebastião Gazola³ e
Elenice Tavares Abreu⁴

¹Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá. ²Departamento de Medicina, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil. ³Departamento de Estatística, Universidade Estadual de Maringá. ⁴Departamento de Engenharia Química, Universidade Estadual de Maringá. *Autor para correspondência: e-mail: mbgoncalves@uem.br

RESUMO. Analisa-se a composição das famílias e aspectos da estratégia do PSF em uma área da região leste de Maringá, Estado do Paraná. Utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional, considerando-se o número de famílias por área e sua composição etária (dados do SIAB). Dentre as 385 famílias incluídas no estudo, 52,71% têm um ou mais indivíduos dos grupos etários de maior risco. Destas, 58,62% com idoso, 9,36% com crianças menores de 1 ano e 42,86% com crianças entre 1 e 6 anos. Verificou-se em algumas famílias um único indivíduo e este, idoso, necessitando maior atenção da ESF. Para 35% das famílias, as visitas são trimestrais, bimensais ou nunca ocorreram. A situação de atenção à criança, principalmente menor de 1 ano, mostra que apenas 9 dentre 17 famílias informantes estão sendo visitadas mensalmente. A participação das famílias com crianças e ou idosos em atividades de grupos é pequena, citada por 20%. Estes achados sugerem que um dos objetivos principais do PSF não está sendo atingido. Diante dessas evidências, urge repensar o processo de trabalho instituído nas ESF.

Palavras-chave: saúde da família, saúde da criança, saúde do idoso, avaliação de serviços.

ABSTRACT. Assistance to families with children and elderly, by health and family teams, in middle-sized cities. Family arrangements and some features of the Programa de Saúde da Família (PSF – Brazilian Health Family Program) in the east region of Maringá, Paraná State, were analyzed. A technique of proportional strata sampling was used by considering the number of families per area of residence and the age of family members, according to data from the Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB – Basic Health Information System). Among 385 families, 52.71% have one or more members in the age group of major risk, out of which 58.62% are elderly, 9.35% are less than one year old and 42.86% are between 1 and 6 years old. Some families had only one member aged 60 or older, which required assistance from the Equipes Saúde da Família (ESF – Family Health Workers). In 35% of the families, the ESF visits occurred every three or two months or never occurred. The assistance of the ESF to children, mainly to those less than 1 year old shows that only 9 of 17 families with a member in that age group are being visited monthly. The number of families with children and elderly, engaged in health group activities, is small (20%). Those results suggest that one of the main purposes of PSF is not being attained. In face of those evidences, it seems urgent to rethink work process established in the ESF.

Key words: family health, child health, elderly health, services evaluation.

Introdução

É constatação antiga a maior vulnerabilidade das pessoas nos grupos etários extremos em contrair agravos à saúde. Os estudos pioneiros, como os realizados por John Graunt, na Inglaterra, ainda no século XVII, já ressaltavam maiores taxas de mortalidade em crianças e nos indivíduos de idade mais avançada. Esta maior vulnerabilidade há muito tem norteado a organização de serviços de saúde,

especificamente no que se refere à definição de prioridades (Laurenti, 1985).

Embora o atendimento sistematizado às pessoas em idades avançadas seja proposta mais recente, historicamente, a atenção pediátrica sempre foi dirigida à criança nos primeiros anos de vida. Os determinantes das prioridades eram a elevada taxa de mortalidade infantil e de crianças até 5 anos de idade, fato que explica a sistematização, prioritariamente, das ações dirigidas às crianças

(Sucupira e Novaes, 2002). Neste sentido, destaca-se a reforma sanitária do estado de São Paulo, em 1925, como marco da definição da atenção à saúde da criança em todo o Brasil, com a introdução da educação sanitária no atendimento. A partir de 1950, ampliou-se a oferta de assistência médica por meio da medicina previdenciária e, na década de 1970, a atenção médica é incorporada pelo setor público sob a forma de programas dirigidos a grupos populacionais específicos, sendo que a atenção à criança foi representada pelo Programa Materno Infantil (PMI).

Em 1990, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), diversificaram-se as modalidades de serviços ambulatoriais. Na área da pediatria, a Unidade Básica de Saúde (UBS) passa a responder por uma atenção integrada, não dissociando ações preventivas das curativas (Sucupira e Novaes, 2002).

Em cada período da vida da criança, as características do processo de desenvolvimento e os riscos a que está submetida conferem diferentes graus de vulnerabilidade, o que determina necessidades diferentes de atendimento. Na faixa etária do escolar, as crianças são alvo de ações de saúde na área de educação e por isso não foram desenvolvidas propostas específicas para esse grupo etário nos serviços de saúde (Sucupira e Novaes, 2002).

No caso do idoso, a Política Nacional de Saúde do Idoso define como diretrizes essenciais a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde, a reabilitação e a capacitação de recursos humanos, com o objetivo de manter o indivíduo na comunidade junto com as famílias (Costa Neto e Silvestre, 2003).

A estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), cuja atenção se organiza com base nas necessidades da família, tem privilegiado as crianças e os idosos (Ministério da Saúde, 1997) tendo como desafio atender às diretrizes voltadas a essas frações da população. Dentre as ações instituídas a partir da sua implantação, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) constitui-se em um dos pontos inovadores da proposta. A participação dos Agentes visa, predominantemente, a implementação do princípio da vigilância à saúde e as ações em grupo, alternativas ao enfoque tradicional centrado apenas no indivíduo. Nessa estratégia, as atividades programáticas, compreendidas como uma forma de organizar o trabalho coletivo nos serviços de assistência à saúde (Nemes, 2000), passam a constituir o eixo estruturante dessa nova forma de assistir. A escolha do objeto do trabalho coletivo implica em fazer

opções na perspectiva da relevância epidemiológica, o que envolve a apreensão das necessidades de saúde.

Segundo Paim (2003), no modelo de vigilância à saúde e de ações em grupo, a Unidade Básica de Saúde (UBS) se organizaria de acordo com o princípio da integralidade da atenção, articulando o conjunto de ações de saúde visando o controle de agravos e a proteção de grupos vulneráveis. Assim, a ESF acompanharia o desenvolvimento das atividades realizadas no seu território e o perfil epidemiológico da comunidade vinculada ao serviço, sem perder de vista o caráter assistencial, considerado prioritário pela população ao longo dos anos.

Assim sendo, a implantação do PSF neste Município, a partir de 2000, motivou a realização do presente estudo que teve como objetivo verificar a inserção das famílias, com idosos e/ou crianças na sua composição, em algumas atividades programáticas desenvolvidas em uma UBS. Espera-se que os resultados possam contribuir para um melhor conhecimento do processo de implementação das ações propostas pela lógica do PSF.

Material e métodos

Este trabalho é parte integrante de uma pesquisa mais ampla, realizada por um grupo multiprofissional da Universidade Estadual de Maringá, Estado do Paraná, que busca estabelecer uma metodologia de avaliação da utilização dos serviços de saúde em um Município de médio porte situado no Estado do Paraná, com ênfase no serviço público.

O estudo foi desenvolvido em uma área da região leste da cidade, com uma população estimada de 27.000 habitantes (Maringá, 2004), o que corresponde a aproximadamente 10% da população total do Município. Nessa região são atendidas 7.800 famílias que estão divididas em 7 áreas, com 7 equipes do PSF. Para selecionar as famílias utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional, considerando-se o número de famílias por área e a sua composição etária, segundo o banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a seguinte fórmula (Barbetta, 1998; Medronho, 2003):

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 N}{4e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2}$$

Em que: **n** é o tamanho da amostra; **Z** é uma constante com distribuição normal padrão e é dependente do nível de probabilidade desejado, neste caso, 95%; **e** é o erro amostral pré- fixado em 5%. Desta forma, o tamanho final da amostra foi de

385 famílias, o que correspondeu a 4,9% do total estimado das famílias residentes na área de abrangência da UBS.

Foram considerados grupos etários de maior risco: as crianças menores de 1 ano; crianças com idade entre 1 e 6 anos e indivíduos de 60 anos ou mais (idosos). Optou-se por estender o grupo de pré-escolares até os 6 anos de idade porque as crianças entre os 5 e 6 anos de idade têm sido sistematicamente excluídas dos programas de saúde e educação, os primeiros destinados aos menores de 5 anos e os últimos aos maiores de 6 anos, os escolares.

A atenção às famílias com crianças e idosos foi avaliada observando-se a frequência com que estas recebiam visitas domiciliares pelos ACS, sua participação em atividades programáticas de grupo oferecidas pela UBS e a utilização do serviço odontológico.

A coleta dos dados foi feita por meio de um instrumento com questões sobre a composição familiar, ou seja, identificação de cada morador do domicílio, e sobre a utilização de serviços de saúde por cada indivíduo. O questionário, previamente testado e reestruturado, foi aplicado durante os meses de fevereiro e março de 2004, por alunos dos cursos de graduação em Estatística e Enfermagem. No momento da entrevista os objetivos do trabalho foram apresentados ao entrevistado e obtida a aceitação em participar do mesmo, com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição.

Note-se que nas tabelas dos resultados o número total de famílias sofre pequena variação; isso ocorre devido à falta de informações relativas à questão omitida. Como as perdas de informações não atingiram 10% da amostra, admite-se que estejam distribuídas de modo semelhante na população, de acordo com Laurenti *et al.* (1985), não havendo prejuízo para a análise.

Resultados

Dentre as 385 famílias entrevistadas, 203 (52,73%) referiram na sua constituição um ou mais indivíduos dos grupos etários de maior risco de adoecer. Destas, 119 (58,62%) com idoso na composição, sendo em 105 o único indivíduo de risco; as demais 14 famílias referiram, além do idoso, crianças menores de 1 ano, em 3 delas, ou crianças com idade entre 1 e 6 anos, como as outras 11 famílias. A presença de crianças menores de 1 ano foi referida por 19 (9,36%) famílias do total e em 8 delas representavam o único grupo de risco; em

outras 8, além da criança menor de 1 ano as famílias tinham outra criança com idade entre 1 e 6 anos e em 3 famílias, como já citado acima, conviviam 1 criança menor de 1 ano e um idoso. Em 87 famílias (42,86%) foi referido crianças entre 1 e 6 anos de idade na composição, sendo que em 68 delas eram o único representante dos grupos de risco; em 11, além da criança nessa faixa de idade, a família tinha um idoso e em outras 8 famílias havia outra criança, menor de 1 ano de idade (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das famílias residentes em área de abrangência de uma UBS, segundo grupos etários selecionados. Maringá, Estado do Paraná, 2004.

Grupo de risco	N	%
Exclusivamente < 1 ano	8	2,08
Exclusivamente 1 a 6 anos	68	17,66
Exclusivamente idoso (s)	105	27,27
< 1 e 1 a 6 anos	8	2,08
1 a 6 e idoso	11	2,86
< 1 e idoso (s)	3	0,78
Subtotal	203	52,73
Sem crianças e idosos	182	47,27
Total	385	100,00

Em relação à composição das famílias desses indivíduos, chamou a atenção o fato de 12 destas serem constituídas de 1 só membro, e em 7 este era um idoso; de outras 62 famílias compostas de dois membros, em 29 (46,77%) um deles ser idoso.

Considerando-se a periodicidade com a qual os ACS visitam as famílias, observa-se na Tabela 2 que dentre as famílias com idoso na composição, a maioria recebe visitas mensalmente: 67 (68,37%) das 98 com idoso, exclusivamente como grupo de risco, e que prestaram essa informação e 15 (68,18%) das 22 com crianças e/ou idosos. Dentre as famílias com crianças menores de 1 ano, 9 (52,94%), das 17 que informaram, referiram receber visitas mensais, sendo que 3 dessas famílias tinham um idoso na composição e, dentre as 8 famílias com menores de 1 ano como grupo de risco exclusivo, apenas 3 recebem visitas mensais e duas não prestaram essa informação. Chama atenção o número de famílias com indivíduos dos grupos de risco que referiu nunca ter recebido visitas dos ACS: 26 (13,61%) famílias dentre as 191 que prestaram essa informação. Quando se compara o que ocorre nas famílias com indivíduos de grupo de risco com as famílias sem estes, percebe-se que, dentre as que prestaram a informação, o número de visitas domiciliares tende a ser nitidamente menores nas últimas. Observa-se que o percentual das famílias que recebem visitas mensais é bem maior entre as famílias com crianças e idosos, 60,73% contra 43,35% nas outras. Quadro indicativo também quando analisamos o percentual das famílias que

nunca receberam visitas, 13,61% daquelas com grupos de risco contra 29,48% das demais. As demais distribuições não mostraram diferenças entre os dois grupos (Tabela 2).

Tabela 2. Periodicidade das visitas do ACS às famílias com crianças e/ou idosos (N e %). UBS de Maringá, Estado do Paraná, 2004.

Famílias com grupos de risco na composição	*Periodicidade das visitas										Total	
	Mens.		Bim.		Trim.1		Nunca		Outra			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Exclusiva/e < 1 ano	3	50,00	-	-	1	16,67	1	16,67	1	16,67	6	100
Exclusiva/e 1 a 6 anos	31	47,69	9	13,85	5	7,69	17	26,15	3	4,62	65	100
Exclusiva/e idoso (s)	67	68,37	9	9,18	15	15,31	6	6,12	1	1,02	98	100
Com crianças até 6ª e/ou idosos	15	68,18	2	9,10	1	4,54	2	9,10	2	9,10	22	100
Subtotal	116	60,73	20	10,47	22	11,52	26	13,61	7	3,66	191	100
Sem crianças até 6ª e/ou idosos	75	43,35	16	9,25	23	13,29	51	29,48	8	4,62	173	100
Total*	191	52,47	36	9,89	45	12,36	77	21,15	15	4,12	364	100

*dados não obtidos em 21 famílias, 12 com grupos de risco.

Quanto à participação em atividades de grupo, a Tabela 3 indica que, dentre as famílias com crianças menores de 1 ano, exclusivamente como grupo de risco, que prestaram a informação, nenhuma referiu participar. Das famílias com idosos, exclusivamente como grupo de risco, apenas 30,77% responderam afirmativamente. Já entre as 22 com mais de um indivíduo dos grupos de risco, apenas 13,63% o fizeram. Comparando-se o percentual de famílias com indivíduos dos grupos de risco que participam nessas atividades com o percentual das famílias sem nenhum indivíduo desses grupos que o fazem, percebe-se que a participação, embora pequena, ainda é maior nas primeiras, 19,90% contra apenas 10,44% das últimas.

Tabela 3. Distribuição das famílias com crianças e/ou idosos (N e %), segundo a participação em atividades programáticas de grupo. UBS de Maringá, Estado do Paraná, 2004.

Grupo etário	Participação das atividades em grupo				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Exclusivamente < 1 ano	-	-	8	100,00	8	100
Exclusivamente 1 a 6 anos	5	7,46	62	92,54	67	100
Exclusivamente idoso(s)	32	30,77	72	69,23	104	100
Com crianças até 6ª e/ou idosos	3	13,63	19	86,36	22	100
Subtotal	40	19,90	161	80,10	201	100
Sem crianças até 6ª e/ou idosos	19	10,44	163	89,56	182	100
Total	59	15,40	324	84,60	383	100

*dados não obtidos em 2 famílias, com grupos de risco

Na Tabela 4 as famílias estão distribuídas de acordo com a utilização dos serviços de saúde bucal. Observa-se que apenas 57 das 202 famílias (28,21%) com indivíduos dos grupos de idade de risco, que prestaram essa informação, referiram a utilização do serviço odontológico da UBS, enquanto dentre aquelas sem crianças e idosos, 181 prestaram a informação e 48 (26,52%) afirmaram utilizar o serviço.

Tabela 4. Distribuição das famílias com crianças e/ou idosos (N e %), segundo a utilização dos serviços de saúde bucal na UBS. Maringá, Estado do Paraná, 2004.

Grupo etário	Utiliza serviços de saúde bucal				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Exclusivamente < 1 ano	-	-	8	100,00	8	100
Exclusivamente 1 a 6 anos	25	36,76	43	63,24	68	100
Exclusivamente idoso (s)	27	25,96	77	74,04	104	100
Com crianças até 6ª e/ou idosos	5	22,72	17	77,27	22	100
Subtotal	57	28,22	145	71,78	202	100
Sem crianças até 6ª e/ou idosos	48	26,52	133	73,48	181	100
Total	105	27,42	278	72,58	383	100

*dados não obtidos em 2 famílias, uma do grupo de risco

Discussão

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para o enfrentamento dos problemas de saúde das populações. Desde a divulgação da carta de Ottawa (Who, 1986), um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, este termo está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Além disso, implica em ações conjuntas do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais. A promoção da saúde pode ser definida como atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos quanto ao estilo de vida, no meio familiar e no meio cultural da comunidade em que vivem (Buss, 2000).

No contexto da Estratégia de Saúde da Família, destaca-se o trabalho voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas a UBS, em cada um dos ciclos da vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social.

No presente estudo observou-se que, em alguns domicílios, o único residente é o idoso. Esta situação revela a necessidade de maior dedicação pela ESF, com visitas mais freqüentes, sobretudo aos portadores de problemas de saúde que possam comprometer a sua autonomia e capacidade funcional.

Merece atenção o número de famílias com idosos em sua composição que referiram periodicidade de visitas apenas trimestral e o número das que referiram nunca terem sido visitadas; isso sugere uma atenção insuficiente a essa população. Conforme a literatura pertinente, 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e, embora a maioria seja auto-suficiente na execução das atividades cotidianas, cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelos menos uma atividade instrumental na vida diária como, por exemplo, cuidar das finanças, fazer compras; 10% necessitam de auxílio mesmo para tarefas básicas

(tomar banho, vestir-se, alimentar-se) (Ramos *et al.*, 1993).

Visualizar e defender como fundamental a presença da pessoa idosa na família, de forma participativa e construtiva, é uma das missões da atenção básica resolutiva, integral e humanizada. Assim, entre as competências da equipe da atenção básica, sob a estratégia de saúde da família, destacam-se a necessidade de conhecimento da realidade das famílias, execução dos procedimentos de vigilância à saúde da pessoa idosa, valorização de suas relações com a própria família para a criação de vínculo, e organização de grupos para educação em saúde (Costa Neto e Silvestre, 2003).

O planejamento das ações da ESF deve levar em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso, a fim de garantir atendimento clínico individual, evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultam o acesso, como por exemplo, a reserva de horários ou dias específicos para o atendimento a este grupo de indivíduos (Ministério da Saúde, 2004).

Apesar de não ser ideal, as famílias com idosos são as que mais recebem visitas, dentre as participantes deste trabalho. Quando nos reportamos à situação de atenção à criança, principalmente a menor de 1 ano, os achados mostram-se mais preocupantes, à medida em que muitas delas não estão sendo visitadas mensalmente, como mostrado na Tabela 2. O documento do Ministério da Saúde (2000) que atribui competências para o trabalho na UBS, sob a estratégia de Saúde da Família, destaca a necessidade de a equipe estabelecer vínculo com a criança e seus familiares desde o período de gestação, no sentido de acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, atentando para os possíveis fatores de risco.

Conforme salienta Scochi e Silva (2002), as entrevistas, realizadas mensalmente pelos ACS, seriam primordiais para detecção e intervenção precoce, por portarem dados de relevância na identificação de problemas e, conseqüentemente, servindo de instrumentos para aprimorar a gerência de serviços. Na atenção à criança, por exemplo, estas entrevistas permitiriam o acompanhamento do aleitamento materno, do estado nutricional, da ocorrência de doenças freqüentes na infância e a execução do esquema vacinal.

Existem algumas evidências que devem ser levadas em consideração quando da interpretação dos resultados obtidos neste levantamento. Os ACS de cada equipe do PSF têm sob sua responsabilidade visitarem todas as famílias de sua área, pelo menos uma vez por mês, a fim de atualizar a ficha A,

detectar intercorrências nas famílias, nascimentos, visitar pessoas portadoras de diabetes e/ou hipertensão arterial, além de atualizar a ficha C. A prioridade para a realização de visitas destina-se às famílias com indivíduos considerados de risco: diabéticos, hipertensos, acamados, gestantes e crianças menores de 5 anos. O que ocorre é que, na prática, os ACS nem sempre encontram pessoas nos domicílios, principalmente em famílias com crianças e pais jovens, estes, geralmente, estão no trabalho enquanto suas crianças estão na creche ou na escola. Assim, a interpretação dos resultados deste estudo sobre as visitas dos ACS deve ser cautelosa.

Outro ponto importante a discutir é a organização de atividades de grupos. Percebeu-se neste estudo que a participação nestas atividades não é freqüente entre as famílias com idosos e crianças, pois a maioria delas referiu não participar. Observou-se que nas 8 famílias com, exclusivamente, crianças menores de 1 ano, nenhuma participa de grupos (Tabela 3). Entre os idosos, embora haja referência a alguma participação, ela ainda é insatisfatória, se considerada a sua importância. Essa constatação merece a atenção dos profissionais da saúde, uma vez que os objetivos principais do PSF não estão sendo atingidos, considerando-se que as ações educativas, em grupo, constituem uma das principais atividades voltadas à promoção da autonomia dos sujeitos, no cuidado com a própria saúde e da sua família.

Especificamente às equipes vinculadas à Unidade de Saúde do estudo, as atividades de grupo fazem parte da rotina de atendimento para alguns grupos de risco como o dos indivíduos portadores de diabetes e de hipertensão arterial e atividades voltadas à laborterapia ou incentivo à promoção aos hábitos saudáveis. No entanto, a reduzida participação é indicativa da não adesão a essa estratégia, sugerindo a necessidade de proposição de formas alternativas de desenvolvimento de práticas educativas.

Quando se analisa a questão da saúde bucal, a inclusão do profissional da odontologia no programa implica produzir o cuidado na perspectiva da inserção transversal em todo o ciclo da vida, reconhecendo as especificidades próprias da idade (criança, adolescente, adulto e idoso). No grupo de crianças menores de cinco anos, destaca-se a orientação de organizar o ingresso destas no sistema, no máximo a partir de 6 meses, compreendendo essas ações como parte de programas integrais de saúde.

A análise dos dados deste levantamento mostrou uma situação bem distante em relação à proposta. O

fato de apenas 28,22% das famílias com crianças ou idosos referirem a utilização do serviço de saúde bucal da UBS merece maior atenção, visto que esses dois grupos, considerados prioritários, não estão sendo atendidos em suas necessidades. Conforme as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Ministério da Saúde, 2004), o elemento estratégico para a manutenção de uma boa qualidade de vida dos idosos passa pela ampliação da cobertura dessas ações com a incorporação de tecnologias inovadoras. Tal recomendação implica em organizar grupos para desenvolver atividades de prevenção e educação, associada à garantia de atendimento clínico individual, obedecendo aos dispositivos legais contidos no Estatuto do Idoso.

Assim sendo, face à constatação da distância entre as propostas de estratégia de saúde da família e o trabalho efetivamente realizado, urge repensar o processo de trabalho instituído nas equipes. Os resultados relativos a atenção à criança e ao idoso são sugestivos de que pode haver dificuldades na atenção a outros grupos, o que aponta para a necessidade de avaliação constante do processo do trabalho e assim, implementar mudanças no modelo de atenção em curto espaço de tempo.

Referências

- BARBETTA, P.A. *Estatística aplicada às ciências sociais*. 2. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1998.
- BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 5 n. 1, p. 163-177, 2000.
- COSTA NETO, M.M.; SILVESTRE, J.A. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pub.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.
- LAURENTI, R. et al. Proporções, coeficientes e índices mais usados em saúde pública. In: *Estatísticas de saúde*. São Paulo: E.P.U. Edusp, 1985.
- MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Informação em Saúde. Sistema de Informação da atenção Básica. Maringá, 2004.
- MEDRONHO, R.A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Athencu, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Implantação de unidade de saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- PAIM, J.S. Modelo de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Ed.). *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- SCHRAIBER, L.B. et al. (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- SCOCHI, M.J.; SILVER, L. Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde: uma análise localizada. *Cienc. Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 1 n. 1, p. 55-9, 2002.
- SUCUPIRA, A.C.S.L.; NOVAES, M.D. A consulta pediátrica. In: MARCONDES, E. et al. (Ed.). *Pediatria básica*, Tomo I. São Paulo: Ed. Sarvier, 2002.

Received on May 04, 2006.

Accepted on June 13, 2006.