

IVONILCE VENTURI

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL DE
IDOSOS DO MUNICÍPIO DE VIÇOSA/MG**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS - BRASIL
2005

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

V469u
2005

Venturi, Ivonilce, 1979-

Utilização dos serviços de atenção básica do sistema público de saúde e sua relação com o perfil epidemiológico e nutricional de idosos do município de Viçosa/MG / Ivonilce Venturi. – Viçosa : UFV, 2005.
ix, 66f. : il. ; 29cm.

Orientador: Rita de Cássia Lanes Ribeiro.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Idosos - Doenças. 2. Idosos - Nutrição. 3. Idosos - Condições sociais. 4. Serviços de saúde. 5. Doenças crônicas - Prevenção. I. Universidade Federal de Viçosa. II. Título.

CDD 22.ed. 613.0438

IVONILCE VENTURI

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL DE
IDOSOS DO MUNICÍPIO DE VIÇOSA/MG**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 31 de agosto de 2005.

Prof^a. Lina Enriqueta F. Paez Rosado
(Conselheiro)

Prof^a. Rosangela Minardi Mitre Cotta
(Conselheira)

Prof. Gilberto Paixão Rosado

Prof^a. Leonice Aparecida Doimo

Prof^a. Rita de Cássia Lanes Ribeiro
(Orientadora)

AGRADECIMENTOS

A Deus fonte de luz e sabedoria, razão da minha conclusão em mais esta etapa de minha vida.

À Universidade Federal de Viçosa pela oportunidade.

À Professora Josefina Bressan Resende que me concedeu a oportunidade de realizar este curso.

À minha orientadora, Professora Rita de Cássia Lanes Ribeiro, cuja sabedoria e dedicação deixam marcas neste trabalho e em minha vida.

Ao Professor Adelson Luiz Araújo Tinôco pelas experiências trocadas e pelo acolhida.

À Professora Rosangela Minardi Mitre Cotta pelas valiosas contribuições e pelo apoio.

Aos Professores Lina Enriqueta F. Paez de Lima Rosado, Gilberto Paixão Rosado, Leonice Aparecida Doimo pelas valiosas contribuições dadas ao trabalho de conclusão da dissertação.

À Professora Margarida Maria Santana da Silva pela amizade.

À minha família e aos meu Avós por saber compreender minha ausência e pelo apoio, sem o qual a realização deste sonho seria impossível.

Ao Hélio Arbigaus por todo amor e carinho dispensados, pela paciência e compreensão em todos os momentos.

À grande amiga Nerilda Martins Miranda de Lima, a qual me incentivou e nunca me deixou desanimar.

À Secretaria Municipal de Saúde pela oportunidade e confiança.

As minhas amigas da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, Flavia Pedron, Rosalina Coelho, Adriana da Silva Miranda e Alda.

Aos meus estagiários e amigos Marcelo Eliseu Sipione, Marcela de Freitas Ferreira, Poliane Sakon, Ninive Almeida Reis, Izabela Maria Montezano de Carvalho, Roberta Sena Reis e Josiane.

Aos colegas do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Viçosa, que se tornaram amigos, sempre dispostos a ajudar.

À Nízia Almeida Araújo pela amizade, pelos momentos de longas conversas e troca de experiências.

À Rizia Lara de Almeida pela amizade, carinho e compreensão em todos os momentos e pela acolhida em sua casa.

Aos amigos Sandra Patrícia Crispim, Lina Claudia Sant'anna, Viviane Henriques, Ronaldo Coimbra, Hilton, Carlos Augusto Cabral, Lélia, Mônica Santana, Saulo, Zelvanio Santiago, Jonas Torres, Ana Augusta Monteiro Cavalcante, Carina Lima de Souza e Daniela Braga pelo convívio, pela paciência, amizade e carinho e ajuda.

À Solange por sua atenção e cuidados e principalmente pela amizade.

À Emanuele Panatto por ser muito mais que amiga.

A todos que participaram de alguma maneira no meu período em Viçosa e que nunca serão esquecidos.

BIOGRAFIA

IVONILCE VENTURI, filha de Hilário Venturi e Maria Inês Venturi, nasceu em 20 de maio de 1979 em Itaiópolis, Estado de Santa Catarina, Brasil.

Formou-se no Curso de Nutrição pela Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, no município de Balneário Camboriú, Estado de Santa Catarina, em agosto de 2001.

Em agosto de 2003, ingressou no Programa de Mestrado em Ciências da Nutrição da Universidade Federal de Viçosa, em Viçosa, Minas Gerais.

ÍNDICE

	Página
RESUMO	vii
ABSTRACT	ix
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	4
2.1. Objetivo geral.....	4
2.2. Objetivos específicos.....	4
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	5
ARTIGO 1	7
OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A INCLUSÃO DA POPULAÇÃO IDOSA: UMA AVALIAÇÃO DAS PRIORIDADES EM SAÚDE	7
RESUMO	7
ABSTRACT.....	8
1. INTRODUÇÃO.....	8
2. METODOLOGIA.....	10
3. DIAGNÓSTICO DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	10
4. MORBIDADES E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
ARTIGO 2	22
IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE À POPULAÇÃO IDOSA, MUNICÍPIO DE VIÇOSA-MG	22
RESUMO	22
ABSTRACT.....	23
1. INTRODUÇÃO.....	23
2. METODOLOGIA.....	24

	Página
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
3.1. Características demográficas da população do município de Viçosa-MG.....	26
3.2. Características dos atendimentos realizados nas unidade de saúde.....	28
3.3. Perfil epidemiológico da população idosa usuária do Sistema Público de Saúde	30
3.4. Estudo da área de influência do serviço de atenção básica em relação ao local de residência do idoso	38
3.6. Taxas de utilização dos serviços ambulatoriais.....	42
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
AGRADECIMENTOS.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ARTIGO 3	49
MAPEAMENTO GEOGRÁFICO DO PERFIL ANTROPOMÉTRICO E RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS DE IDOSOS QUE COMPARECERAM A CHAMADA NUTRICIONAL DA MELHOR IDADE – VIÇOSA-MG.....	49
RESUMO	49
ABSTRACT.....	50
1. INTRODUÇÃO.....	51
2. METODOLOGIA.....	52
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
AGRADECIMENTOS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXO 1	65
ANEXO 2	66

RESUMO

VENTURI, Ivonilce, M.S., Universidade Federal de Viçosa, agosto de 2005.
Utilização dos serviços de atenção básica do sistema público de saúde e sua relação com o perfil epidemiológico e nutricional de idosos do município de Viçosa/MG. Orientadora: Rita de Cássia Lanes Ribeiro. Conselheiros: Adelson Luiz Araújo Tinoco, Rosangela Minardi Mitre Cotta e Lina Enriqueta F. Paez Rosado.

No Brasil, nas últimas décadas, observa-se um rápido crescimento do segmento mais idoso da população, e em consequência disto ocorre, o aumento das doenças crônicas degenerativas não-transmissíveis, acarretando maior demanda pelo atendimento à saúde, tanto ambulatorial como hospitalar. Este aumento das doenças crônicas degenerativas e suas complicações, demonstram a necessidade dos serviços de saúde em estabelecer ações voltadas à prevenção e controle destas, com a finalidade de reduzir os índices de morbi-mortalidade, que são responsáveis por altos gastos no setor saúde. Este estudo teve por objetivo geral identificar o padrão de utilização dos serviços de saúde prestados pela rede de atenção básica de saúde, em relação ao perfil epidemiológico e nutricional da população de 60 anos e mais. Foram descritas as características demográficas e epidemiológicas da população idosa que utiliza os serviços de atenção básica de saúde no Município de Viçosa-MG. Realizou-se o estudo da área de influência dos serviços de atenção básica e determinou-se a taxa de utilização dos serviços de acordo com sexo e local de atendimento, além de relacionar a localização geográfica e sua influência na procura ao atendimento de saúde. Também foi avaliado o estado nutricional da população idosa que compareceu à chamada nutricional, identificando sua associação com as doenças crônicas

degenerativas não transmissíveis auto-referidas. O primeiro artigo constitui-se da revisão de literatura sobre os serviços de saúde e a população idosa. O segundo artigo apresenta o perfil de utilização dos serviços de saúde pelos idosos e foram avaliados 6.964 atendimentos de saúde prestados a indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, no período de maio de 2003 a abril de 2004. Do total da amostra 64,1% (1.533) e 35,9% (858) eram do sexo feminino e masculino respectivamente. As doenças cardiovasculares foram responsáveis pela maior demanda ao sistema de saúde. O número médio de consultas foi de 3,6 por idoso ao ano. Os resultados deste estudo permitiram visualizar que a demanda aos serviços de saúde provavelmente se relaciona às disponibilidades de profissionais de saúde que a unidade oferece. O mapeamento geográfico permitiu visualizar os bairros com maiores concentrações de determinadas enfermidades. O terceiro artigo teve como objetivo mapear por bairro de residência o estado nutricional e identificar sua relação com Hipertensão Arterial e *diabetes mellitus* auto-referidas pelos idosos que compareceram à Chamada Nutricional da Melhor Idade no município de Viçosa, MG. A amostra constitui-se de 1457 indivíduos com 60 anos e mais, sendo 54,3% (n=791) do sexo feminino e 45,7% (n=666) do masculino, com médias de idade de 70,5 e 70,1 anos para mulheres e homens respectivamente. Para a avaliação do estado nutricional utilizou-se o IMC (índice de massa corporal) e CC (circunferência da cintura). A classificação do IMC utilizada foi a proposta por Lipschitz (1994). A medida da circunferência da cintura isolada foi utilizada para verificar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Observou-se que 19,1% (n=278) dos idosos encontravam-se abaixo do peso, 41,7% (n=607) com peso adequado e 39,2% (n=572) com peso acima do recomendado. Os idosos do sexo feminino tiveram 27,0% mais chance de apresentar diabetes que o masculino (OR = 0,73 IC 0,55;0,96), e 53,0% mais chance de apresentar hipertensão arterial em relação ao sexo masculino (OR = 0,47 IC 0,38;0,59). Os idosos com sobrepeso tiveram 3,13 (OR = 3,13 IC 1,96;4,99), 1,59 (OR = 1,59 IC 1,59;2,13) e 1,44 (OR = 1,44 IC 1,13;1,85) mais chance de apresentar doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus* e hipertensão arterial respectivamente do que os idosos eutróficos. Quanto ao mapeamento do estado nutricional, verifica-se maior concentração de idosos com sobrepeso nos bairros Centro, Santo Antonio e Nova Viçosa, enquanto o baixo peso foi mais prevalente na Zona Rural. Conclui-se que a intervenção nutricional no grupo de idosos torna-se cada vez mais importante e necessária para a melhoria da qualidade de vida.

ABSTRACT

VENTURI, Ivonilce, M.S., Universidade Federal de Viçosa, August 2005. **Use of basic public health service and its relation with the epidemiological and nutritional profile of the elderly population in Viçosa/MG.** Adviser: Rita de Cássia Lanes Ribeiro. Committee Members: Adelson Luiz Araújo Tinoco, Rosângela Minardi Mitre Cotta and Lina Enriqueta F. Paez Rosado.

The elderly sector of the Brazilian population has been rapidly increasing in the last decades, resulting in a growing incidence of non-transmissible chronic diseases and greater demand for health services, both in out-patient clinics and hospitals. Such increase in chronic diseases and their complications call for actions by the health services to prevent and control such diseases to reduce the morbidity-mortality index responsible for the high costs in this sector. This study aimed to identify the use of standard health services provided by the basic health services network, regarding the epidemiological and nutritional profile of elderly people, 60-year-old and over. Demographic and epidemiological characteristics of the elderly population receiving basic health care in Viçosa-MG, were described. A study of the area of influence of the basic health services was carried out and service use rate was determined according to sex and place of attendance, besides geographic location and its influence in seeking health care. The nutritional state of the elderly population who attended the Nutritional Call for the Elderly was evaluated by identifying its association with the non-transmissible chronic diseases reported by them. This study was presented three papers. The first article is a literature review. The second paper presents a profile of health service use by the elderly the second paper, 6,964 sixty-year old or older elderly

patients were evaluated from May 2003 to April 2004. Out of the total, 64.1% (1,533) and 35.9% (858) were female and male, respectively. Cardiovascular diseases accounted for the greatest health care demand. The mean number of appointments was 3,576 per elderly person per year. The results allowed to conclude that health care demand is likely related to the availability of health professionals provided by the health care unit. Geographic mapping allowed to identify the neighborhoods with the highest concentrations of specific diseases and to seek solutions to improve life quality of the elderly. The third article mapped the nutritional status of the elderly population by residence to identify its relation with hypertension and *diabetes mellitus* reported by the elderly who attended the Nutritional Program for the Elderly in Viçosa, MG. The sample consisted of 1,457 individuals 60 years old and over, comprising 54.3% (n=791) female and 45.7% (n=666) male, with age averages of 70.47 and 70.07, respectively. Nutritional status was evaluated by using BMI and hip circumference. The BMI classification used was proposed by Lipschitz (1994). Waist circumference measure alone was used to verify the risk of developing cardiovascular diseases. It was observed that 19.1% (n=278) of the elderly assessed were underweight, 41.7% (n=607) had adequate weight and 39.2% (n=572) were overweight. The female participants had 27,0% more chance of having diabetes than the male participants (OR = 0.73 IC 0.55; 0.96), and 53,0% more chance of having hypertension than the male participants (OR = 0.47 IC 0.38; 0.59). The overweight elderly had 3.13 (OR = 3.13 IC 1.96; 4.99), 1.59 (OR = 1.59 IC 1.59; 2.3) and 1.44 (OR = 1.44 IC 1.13; 1.85) more chance of having cardiovascular diseases, *diabetes mellitus* and hypertension, respectively, than the euthrophic elderly. The nutritional status mapping showed a higher overweight concentration in the neighborhoods Centro, Santo Antonio and Nova Viçosa, while underweight subjects were more prevalent in the rural area. It was concluded that nutritional intervention in the elderly group has become increasingly more important and necessary for the improvement of life quality and, consequently, better control of the cardiovascular diseases affecting a large number of the elderly.

1. INTRODUÇÃO

No início do século XX considerava-se privilegiado o indivíduo que conseguisse alcançar a terceira idade. No entanto, este cenário se modificou, e a proporção de idosos no mundo vem aumentando (PACHECO-RÍOS et al., 2001), processo que antes era observado apenas em países desenvolvidos, é também observado hoje, nos países em desenvolvimento (LIMA-COSTA et al., 2002).

No Brasil, o segmento dos idosos é o que mais cresce, aumentando 35,0% em relação ao restante da população, aumento este verificado entre os censos de 1991 e 2000 (LIMA-COSTA; BARRETO e GIATI, 2003). A proporção de idosos no Brasil em 2000 era de 8,6% (14.536,029 habitantes) (IBGE, 2001), com previsão de atingir a marca dos 14,0% no ano de 2025, possuindo então proporção de idosos semelhante a de países desenvolvidos (COELHO-FILHO; RAMOS, 1999).

Ao contrário dos países em desenvolvimento, o processo de envelhecimento populacional em países desenvolvidos se deu de maneira lenta e gradativa, evoluindo juntamente com a economia, e com a redução das desigualdades sociais (GIATTI; BARRETO, 2003).

O crescimento desta parcela da população onera o sistema de saúde, devido ao surgimento de novas demandas, o que eleva o custo médio do cuidado para com o idoso, que é bem maior do que o de outros grupos etários (RIBEIRO; MODENA, 2001; GARRIDO; MENEZES, 2002; UCHOA, 2003).

As políticas públicas de saúde necessitam melhorar a questão da seguridade social e acesso universal aos cuidados de saúde para o grupo de idosos (PEABODY et al., 2002).

Grande parte dos idosos são portadores de pelo menos uma doença crônica (RAMOS, 2003), caracterizada por demandar um tratamento longo e incluindo na maioria dos casos, limitação no estilo de vida, tanto do portador como da família (OLIVEIRA, et al., 2002).

Dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial atinge 50,0% da população idosa (OLIVEIRA et al., 2002), e o *diabetes mellitus* deverá duplicar sua prevalência na população acima de 65 anos de idade (SARTORELLI; FRANCO, 2003). Juntamente com estas duas doenças crônicas, ocorre um acréscimo do risco de doenças cerebrovasculares e cardiovasculares (BARROSO et al., 2003).

Os problemas como obesidade e baixo peso estão associados às doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, levando a um aumento na morbimortalidade dos indivíduos idosos, especialmente em países que apresentam grandes disparidades socioeconômicas como o Brasil (BARRETO; PASSOS; LIMA-COSTA, 2003).

O aumento das doenças crônicas e suas complicações demonstram a necessidade dos serviços de saúde estabelecerem ações voltadas à prevenção e controle da doença, com a finalidade de reduzir os índices de morbi-mortalidade, que são responsáveis por altos gastos no setor saúde (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIANTE, 2001; GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002).

A reorganização das políticas públicas e de saúde para a população idosa brasileira poderá ser implementada a partir da identificação dos principais problemas de saúde da população, com a finalidade de estabelecer ações que busquem condições adequadas para enfrentar esses problemas. A identificação dos mesmos pode se dar por meio de estudos epidemiológicos, capazes de orientar decisões para as intervenções (UCHOA, 2003).

De acordo com Pinheiro e Travassos (1999), conhecer o padrão de utilização de serviços de saúde é importante para se planejar ações de saúde que visem reduzir as diferenças sociais, proporcionando um acesso universal e igualitário. Apesar da importância do conhecimento e exploração destas informações, ainda são limitados os estudos em relação à organização das ações de saúde para a população idosa brasileira.

Ocorre assim, a necessidade de adequar os serviços de saúde prestados à população, principalmente aos idosos, considerando que o perfil de morbidade deste grupo exige a utilização de tecnologias e serviços de alto custo (VERAS, 2003).

O padrão de utilização dos serviços de atenção básica à saúde, bem como o perfil epidemiológico e nutricional por área geográfica, possibilitará a avaliação da adequação dos serviços à população, e o acesso a estes serviços.

Este trabalho pretende servir de subsídios para a formulação de políticas públicas voltadas à melhoria no atendimento ao grupo de idosos que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Viçosa-MG. A elaboração de um perfil demográfico, epidemiológico, nutricional e de utilização dos serviços de saúde pela população idosa de Viçosa, auxiliará a implementação de medidas que promovam a saúde e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Identificar o padrão de utilização dos serviços de saúde prestados pela rede de atenção básica de saúde, e sua relação com o perfil epidemiológico e nutricional da população de 60 anos e mais.

2.2. Objetivos específicos

- Conhecer as características demográficas e epidemiológicas da população idosa que utiliza os serviços de atenção básica de saúde no Município de Viçosa-MG.
- Identificar as áreas de influência dos serviços de atenção básica de saúde referente à população idosa atendida nas unidades básicas de saúde.
- Determinar a taxa de utilização dos serviços de atenção básica de saúde da população idosa, distribuídas por sexo e local de atendimento.
- Identificar a influência da localização geográfica das unidades de saúde na procura ao atendimento de saúde.
- Avaliar o estado nutricional da população idosa e associar às doenças crônicas degenerativas não transmissíveis auto referidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **R. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 88-95, 2001.

BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A.; LIMA-COSTA, M. F. Obesity and underweight among Brazilian elderly. The Bambuí health and aging study. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 605-612, 2003.

BARROSO, W. K. S. et al. Hypertensive diabetic patients. Guidelines for conduct and their difficulties. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 81, n. 2, p. 143-147, 2003.

COELHO FILHO J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **R. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 445-453, 1999.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico, 1991 e 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2001. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 mar. 2005.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **R. Bras. Psiquiatr.**, v. 24, p. 3-6, 2002. Suplemento.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.19, n. 3, p. 759-771, 2003.

GUIMARÃES, F. P. M.; TAKAYANAGUI, Â. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de *diabetes mellitus* tipo 2. **R. Nutr.**, v. 15, n. 1, p. 37-44, 2002.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.

LIMA-COSTA, M. F. et al. The Bambuí health and aging study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 177-186, 2002.

OLIVEIRA, T. C. et al. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **R. Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 530-536, 2002.

PACHECO-RIOS, A. et al. Utilización de los servicios de salud por población anciana. **R. Fac. Med UNAM**, v. 44, n. 6, p. 239-243, 2001.

PEABODY, J. W. et al. An evaluation of universal health insurance in the elderly: burden of disease, utilization, and costs in the republic of Korea. **Journal of Aging and Health**, v. 14, n. 2, p. 286-309, 2002.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 487-496, 1999.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793-789, 2003.

RIBEIRO, R. C. L. ; MODENA, C. M. Transição epidemiológica e condições de saúde analisadas por meio da estatística de mortalidade. **Oikos**, v. 13, n. 1, p. 27-34, 2001.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do *diabetes mellitus* no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. S1, p. S29-S36, 2003.

UCHÔA, E. Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, v. 3, p. 849-853, 2003.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. 705-715, 2003.

ARTIGO 1

OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A INCLUSÃO DA POPULAÇÃO IDOSA: UMA AVALIAÇÃO DAS PRIORIDADES EM SAÚDE

RESUMO

No Brasil, o segmento dos idosos é o que mais cresce entre toda a população. A implicação do aumento no número de idosos na população reflete, além da maior utilização dos serviços de saúde, um aumento no número de doenças de longa duração, que exige um maior custo e envolve altas tecnologias e cuidados adequados, constituindo-se um desafio às autoridades quanto ao planejamento de novas políticas de saúde. A necessidade por informações cada vez mais precisas dentro do sistema de saúde vem aumentando, pois estas permitem a correta tomada de decisões, buscando sempre a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar da população. Este estudo teve por objetivo fazer um levantamento histórico da evolução da saúde pública no Brasil, descrever a importância da utilização de metodologias que identifiquem as prioridades de saúde no Brasil, visando adequar os serviços de saúde às necessidades e demandas da população idosa. Avaliar o padrão de utilização de serviços de atenção básica à saúde, bem como o perfil epidemiológico e nutricional da população idosa, utilizando-se de metodologias específicas, torna-se necessário para reestruturar o sistema de saúde; sendo que as pesquisas em saúde permitem adequar os serviços oferecidos à população, a qual vem passando por mudanças rápidas em

sua estrutura demográfica e epidemiológica. Coloca-se como desafio para o sistema público de saúde incluir e cuidar de uma população crescente e, em sua maioria com baixo nível socioeconômico e com altas prevalências de doenças crônicas.

Palavras-chave: saúde pública, envelhecimento populacional, metodologia.

HISTORICAL EVOLUTION OF PUBLIC HEALTH IN BRAZIL AND ITS METHODOLOGY OF APPLYING

ABSTRACT

There is an increase of senior people with chronic illnesses in Brazil and this fact demands the use of health services that involves cost and high technologies and it means a challenge to the Brazilian Public Health Authorities. The require for accurates informations about the health policies is very important because they allow the corrects decisions seeking the improvement of people well-being. The purpose of this study about health care for seniors was to identify the Brazilian public health sector evolution, describing its methodoly to provide best services. The brazilian government is examining its role in the provision of social welfare programs, especially in the public health sector. The challenge is how to include and to take care of a crescent senior population with lower household income per capita and affected by socioeconomic circumstances and chrinical diseases incidence.

key words: public health, senior population, methodoly.

1. INTRODUÇÃO

No início do século XX considerava-se privilegiado o indivíduo que conseguisse alcançar a longevidade. No entanto, este cenário modificou e a proporção de idosos no mundo vem aumentando, (PACHECO-RÍOS et al., 2001) um processo que antes era observado apenas em países desenvolvidos, é também observado atualmente nos países em desenvolvimento (LIMA-COSTA et al., 2002).

No Brasil, o segmento dos idosos é o que mais cresce entre toda a população, aumentando 35,0% em relação ao restante da população, aumento este, verificado entre os censos de 1991 e 2000 (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATI, 2003).

No Brasil em 2000 o percentual de idosos era de 8,6% (14.536,029 habitantes) (IBGE, 2001), com previsão de atingir a marca dos 14,0% no ano de 2025, quando então atingirá proporção de idosos semelhante a de países desenvolvidos (COELHO-FILHO; RAMOS, 1999).

O processo de envelhecimento populacional em países desenvolvidos se deu de maneira lenta e gradativa, evoluindo juntamente com a economia e a redução das desigualdades sociais. Nos países em desenvolvimento tal processo ocorreu em um curto período de tempo, sem que houvesse desenvolvimento social (GIATTI; BARRETO, 2003).

O aumento no número de idosos na população reflete, além da maior utilização dos serviços de saúde, um aumento no número de doenças de longa duração, que exige um maior custo e envolve altas tecnologias e cuidados adequados, constituindo-se um desafio às autoridades quanto ao planejamento de novas políticas de saúde (VERAS, 2003).

Com o envelhecimento ocorre uma inversão dos processos agudos que evoluem para a cura ou a morte, dando lugar a processos crônicos mais difíceis de serem tratados e que demandam mais tempo e custo (COTTA et al., 2002a).

O envelhecimento aumenta o risco de adquirir enfermidades e incapacidades e, com ele, a necessidade de implantar e implementar políticas que visem garantir e manter as condições de vida e de assistência socio sanitárias adequadas para a população anciã (COTTA et al., 2002a, b).

As informações oriundas do sistema de saúde são importantes para avaliação das políticas do setor. Informações epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas entre outras, são capazes de fornecer um diagnóstico da realidade, dos serviços de saúde e da saúde da comunidade, permitindo assim, dar prioridades em determinadas ações e serviços. A necessidade por informações cada vez mais precisas dentro do sistema de saúde vem aumentando, pois estas permitem a correta tomada de decisões, buscando sempre a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar da população (BRASIL, 2004).

Neste sentido, este estudo teve por objetivo estabelecer as relações entre os serviços de saúde e o atendimento à população idosa do município de Viçosa, com a perspectiva de identificar as prioridades desta população, bem como, propor a adequação dos serviços de saúde às necessidades e demandas desta população.

2. METODOLOGIA

Realizou-se pesquisas bibliográficas nas principais bases de dados (SciELO, BVS e CAPES) bem como em sites de relevância científica e em catálogos de publicações de organizações governamentais nacionais e internacionais, destacando-se a Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS). As pesquisas incluíram textos a partir do ano de 1990 até o presente momento.

As palavras chaves utilizadas no levantamento bibliográfico foram: sistema público de saúde, idoso, envelhecimento populacional, políticas públicas de saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), avaliação do serviço de saúde, doenças crônicas e estado nutricional.

3. DIAGNÓSTICO DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No Brasil, a década de 80 marca o início do Movimento Sanitário, o qual possibilitou a reforma do Sistema de Saúde, iniciando-se em 1986 com as ações integradas de saúde (AIS), passando no ano seguinte para o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que, no ano de 1988, forma-se o atual Sistema Único de Saúde (SUS), o qual concede a todos os cidadãos brasileiros direitos garantidos constitucionalmente (ASSIS et al., 2002).

O SUS é um sistema público, gratuito de acesso universal e integral, que visa atender às necessidades e anseios da população em relação à saúde (BRASIL, 1990).

Este novo modelo de sistema de saúde se concretiza por meio da regionalização e hierarquização, em que cada esfera de governo atua administrando e operacionalizando os serviços de saúde, devendo ser um atendimento integral a todos os cidadãos (VIANA et al., 2002).

Com a criação do SUS a saúde passa a ser definida como *“resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado”*, sendo este o princípio da *“garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde”* (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004, p. 80).

O estado deve garantir a saúde da população *“mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988, p.126).

O sistema de saúde do Brasil, em sua trajetória de quase duas décadas, tendo como ponto de partida o propósito comum do atendimento integral ao indivíduo e à coletividade, vem buscando, cada vez mais e de forma permanente, ser mais resolutivo. Não obstante, apesar de preconizar a atenção preventiva, coletiva e comunitária, a realidade das unidades de saúde aponta para profissionais com agenda preenchida, consultas médicas-medicamentosas-curativas, sem a realização de estudos prévios que determinem as reais necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades.

Cotta et al. (2002c) citam que um dos problemas do sistema de saúde está na estrutura territorial, a qual necessita de adaptações à realidade de cada população, levando em consideração as características próprias de cada região que a unidade de saúde abrange. Enfatizar as características epidemiológicas, demográficas, culturais entre outras, estabelecendo, a partir da coleta de dados, um mapa sanitário, que retrate a realidade de cada localidade possibilitará planejar ações de atenção à saúde.

Segundo Conill (2002, p.192), mesmo com os avanços político-administrativos, verifica-se dificuldades na questão da adequação do modelo do SUS aos *“princípios reformadores com maior equidade no acesso e na integralidade das práticas”*.

Viana (2002, p. 143), apresenta parte de um estudo em andamento, que avalia o processo de instituição da Gestão Plena do Sistema Municipal e reconhece a importância da avaliação do processo da instituição, produzindo conhecimentos sobre o processo de descentralização em saúde, além da possibilidade de reformulação de políticas em saúde, e *“construção da regionalização e de sistemas de saúde”*. Processo importante, pois o Brasil é um país com grandes disparidades regionais.

O princípio da territorialidade, planejamento local, entre outros, estão cada vez mais em pauta, na tentativa de que o sistema seja mais humano e solidário. Mas deve-se considerar que ainda é grave o problema do acesso à atenção à saúde. A lentidão com que as mudanças ocorrem frente às necessidades da população ainda é alarmante. Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas pelo sistema, destaca-se na atenção primária à saúde, uma rede de centros e postos de saúde, que prestam serviços básicos à população (CAMPOS, 2003).

Quando se aborda a questão do planejamento da localização dos serviços de saúde, é necessário adequar as características de cada município ou localidade, considerando seus problemas e recursos de saúde (UNGLERT, 1990).

Quando se trabalha com temas relacionados à avaliação de serviços de saúde deve-se ter presente, que o principal objetivo, é que a produção de conhecimento norteie a tomada de decisões, orientando as políticas de implementação e

reestruturação do sistema de saúde que visem a melhoria de uma determinada situação (NOVAES, 2000).

Ainda segundo Novaes (2000, p.551; 550), as questões orientadoras deste tipo de pesquisa devem procurar identificar as relações de causalidade e os impactos obtidos por ações de saúde quando esta estiver em pauta. As metodologias mais utilizadas para avaliação são as de natureza “*quantitativas, observacionais, desenvolvidas em contexto natural ou até mesmo de rotina administrativa*”, implicando o estabelecimento do “*controle sobre o contexto em que se desenvolve a pesquisa e na proposição de desenhos gerais metodológicos*”, sendo que o objetivo final, deve ser a construção de um conhecimento que tenha possibilidade de tradução à medida que possa ser utilizado como orientador e estimulador de novas práticas em saúde.

Tomasi et al. (2003) ressaltam a importância da avaliação em saúde, para apoiar as decisões necessárias à melhoria do sistema de saúde, mas citam que as diversificações em relação à conceituação e desenvolvimento de metodologias adequadas dificultam a rápida avaliação do serviço, tal que acompanhe suas necessidades. Outro ponto em questão levantado pelos autores é a falta de conhecimento do perfil de morbidade da clientela que frequenta a unidade de saúde e sua área de abrangência. Estas informações, se trabalhadas em conjunto, permitem a definição de prioridades quanto ao destino de recursos, tanto humanos como financeiros, melhorando assim o atendimento à população.

Ribeiro et al. (2000, p.64) concluem em seu trabalho que os serviços de saúde devem atender ao “*conjunto global de demandas e de necessidades de saúde que lhes coloca a população*”, avaliando essas necessidades por meio de pesquisas epidemiológicas sem deixar de lado “*o saber clínico*”, caminhando, neste sentido, para uma completa resolução de seus problemas.

Diversas organizações internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) vêm estimulando a utilização de metodologias que identifiquem as prioridades em saúde, adaptadas às realidades de cada região e que muitas vezes dispõem de poucas informações, recursos financeiros e humanos, possibilitando assim, conhecer as necessidades e prioridades de cada região (NOVAES, 2000).

No Brasil, ainda persistem no sistema de informação em saúde os registros manuais, consumindo importante mão-de-obra do serviço. Considerando que o trabalho de digitação dos dados seja efetuado apenas para cumprir exigências administrativas e a falta de informação sobre sua utilização, isto faz aumentar a probabilidade de que a informação produzida seja de má qualidade, possibilitando erros na tomada de decisões por parte do gestor local (BRASIL, 2004).

É preciso que ocorra uma conscientização de funcionários e de todos os profissionais da saúde para a importância dos dados produzidos no serviço de saúde, sendo estes fundamentais para a orientação de políticas implementadoras do SUS, adequado às crescentes modificações que vêm ocorrendo na estrutura demográfica e epidemiológica brasileira.

Um estudo realizado por Lima-Costa et al. (2002) sobre influência da cobertura de um plano privado de saúde sobre a utilização de serviços médicos e o consumo de medicamentos, observaram que 80,7% da população idosa utiliza o serviço público de saúde. Entretanto, há uma maior utilização dos serviços por parte dos idosos que possuem planos privados em relação aos que não possuem, com resultados estatisticamente significantes.

Pinheiro e Travassos (1999) verificaram a desigualdade social na utilização dos serviços de saúde e a influência que a área de residência exerce nessas desigualdades encontrando resultados em que a variável mais importante quanto ao uso dos serviços médicos foi a “*necessidade*”, sendo explicada também pelo sexo, área de residência e renda familiar.

Costa e Pinto (2002, p. 909) descrevem os resultados finais da pesquisa Custo e Avaliação do Impacto da Implantação da Parte Fixa do Piso de Atenção Básica – PAB. Esta pesquisa teve como objetivo oferecer evidências sobre os resultados do processo de implantação do PAB. Para isso, utilizou-se banco de dados secundários ou já existentes para realizar o “*diagnóstico da estrutura da provisão da atenção ambulatorial*”, sendo utilizada esta fonte pela facilidade, baixo custo e capacidade de resposta às perguntas fundamentais do trabalho.

Os resultados encontrados nesta pesquisa permitem concluir que o setor saúde melhorou relativamente após a descentralização do sistema, com a ampliação da oferta de atenção ambulatorial e a redistribuição da renda diretamente aos municípios. Contudo, vale lembrar que avaliar questões como equidade e suas dimensões é ainda um desafio à comunidade científica. Para o estudo de Costa e Pinto (2002) utilizou-se a metodologia proposta por Donabedian (1984) que inclui como categorias básicas a serem avaliadas a estrutura, processo e resultado. Estrutura, compreendendo as condições disponíveis para o atendimento da população e o desenvolvimento de atividades, programas e projetos. Processo, como atividades associadas à estrutura, e resultado, como as mudanças ocorridas na situação-problema, estando associadas às atividades de políticas, programas ou projetos desenvolvidos.

Traverso-Yépez e Moraes (2004) investigaram como os usuários do serviço de saúde vêem a relação profissional-paciente e como eles avaliam o serviço de saúde. Para realizar esta pesquisa, utilizaram questionários semi-estruturados, com questões

referentes às características sócio-demográficas e da relação entre paciente e profissional. Os resultados encontrados mostram que os usuários do sistema não o têm como um direito, mas “*como um favor ou doação*”, e que “*98,0% dos usuários continuam a procurar o atendimento público*”, seja pela proximidade de casa ou pela falta de alternativas de acesso a outros serviços como o serviço privado.

De acordo com Pinheiro e Travassos (1999), conhecer o padrão de utilização de serviços de saúde é importante para se planejar ações de saúde que visem reduzir as diferenças sociais, proporcionando um acesso universal e igualitário. Apesar da importância do conhecimento e exploração destas informações, ainda são limitados os estudos em relação à população idosa brasileira.

Ocorre assim, a necessidade de adequar os serviços de saúde prestados à população, principalmente a idosa, considerando que o perfil de morbidade deste grupo exige a utilização de tecnologias e serviços de alto custo, e por maior período de tempo (RIBEIRO; MODENA, 2001; VERAS, 2003).

4. MORBIDADES E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO

O envelhecimento populacional caracteriza-se pela modificação na estrutura etária de um povo ou nação, ocasionando um aumento relativo de indivíduos com 60 anos e mais, sendo esta idade definidora do início da velhice em países em desenvolvimento. Este limite de idade varia em cada sociedade e é dependente de fatores econômicos, ambientais, científicos e culturais (CARVALHO; GARCIA, 2003).

As alterações demográficas da população brasileira vêm ocorrendo rapidamente e a idéia de que o Brasil era um país jovem já está sendo modificada. Segundo a OMS, até o ano de 2025 o Brasil irá alcançar o 6º lugar em número absoluto de idosos no mundo (32 milhões de indivíduos). A faixa etária que mais cresce no Brasil é a de 60 anos e mais, apresentando um crescimento de 16 vezes, enquanto o restante da população crescerá 5 vezes. Este processo transforma o cenário nacional e coloca o idoso como ponto de partida para a reformulação do cenário político (SANT'ANNA; CAMARA; BRAGA, 2003).

Juntamente com o processo do envelhecimento populacional, ocorre a transição epidemiológica, a qual se refere às modificações no perfil de morbimortalidade da população, passando de um quadro que antes referia a maior causa de morte por doenças transmissíveis, mudando para as doenças não transmissíveis e causas externas, com aumento da incidência de morbi-mortalidade e predomínio da morbidade em substituição à mortalidade (CHAIMOWICZ, 1997).

Segundo Cotta et al. (2002b), o envelhecimento da população tem um crescente e profundo impacto em todos os setores da sociedade, mas é na saúde onde, sem dúvida, terá uma maior transcendência, tanto por sua repercussão em todos os níveis assistenciais, como pela necessidade de se aplicar novos recursos e estrutura.

De acordo com Bós e Bós (2004), as alterações ocorridas na estrutura etária da população brasileira acarretam mudanças em todos os setores da sociedade, impacto este verificado na economia, relações familiares e no sistema de saúde, sendo que este último não se adaptou ainda ao novo perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira.

Conseqüência importante do crescimento populacional e do aumento das doenças crônico-degenerativas é o aumento na demanda aos serviços de saúde (LIMA-COSTA et al., 2002), e suas complicações demonstram a necessidade dos serviços de saúde estabelecerem ações voltadas à prevenção e controle da doença, com a finalidade de reduzir os índices de morbi-mortalidade, sendo responsável por altos gastos no setor saúde (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIANTE, 2001; GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002).

No âmbito sanitário, observa-se que, com o rápido aumento da população idosa, ascende também as doenças crônico-degenerativas, destacando-se doenças como diabetes, hipertensão arterial, obesidade, neoplasias e as hiperlipidemias, perfil semelhante de morbi-mortalidade encontrado em países desenvolvidos (ASSIS et al., 2002).

Estudo realizado no sistema público por Diaz et al. (2003) para identificar as enfermidades crônicas mais comumente encontradas em idosos, apontou que a hipertensão arterial está presente em 61,2% da população estudada, 32,4% apresentaram obesidade e 17,2% *diabetes mellitus*. Estas três enfermidades crônicas foram as de maior prevalência no grupo estudado e considerou-se a hipertensão arterial como o fator de risco mais freqüente para as doenças cardiovasculares. Outro resultado importante observado foi que 88,7% dos idosos consultaram devido a mais de uma enfermidade crônica.

Os problemas como obesidade e baixo peso estão associados às doenças crônico-degenerativas, levando a um aumento na morbi-mortalidade dos indivíduos idosos, especialmente em países que apresentam grandes disparidades socioeconômicas como o Brasil (BARRETO; PASSOS; LIMA-COSTA, 2003).

Em trabalho realizado por Tavares e Anjos (1999), referente ao perfil antropométrico da população idosa brasileira, encontrou-se uma prevalência de 7,8% de

magreza em homens idosos e 5,7% de sobrepeso. Já no grupo das mulheres idosas a prevalência de magreza foi de 8,4% enquanto que o sobrepeso chegou a 18,2%.

Estudos nutricionais epidemiológicos indicam que o sobrepeso e a desnutrição avaliados pelo IMC estão associados ao aumento da morbi-mortalidade no grupo da terceira idade (BARRETO; PASSOS; LIMA-COSTA, 2003). Estes mesmos autores destacam que a obesidade em indivíduos idosos leva a uma maior procura pelo serviço de saúde, quando comparados aos idosos eutróficos.

Observa-se que grande parte dos idosos são portadores de pelo menos uma doença crônica (RAMOS, 2003), caracterizada por possuir um tratamento longo e incluindo na maioria dos casos, limitação no estilo de vida, tanto do portador como da família (OLIVEIRA et al., 2002).

Dados de mortalidade e morbidade de uma população constituem-se importante ferramenta no desenvolvimento de avaliações dos serviços de saúde. Recomenda-se a utilização destas bases de dados secundários, pois permitem verificar resultados e efetividade dos serviços, "*encurtando o caminho entre o saber e a prática, ou a ciência e a política*" (NOVAES, 1996, p.10).

A população idosa no Brasil torna-se elemento essencial para a re-elaboração das políticas públicas e formulação de programas de saúde coletiva, visando um novo delineamento do Sistema Único de Saúde, que é o atendimento a essa nova demanda aos serviços (RIBEIRO et al., 1996).

A partir da identificação dos principais problemas de saúde da população, pode-se estabelecer ações que busquem condições adequadas para enfrentar esse novo cenário epidemiológico. A identificação da situação de saúde pode se dar por meio de estudos epidemiológicos, capazes de orientar decisões para as intervenções (UCHOA, 2003).

Em 1998 realizou-se no Brasil a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), sendo avaliado o acesso e a utilização dos serviços de saúde, por meio de alguns indicadores, que possibilitaram verificar que o grupo de idosos que apresentava maior número de morbidades quando comparado às faixas etárias de indivíduos mais novos, implicou maior frequência dos idosos aos serviços de saúde (VERAS, 2003).

Mendoza-Sassi et al. (2003) apontam em seu estudo que vários são os fatores que levam um indivíduo a procurar o serviço de atenção à saúde. Entre eles, estão fatores demográficos, socioeconômicos, aspectos psicológicos, profiláticos e a disponibilidade dos serviços de saúde.

Bós e Bós (2004) estudaram quais as variáveis que determinam a escolha entre o serviço de saúde privado ou público e concluíram que a escolha do local de atendimento está relacionada tanto com a necessidade individual como os recursos

disponíveis da família, sendo que os idosos com menor renda recebem menor prioridade à saúde, e encontram deficiência no serviço de saúde.

Almeida et al. (2002) analisaram os dados referentes às doenças crônicas auto-referidas e a utilização dos serviços de saúde entre outros, da amostra da Pesquisa Nacional da Amostra por Domicílio, de 1998. Observaram que os indivíduos portadores de doenças crônicas apresentaram uma taxa de 2,8 vezes maior pela procura dos serviços de saúde, sendo o atendimento ambulatorial o mais procurado.

Apresentando os primeiros resultados de um estudo com idosos em uma comunidade de São Paulo, Ramos (2003, p.797) discute a questão da identificação de causas tratáveis na perda da capacidade funcional para o desenvolvimento de medidas prioritárias de intervenção no serviço de saúde, "*dentro de uma perspectiva de reestruturação programática realmente sincronizada com a saúde e o bem-estar da crescente população de idosos*".

Campos-Navarro, Torres e Arganis-Juárez (2002) estudaram as representações do adoecer em idosos com enfermidades crônicas na Cidade do México. Encontraram em sua amostra uma prevalência de 51,0% e 30,0% para hipertensão arterial e *diabetes mellitus* respectivamente, entre os portadores de alguma doença crônica degenerativa e concluíram seu estudo citando a necessidade de se analisar o que as doenças crônicas representam aos idosos enfermos, sendo este um ponto de partida para se desenvolver ações para melhorar a qualidade de vida e o serviço de atenção básica prestados a esta população.

Ribeiro et al. (2002, p.95) estudaram a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos e fazem um alerta aos profissionais da saúde que auxiliam na "*elaboração de práticas preventivas a serem implementadas*" ao grupo de idosos, o qual tem uma compreensão diferente do processo saúde/doença, sendo necessário sempre identificar os fatores ligados à saúde e qualidade de vida dos idosos, para uma melhor formulação de políticas de saúde.

Quando se trabalha com a questão do idoso, em nível de atenção básica de saúde, é importante destacar que a Política Nacional de Saúde do Idoso define como diretrizes essenciais a promoção do envelhecimento saudável, capacitação de recursos humanos especializados, apoio a estudos e pesquisas, entre outras diretrizes. Coloca como competências e responsabilidades do profissional da área da saúde a identificação e monitoramento das doenças mais prevalentes no grupo, a área de abrangência da equipe de saúde, estimativa e caracterização da população de idosos dentro de cada área de abrangência, entre muitas outras atividades a serem executadas pelos profissionais da saúde (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população do Brasil está envelhecendo, e isto significa dizer que estão ocorrendo alterações em sua estrutura etária e no perfil de morbi-mortalidade.

Referente às transformações que vêm ocorrendo no cenário demográfico e epidemiológico da população brasileira, pode-se citar as modificações nas relações familiares, na economia e no sistema de saúde. Observa-se um aumento nas doenças crônico-degenerativas, ocasionando maior procura pelos serviços de saúde. Esta última situação aponta para uma crescente necessidade de modificação no perfil de atenção à saúde.

Devido a estas modificações, surge a necessidade do estabelecimento de indicadores que orientem as ações de saúde, facilitando identificar os fatores de risco e sua necessidade de intervenções mais adequadas ao grupo da terceira idade.

Avaliar o padrão de utilização de serviços de atenção básica à saúde, bem como o perfil epidemiológico e nutricional da população idosa, utilizando-se de metodologias específicas, torna-se necessário para reestruturar o sistema de saúde, adaptando-o às necessidades deste crescente grupo, sendo que as pesquisas em saúde permitem adaptar os serviços oferecidos à população, às necessidades desta.

Observa-se neste contexto, a necessidade e importância da realização de estudos de avaliação dos sistemas públicos de saúde, incluindo a identificação das enfermidades mais prevalentes no grupo da terceira idade e a área de abrangência das unidades básicas de saúde, possibilitando assim a formulação de políticas públicas voltadas à melhoria do estado de saúde do grupo de idosos.

Coloca-se como desafio para o sistema público de saúde, cuidar de uma população crescente e, em sua maioria, com baixo nível socioeconômico e com altas prevalências de doenças crônicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. F. et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002.

ASSIS, A. M. O. et al. O programa saúde da família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **R. Nutr.**, v. 15, n. 3, p. 255-266, 2002.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **R. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 88-95, 2001.

BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A.; LIMA-COSTA, M. F. Obesity and underweight among Brazilian elderly. The Bambuí Health and Aging Study. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 605-612, 2003.

BÓS, A. M. G.; BÓS, Â. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **R. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 113-120, 2004.

BRASIL. **Lei Federal nº 8080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Proposta Versão 2.0 (inclui deliberações da 12ª conferência Nacional de Saúde). Brasília, Departamento de Informação e Informática do SUS, 2004.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS-NAVARRO, R.; TORRES, D.; ARGANIS-JUAREZ, E. N. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1271-1279, 2002.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **R. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **R. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 445-453, 1999.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 191-202, 2002.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 907-923, 2002.

COTTA, R. M. M. et al. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. **R. Panamericana de Salud Pública**, v. 11, n. 4, p. 253-261, 2002b.

COTTA, R. M. M. et al. Las personas mayores y la utilización de los servicios sanitarios: análisis de la hospitalización domiciliaria en cuanto alternativa asistencial. **R. Multidisciplinar de Gerontología**, n. 4, p. 178-184, 2002.

COTTA, R. M. M. et al. Obstáculos e desafios atuais da saúde pública no Brasil. **Revista HCPA**, v. 22, n. 1, p. 25-32, 2002.

DIAZ, V. et al. Evaluación geriátrica en la atención primaria. **R. Med. Chile**, v. 131, p. 895-901, 2003.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica definición e métodos de evaluación. **La Prensa Médica Mexicana**, S.A., Cidade do México. 1984.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico, 1991 e 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2001. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 mar. 2005.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 759-771, 2003.

GUIMARÃES, F. P. M.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de *diabetes mellitus* tipo 2. **R. Nutr.**, v. 15, n. 1, p. 37-44, 2002.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.

LIMA-COSTA, M. F. et al. The Bambuí health and aging study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 177-186, 2002.

MENDOZA-SASSI, R.; BERIA, J. U.; BARROS, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **R. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 372-378, 2003.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **R. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-549, 2000.

NOVAES, H. M. D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, p. 7-12, 1996. Suplemento 2.

OLIVEIRA, T. C. et al. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de Hipertensão Arterial. **R. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 530-536, 2002.

PACHECO-RIOS, A. et al. Utilización de los servicios de salud por población anciana. **R. Fac. Med UNAM**, v. 44, n. 6, p. 239-243, 2001.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 487-496, 1999.

RAMOS, L R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793-789, 2003.

RIBEIRO, R. C. L.; MODENA, C. M. Transição epidemiológica e condições de saúde analisadas por meio da estatística de mortalidade. **Oikos**, v. 13, n. 1, p. 27-34, 2001.

RIBEIRO, R. C. L. et al. Representações do processo saúde/doença por um grupo de idosos. **Oikos**, v. 12, n. 2, p. 55-65, 2000.

- RIBEIRO, R. C. L. et al. Envelhecimento da população: breve análise da microrregião de Viçosa, MG. **Oikos**, v. 9, n.2, p. 31-43, 1996.
- RIBEIRO, R. C. L. et al. Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. **Estud. interdiscip. Envelhec**, v. 4, p. 85-96, 2002.
- SANT'ANNA, R. M.; CAMARA, P.; BRAGA, M. G. C. Mobilidade na terceira idade: como planejar o futuro? **Textos Envelhecimento**, v. 6, n. 2, 2003.
- SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.
- TAVARES, E. L.; ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 759-768, 1999.
- TOMASI, E. et al. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **R. Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 800-806, 2003.
- TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 80-88, 2004.
- UCHÔA, E. Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 849-853, 2003.
- UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **R. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.
- VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, 705-715, 2003.
- VIANA, A. L. Á. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 139-151, 2002.

ARTIGO 2

IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE À POPULAÇÃO IDOSA, MUNICÍPIO DE VIÇOSA-MG

RESUMO

Este estudo teve como objetivo, descrever as características demográficas e epidemiológicas da população idosa, bem como, identificar a área de influência dos serviços de atenção básica do sistema público de saúde em relação ao bairro de residência do idoso, identificar a taxa de utilização dos serviços e mapear a procura por atendimento de acordo com a localização geográfica da Unidade Básica de Saúde (UBS). Compôs a amostra 6.964 atendimentos de saúde, prestados a 2.391 indivíduos com idade de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que compareceram a qualquer um dos serviços públicos de atenção básica à saúde oferecidos no município, no período de maio de 2003 a abril de 2004. Do total da amostra, 64,1% (1.533) são do sexo feminino e 35,9% (858) do sexo masculino. Os resultados mostram que as doenças cardiovasculares são as responsáveis pelo maior contingente de atendimentos no sistema de saúde. O número médio de consultas foi de 3,6 ao ano por idoso. O mapeamento geográfico permitiu visualizar que a procura por atendimento em determinadas unidades de atenção básica de saúde está relacionado com a especialidade médica que a unidade oferece, e não com o local de residência do idoso. Os resultados deste estudo permitem identificar os bairros com maiores

concentrações de enfermidades como doenças cardiovasculares, indicando a necessidade da inserção de outros profissionais nas UBS dos bairros.

Palavras-chave: saúde pública, envelhecimento populacional, atendimento ambulatorial, sistema único de saúde.

IDENTIFICATION OF AREA OF INFLUENCE OF BASIC PUBLIC HEALTH CARE FOR THE ELDERLY POPULATION IN VIÇOSA-MG

ABSTRACT

This study aimed to describe the demographic and epidemiological characteristics of the elderly population, as well as to identify the area of influence of basic health care in relation to area of residence of the elderly and service use rate, as well as to map health care demand according to geographic location of the Health Basic Unit. The sample comprised 6,964 male and female subjects with age of 60 or over who sought any of the out-patient public health services from May 2003 to April 2004. Out of the total, 64.1% (1,533) were female and 35.9% (858) were male. The results show that the cardiovascular diseases account for the greater number of seeking elder for health care. The mean number was 3,576 per year per elderly. Geographic mapping showed that searching for medical services at some basic health care unit is related with the medical specialty available at the unit. This results allow identifying the neighborhoods with the highest concentrations of specific diseases in search for solutions aiming to improve the life quality of the elderly.

Key words: public health, population ageing, out-patient clinic, "SUS".

1. INTRODUÇÃO

O aumento do número de pessoas idosas – população com 60 anos ou mais –, (OPAS, 1998) em todos os países do mundo, leva a uma maior demanda aos serviços de atenção básica à saúde (HENRY et al., 2001), decorrente do aumento na incidência de doenças crônicas não-transmissíveis (GIATTI; BARRETO, 2003). Em geral, essas enfermidades demandam, freqüentemente, ao sistema de saúde, intervenções de alto custo (VERAS, 2003), causando "*impactos na política e nos orçamentos da seguridade social*" (ACHUTTI ; AZAMBUJA, 2004, p.835).

No Brasil estima-se que em 2025 o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos será de 27 milhões (IBGE, 2004).

O aumento na demanda aos sistemas de saúde pelos idosos, aponta para a necessidade de reestruturação da atenção básica, cabendo ao estado a formulação de políticas e decisões para dar prosseguimento nas ações de saúde, suprimindo as necessidades da população (BARRETO, 2004; VENTURI et al., 2005).

Conforme Uchoa (2003, p. 850) "*estudos epidemiológicos são essenciais para identificar problemas prioritários, de modo a orientar decisões relativas à definição de prioridade.*" permitindo assim, direcionar melhor as ações de saúde, evitando gastos desnecessários.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho foi descrever as características demográficas e epidemiológicas da população idosa, bem como, identificar a área de influência do serviço de atenção básica em relação à residência do idoso e a taxa de utilização dos serviços, relacionando a procura por atendimento com a localização geográfica das UBS, no município de Viçosa-MG.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo epidemiológico, do tipo transversal, com população idosa, usuária dos serviços de saúde da rede de atenção básica do Município de Viçosa/MG. Este estudo constou da identificação do perfil epidemiológico dos idosos, além da taxa de utilização dos serviços de atenção básica à saúde e a área de influência de cada unidade, no sistema ambulatorial do SUS.

Compôs a amostra 6964 atendimentos de saúde prestados a 2391 indivíduos com idade de 60 anos e mais. A coleta de dados ocorreu no período de abril de 2003 a maio de 2004.

Para a caracterização demográfica do município, utilizaram-se dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e, para a caracterização epidemiológica, utilizaram-se dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

A coleta de dados se deu em duas etapas, sendo uma, referente às informações nas fichas de atendimento ambulatorial enviadas pelas UBS à Secretaria Municipal de Saúde, onde encontram-se arquivadas. Estas informações constituíram-se do local de consulta do paciente, o número do prontuário, especialidade médica, sexo e o motivo pelo qual procurou o serviço de saúde, conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1994).

A segunda etapa constituiu-se da busca dos prontuários diretamente nas UBS, onde coletou-se dados referentes à identificação e o bairro de residência do idoso.

Para o mapeamento da localização geográfica da população atendida utilizou-se o programa Arc View GIS 3.2.

Os dados foram estratificados conforme unidade de atendimento, por faixa etária, sexo e enfermidades, de acordo com o CID-10.

A taxa de utilização dos serviços de saúde pelos idosos, foi calculada por unidade de saúde, no período de um ano. Esta taxa foi calculada de acordo com o número do prontuário e o número de vezes que o paciente esteve utilizando um dos serviços disponíveis na rede de atenção básica à saúde.

Com esta frequência estimou-se o número médio de consultas/ano por UBS e por indivíduo idoso. Utilizando-se o cálculo descrito abaixo.

$$\text{N}^{\circ} \text{ médio consultas} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ total de atendimentos aos idosos por unidade de saúde}}{\text{Total da população idosa atendida por unidade de saúde}}$$

Para a caracterização dos atendimentos realizados nas unidades de atenção básica à saúde, realizou-se levantamento no DATASUS (2004) referente as UBS que o município de Viçosa-MG dispõe, sendo 8 unidades de atenção básica de saúde, localizados conforme esquema a seguir:

- Centro de Saúde da Mulher e da Criança (CSMC) – Centro.
- Policlínica de Viçosa (POL) – Centro.
- Posto de Saúde Silvestre (PSS) – Silvestre.
- Posto de Saúde Novo Silvestre (PSNS) – Novo Silvestre.
- Posto de Saúde São Jose do Triunfo (PSSJT) - São José do Triunfo.
- Unidade Saúde da Família Zona A (USFNV) – Nova Viçosa.
- Unidade Saúde da Família Zona B (USFA) – Amoras.
- Unidade Saúde da Família Zona C (CSC) – Cachoeira de Santa Cruz.

Estas unidades de atenção básica à saúde prestam atendimentos em:

- Consulta pediátrica
- Consulta ginecológica
- Consulta obstétrica
- Consultas em clínica médica

Ressalta-se que na clínica médica são disponibilizados à população, atendimentos de cardiologia, dermatologia, neurologia, ortopedia, pneumologia, psiquiatria, psicologia, nutrição, fonoaudiologia, assistência social além dos atendimentos de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde.

No entanto, as unidades de Cachoeira de Santa Cruz, Amoras, Nova Viçosa, disponibilizam à população os atendimentos do clínico geral, enfermeira, técnico de

enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. As unidades de São José do Triunfo Silvestre e Novo Silvestre prestam atendimento do médico clínico geral, enfermeira e técnicos de enfermagem. A policlínica dispõe de cardiologista, neurologista, ortopedista, pneumologista, psiquiatria, psicóloga, fonoaudióloga e assistência social, e o Centro de Saúde da Mulher e da Criança, atendimento do pediatra, ginecologista, obstetra, nutricionista e clínico geral.

No entanto, o município de Viçosa não dispõe de nenhum centro do homem e do adolescente, sendo este, um grupo que também requer cuidados básicos de saúde, e que são particulares deste grupo.

Para as análises estatísticas utilizou-se o Programa Sigma Stat versão 2.0 e o Programa EPIINFO versão 6.02 (DEAN et al., 1990). A análise de dados quantitativos foi realizada por meio de medidas de tendência central, sendo que, para a apresentação dos resultados, utilizou-se a estatística descritiva. O Teste *t de student* foi utilizado para comparação de médias.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Características demográficas da população do município de Viçosa-MG

O Município de Viçosa-MG possui uma área de 279 km². Pertencente à Zona da Mata Mineira, localiza-se a uma distância de 230 km da capital Belo Horizonte. Possui uma densidade demográfica de 216,2 hab/km² (PNUD, 2000).

A taxa média de crescimento populacional de Viçosa foi de 2,7% ao ano. A esperança de vida ao nascer que era de 64,3 anos no ano de 1991, foi de 70,4 anos no ano de 2000. A Taxa de Fecundidade total reduziu de 2,4 para 2,3 filhos por mulher do ano de 1991 para o ano de 2000 (PNUD, 2000).

Conforme dados disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004) correspondentes ao último censo demográfico, o município de Viçosa-MG no ano de 2000, possuía uma população total de 64.854 habitantes, sendo 31.745 habitantes do sexo masculino e 33.109 habitantes do sexo feminino. A população residente no meio urbano totaliza 59.792 habitantes e a rural 5.062 habitantes.

A população com idade igual ou superior a 60 anos em Viçosa era de 8,2%, o que correspondia a 5.296 indivíduos idosos, no ano de 2000 (IBGE, 2004) constatando-se o crescimento populacional de idosos no município, nos anos de 2000 e 2005, demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - População com 60 anos e mais, classificada por faixa etária nos anos de 2000 e 2005, Viçosa-MG

Faixa Etária	2000	2005*	Crescimento (%)
60 a 69 anos	2.964	3.342	12,8
70 a 79 anos	1.769	1.890	6,8
80 anos e mais	563	740	31,4
Total	5.296	5.972	12,8

Fonte: IBGE (2004).

* Estimativa de população conforme dados obtidos no IBGE (2004).

Observa-se que o Município de Viçosa teve um crescimento no segmento da população com 60 anos e mais, acompanhando a tendência nacional de envelhecimento populacional rápido, com taxa de crescimento mais acentuada na faixa de 80 anos e mais, refletindo o aumento da expectativa de vida constatada no município.

Otero et al. (2002) descrevem que nas regiões de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro são encontrados índices superiores a 9,0% da população idosa em relação ao restante da população.

Tavares e Anjos (1999, p.760) consideram a abordagem sobre o envelhecimento populacional como essencial para estabelecer "*investigações e planejamento de políticas públicas, em razão do inevitável crescimento de demanda ao sistema de saúde.*"

A média de idade do grupo estudado foi de 70 anos, comportando-se de maneira semelhante entre os sexos e as unidades do sistema de saúde (Tabela 2). Resultado semelhante ao encontrado no estudo realizado no Nordeste do Brasil por Coelho Filho e Ramos (1999), o qual também observou uma média de idade de 70 anos.

Tabela 2 - Apresentação do perfil de idade dos idosos por unidade de atendimento. Viçosa-MG

Unidade		Média (Min-Max)	Variância	DP	Mediana	Moda	Total
CSC	Homens	71,99(60,23-88,38)	57,87	7,6	71,2	60,2	25
	Mulheres	71,09(61,98-87,82)	54,30	7,4	69,5	62,0	25
	Geral	71,14 (60,23-88,38)	54,95	7,4	70,1	60,2	50
CSMC	Mulheres	67,68 (60,08-81,31)	29,77	5,5	66,4	60,3	153
	Geral	67,68 (60,08-81,31)	29,77	5,5	66,4	60,3	153
POL	Homens	70,62 (61,30-90,88)	60,03	7,5	69,2	61,3	643
	Mulheres	70,01 (60-95,79)	53,73	7,3	68,5	64,8	1.027
	Geral	70,24 (60-99,88)	54,83	7,4	68,8	65,4	1.670

Continua...

Tabela 2, cont.

Unidade		Média (Min-Max)	Variância	DP	Mediana	Moda	Total
PSS	Homens	68,21(60,09-88,31)	44,27	6,7	68,0	60,1	40
	Mulheres	71,80(60,57-100,61)	71,02	8,4	70,2	60,6	68
	Geral	70,47(60,09-100,61)	63,64	8,0	69,2	61,6	108
PSNS	Homens	71,63(60,86-89,45)	51,11	7,2	72,5	60,9	34
	Mulheres	70,99(60,24-91,22)	59,18	7,7	70,3	81,0	54
	Geral	71,24(60,24-91,22)	55,54	7,5	71,5	61,6	88
PSSJT	Homens	70,48(61,78-82,48)	33,84	5,8	70,3	61,8	26
	Mulheres	70,95(60,03-91,01)	58,06	7,6	70,2	60,0	45
	Geral	70,78(60,03-91,01)	48,63	7,0	70,2	63,7	71
USFNV	Homens	70,12(61,00-89,00)	46,95	6,9	69,0	62,0	39
	Mulheres	70,45 (60,00-91,00)	64,28	8,0	69,0	64,0	68
	Geral	70,33(60,00-91,00)	57,49	7,6	69,0	65,0	107
USFA	Homens	70,93(60,3-87,01)	49,83	7,1	70,9	60,3	51
	Mulheres	70,82(60,21-100,25)	59,06	7,7	70,2	68,9	93
	Geral	70,86(60,21-100,25)	55,42	7,4	70,2	61,6	144
Total	Homens	70,56 (60,03-99,88)	54,20	7,4	69,4	61,3	858
	Mulheres	70,01 (60,0-100,61)	53,79	7,3	68,5	64,8	1.533
	Geral	70,20 (60,0-100,61)	59,99	7,3	68,8	64,8	2.391

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde, Viçosa-MG, 2003-2004.

3.2. Características dos atendimentos realizados nas unidade de saúde

No período de abril de 2003 a maio de 2004, o sistema de atenção básica à saúde prestou aproximadamente 101.306 atendimentos, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde (2004), sendo que 2391 idosos foram atendidos em todos os setores da atenção básica, resultando um total de 6.964 (6,9%) atendimentos prestados a este grupo. Deste total, 64,9% (4523) são do sexo feminino e 35,1% (2441) do sexo masculino.

A Tabela 3 apresenta o número total de atendimentos prestados aos idosos em todos os serviços de atenção básica por unidade. Observa-se que a unidade que mais prestou atendimentos aos idosos foi a policlínica, pela sua maior disponibilidade de especialidades médicas, além de possuir anexo à unidade, uma farmácia que distribui gratuitamente medicamentos à população, conforme prescrição médica.

Bós e Bós (2004) utilizando dados do "Estudo Multidimensional das Condições de Vida do Idoso", realizado pelo Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul (CEI-RS) verificaram que 55,8% do total da população idosa utiliza os serviços públicos de saúde, enquanto que, este estudo, encontrou que 45,2% da população idosa utiliza o sistema público de saúde.

Tabela 3 - Números de atendimentos prestados aos idosos no período de abril de 2003 a maio de 2004, nas unidades de atenção básica à Saúde. Viçosa-MG

Sexo	CSMC	POL	PSS	PSNS	PSSJT	USFNV	USFA	USFC	Total
Feminino	300	2.777	278	191	125	471	259	122	4523 (64,9%)
Masculino	0	1.625	130	133	55	273	127	98	2441 (35,1%)
Total	300	4.402	408	324	180	744	386	220	6.964
Pop. geral	30.251	36.516	3.311	3.042	2.216	14.186	6.918	4.866	101.306

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde, Viçosa,-MG, 2003-2004.

Bahia et al. (2002) estudaram dados da PNAD/1998 relatando que aproximadamente 75,5% da população brasileira não possui planos de saúde, utilizando conseqüentemente os serviços do SUS, considerando ainda, que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) prevê uma média de duas a três consultas por indivíduo adulto ao ano, Viçosa deveria destinar de 10,3% a 15,5% do total das consultas aos idosos no período de um ano. O valor de 7,0% encontrado neste estudo fica abaixo do valor estipulado pelo MS, mesmo considerando uma média de 3 consultas por idoso ao ano. Uma das hipóteses levantadas a este respeito é em relação ao grande número de idosos aposentados pela Universidade Federal de Viçosa, os quais dispõe de plano de saúde.

A Tabela 4 apresenta o número de idosos separado por sexo e unidade em que procuraram atendimento da atenção básica à saúde. Aproximadamente 2.391 idosos foram atendidos nas unidades básicas, sendo que deste total, 64,1% (1533) são do sexo feminino e 35,9% (858) do sexo masculino. Perfil semelhante ocorre em praticamente todas as unidades básicas, exceto o Centro de Saúde da Mulher e da Criança, o qual presta atendimentos exclusivamente para a população idosa feminina.

Os dados encontrados neste estudo são corroborados por Lima-Costa et al. (2002), que verificaram uma prevalência de 60,7% da população idosa feminina no sistema público de saúde.

Tabela 4 - Números de idosos atendidos no período de abril de 2003 a maio de 2004, classificados por sexo, e unidade básica de saúde, Viçosa-MG

Sexo	CSMC	POL	PSS	PSNS	PSSJT	USFNV	USFA	CSC	Total
Feminino	153 (100%)	1027 (61,5%)	68 (62,9%)	54 (61,4%)	45 (63,4%)	68 (63,5%)	93 (64,6%)	25 (50%)	1533 (64,1%)
Masculino	0	643 (38,5%)	40 (37,1%)	34 (38,6%)	26 (36,6%)	39 (36,5%)	51 (35,4%)	25 (50%)	858 (35,9%)
Total	153	1.670	108	88	71	107	144	50	2.391

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde, Viçosa-MG, 2003-2004.

Travassos et al. (2002) investigaram o perfil de utilização de serviços de saúde por homens e mulheres no Brasil, utilizando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada em 1998, concluindo que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde.

Coelho-Filho e Ramos (1999) estudando o perfil multidimensional dos idosos no Nordeste do Brasil, encontraram uma frequência de 66,0% do sexo feminino.

Em uma revisão bibliográfica sobre o envelhecimento, Garrido e Menezes (2002) citam haver maior número de mulheres na faixa etária idosa (55,0%), acentuando-se essa diferença com o aumento da idade.

Trentini et al. (2005) apresentam em seu estudo uma tendência maior das mulheres em participar de ações coletivas referentes à saúde, confirmando que a frequência de participação dos homens em grupos de idosos é consideravelmente menor que as mulheres.

Diferentes estudos têm apontado o predomínio das mulheres tanto em serviços de saúde como em grupos de apoio a idosos, colocando como possível explicação a maior parcela da população idosa representada pelo sexo feminino (COELHO-FILHO; RAMOS, 1999; ALMEIDA et al., 2002; TRAVASSOS et al., 2002; RAMOS, 2003).

Laurenti et al. (2005) colocam como um dos fatores da maior demanda da mulher aos serviços de saúde, a questão cultural ou social, em que a mulher normalmente é responsável por acompanhar o filho e os idosos ao médico e freqüentar o pré-natal, torna-a mais predisposta a utilizar os serviços de saúde.

Outro fator comentado também por Laurenti et al. (2005) é a questão de não existir no sistema público de saúde, um programa de saúde voltado especificamente ao grupo masculino. Existem questões específicas do homem, como por exemplo câncer de próstata e a violência, e que necessitam de esclarecimentos para a prevenção.

Fica a indagação “A ausência de um programa específico voltado ao grupo masculino inibe a procura dele ao sistema público de saúde?”.

3.3. Perfil epidemiológico da população idosa usuária do Sistema Público de Saúde

Conhecer o perfil epidemiológico (dados de morbidade e mortalidade) de uma população é de fundamental importância para se determinar suas necessidades de saúde, possibilitando adequar serviços e recursos (CAMPINAS; NEGRINI, 2005).

O perfil epidemiológico da população idosa refere-se às doenças registradas pelos profissionais de saúde nos prontuários médicos, conforme CID-10, e são apresentados na Tabela 5, a qual apresenta os 12 CID's mais encontrados, separados por sexo.

Tabela 5 - Perfil epidemiológico dos idosos do município de Viçosa, usuários do Sistema Público de Saúde, no período de abril de 2003 a maio de 2004

CID-10	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Doença do aparelho circulatório	1.675	24,1	1.046	15,0	2.721	39,1
* Sintomas, sinais e achados anormais...	393	5,6	235	3,4	628	9,0
Doença endócrinas, metabólicas e nutricionais	428	6,1	198	2,8	626	9,0
Doenças do aparelho geniturinário	367	5,3	87	1,2	454	6,5
Transtorno mental e comportamental	318	4,6	118	1,7	436	6,3
Doenças do sistema osteomuscular	207	3,0	73	1,0	280	4,0
Doenças do aparelho respiratório	136	2,0	86	1,2	222	3,2
Doenças do aparelho digestivo	113	1,6	103	1,5	216	3,1
Doença infecciosa e parasitaria	78	1,1	62	0,9	140	2,0
Doenças do sistema nervoso	56	0,8	58	0,8	114	1,6
Doenças da pele e tecido subcutâneo	45	0,6	38	0,5	83	1,2
Doenças do sangue	51	0,7	29	0,4	80	1,1
Outros	656	9,4	308	4,4	964	13,8
Total	4.523	64,9	2.441	35,1	6.964	100,0

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde, Viçosa-MG, 2003-2004.

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças.

* Capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos, de laboratório não classificados em outra parte. Inclui cefaléia, mal estar, dor não especificada, tontura e instabilidade, dores lombares, garganta, torácicas e abdominais, perda de cabelo.

As principais enfermidades dos idosos foram as doenças cardiovasculares e, entre elas, a mais citada foi a hipertensão arterial. Pode-se visualizar na Figura 1 a distribuição das doenças cardiovasculares por bairro de Viçosa, sendo que estas estão presentes em praticamente todos os bairros do município.

Firno, Uchôa e Lima-Costa (2004) descrevem que no Brasil as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de morte nos idosos, acometendo aproximadamente 40,0% destes. Observa-se neste estudo, que 39,1% dos idosos consultaram por doenças do aparelho circulatório.

Sartorelli e Franco (2003) relatam um estudo multicêntrico desenvolvido em nove capitais brasileiras no ano de 1988, o qual apresentou uma frequência de 7,8% de *diabetes mellitus* em idosos.

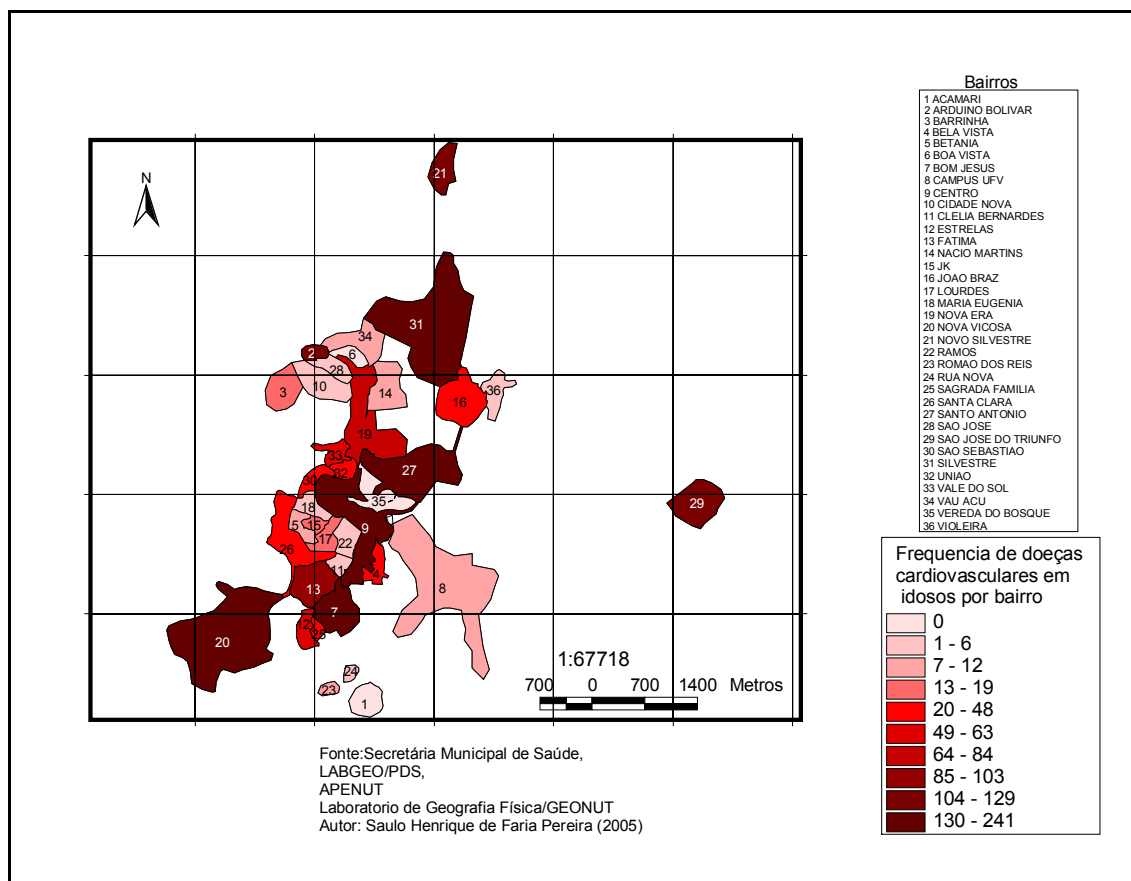


Figura 1 - Mapeamento da freqüência de doenças cardiovasculares em idosos por bairro. Viçosa-MG, 2004.

Amaral et al. (2004) estudando o perfil de morbimortalidade em idosos hospitalizados no município do Rio de Janeiro no ano de 1999, utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) encontraram como as principais causas de hospitalizações, as doenças do aparelho circulatório (26,6%), doenças do olho e anexos (13,0%), doenças do aparelho digestivo (12,2%), doenças do aparelho geniturinário (10,7%).

No Brasil apesar de poucos estudos de base populacional, referentes às morbidades encontradas nos sistemas públicos de saúde em nível de atendimento ambulatorial, pode-se perceber que o perfil de morbidade ambulatorial encontrado neste estudo se assemelha com os estudos encontrados na literatura referente às causas básicas de internação hospitalar e as taxas de mortalidade.

Dados estes, confirmam a necessidade de se ter profissionais capacitados para atuarem no sistema público de saúde, pois estes prestam atendimento a toda a população, e na maioria das vezes ignoram o fato do idoso não saber ler um receituário médico, os quais muitas vezes consultam, recebem a prescrição médica,

ganham o medicamento e não o utilizam corretamente. O que agrava cada vez mais seu quadro de saúde, levando-o a internações.

Verifica-se na Tabela 6 que a maior procura pela atenção básica foi por clínico geral (46,7%), seguida do cardiologista (16,5%) e médico do PSF (13,7%).

Tabela 6 - Frequência de consultas distribuídas por sexo de acordo com especialidade médica nas unidades de atenção básica à Saúde. Viçosa-MG

Especialidade	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Clínico geral	2056	29,5	1193	17,1	3.249	46,7
Cardiologista	711	10,2	437	6,3	1.148	16,5
Médico PSF	588	8,4	363	5,2	951	13,7
Enfermeira PSF	253	3,6	131	1,9	384	5,5
Clínica cirúrgica	194	2,8	121	1,7	315	4,5
Ginecologista	270	3,9	0	0,0	270	3,9
Neurologista	121	1,7	99	1,4	220	3,1
Ortopedista	149	2,1	51	0,7	200	2,8
Nutricionista	118	1,7	37	0,5	155	2,2
Psiquiatra	29	0,4	6	0,1	35	0,5
Enfermeira	19	0,3	0	0,0	19	0,2
Psicóloga	9	0,1	0	0,0	9	0,1
Pneumologista	3	0,0	1	0,0	4	0,1
Dermatologista	1	0,0	2	0,0	3	0,1
Assistente social	2	0,0	0	0,0	2	0,1
Total	4.523	64,9	2.441	35,1	6.964	100,0

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde, Viçosa-MG, 2003-2004.

Taddei et al. (1997) analisando os resultados referentes à prevalência dos principais fatores de risco para doença cardiovascular e os motivos mais comuns de consultas nestes pacientes, encontraram que 48,0% da população estudada consultou por problemas com a pressão arterial, sendo este o motivo que mais levou o idoso a procurar o serviço de saúde especializado.

O neurologista foi procurado por 3,1% dos idosos, sendo que destes 55,0% eram mulheres.

Quanto à procura por 13,7% dos idosos pelo médico do PSF, pode-se inferir que esta procura ocorre pela facilidade do médico estar no bairro onde o idoso reside, não sendo necessário o deslocamento para consultar outros profissionais.

Outro dado que chama a atenção é a procura dos idosos pelos atendimentos nutricionais, em que 2,2% dos idosos consultaram o nutricionista no período estudado. As consultas aos nutricionistas são voltadas às orientações nutricionais, principalmente para as doenças cardiovasculares e *diabetes mellitus*.

Verifica-se na Tabela 7 o número de atendimentos realizados aos idosos por especialidade médica, conforme bairro de residência do idoso.

Tabela 7 - Freqüência da procura por especialidades conforme bairro de residência do idoso no período de abril de 2003 a maio de 2004. Viçosa-MG

	94	116	159	167	280	337	370	396	736	4.014	4.022	4.030	4.065	5.590	5.600	Total
Acamari	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Amoras	48	9	67	0	2	5	0	0	3	1	0	27	0	209	58	429
Barrinha	16	0	16	0	0	4	0	1	3	0	0	5	0	0	0	45
Bela Vista	16	8	44	1	2	5	0	0	2	0	0	3	0	35	8	124
Betania	2	0	14	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	19
Bom Jesus	116	41	268	0	19	33	2	1	21	0	0	14	0	0	0	515
Cac. Sta Cruz	10	2	32	0	5	2	0	0	2	3	0	0	0	108	60	224
Centro	142	35	346	0	19	25	0	12	29	3	1	13	7	0	0	632
Cidade Jardim	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Cidade Nova	3	0	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	9
Clélia Bernardes	2	0	3	0	0	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	10
Boa Vista	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Conceição	13	7	33	0	3	3	0	0	4	0	0	1	0	0	0	64
Criciúma	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Estrelas	30	14	90	0	14	3	0	3	2	0	0	2	0	0	0	158
Fátima	48	10	108	0	13	4	0	2	3	0	0	8	0	0	0	196
Fuad Chequer	8	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
Inácio Martins	5	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
JK	16	1	12	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33
João Braz	9	1	55	0	4	4	0	0	14	0	0	0	0	0	0	87
Lourdes	12	2	13	0	2	2	0	0	0	0	0	5	0	0	0	36
Maria Eugenia	5	0	10	0	0	4	0	0	7	0	0	0	0	0	0	26
Nova Era	52	11	104	0	13	5	1	1	6	0	0	2	0	0	0	195
Nova Viçosa	57	17	109	0	12	12	0	1	2	2	0	14	0	503	231	960
Novo Silvestre	7	0	203	0	1	4	0	0	2	1	0	2	0	0	0	220
Parque do Ipê	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Ramos	1	0	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7
Romão dos Reis	4	3	11	0	0	5	0	0	3	0	0	2	0	0	0	28
Rua Nova	5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	9
Sag. Família	28	11	38	0	4	2	1	0	12	0	0	0	0	0	0	96
Sag. Coração	5	1	13	0	0	2	0	0	12	0	0	1	0	0	0	34
Santa Clara	29	6	57	0	10	3	0	1	17	1	0	2	0	0	0	126
Santo Antonio	140	32	276	0	27	15	0	4	41	1	0	7	0	0	0	543
S. J. Triunfo	28	4	190	0	5	10	0	0	7	1	0	5	0	23	0	273
São Sebastião	35	4	46	0	2	5	0	1	6	0	0	4	0	0	0	103
Silvestre	19	3	376	0	12	7	0	0	3	0	0	7	0	0	0	427
União	32	1	43	0	1	0	0	0	7	0	0	4	0	0	0	88
Vale do Sol	20	5	66	0	5	0	0	2	4	0	0	3	0	0	0	105
Vau Açu	3	3	5	0	3	3	0	1	8	1	0	1	0	36	12	76
São José	0	0	7	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	9
Violeira	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Zona Rural	123	49	449	1	27	19	0	3	23	1	0	12	0	31	13	751
UFV	10	0	8	0	2	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	23
Paraíso	1	4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Sem endereço	38	10	61	0	3	7	0	0	19	3	1	7	0	6	2	157
Outro Município	8	16	39	1	5	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	72
Total	1.148	315	3.249	3	220	200	4	35	270	19	2	155	9	951	384	6.964

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde, Viçosa-MG, 2003-2004.

* 94–Cardiologista; 116–Clínica cirúrgica; 159–Clínico geral; 167–Dermatologista; 280–Neurologista; 337–Ortopedista; 370–Pneumologista; 396–Psiquiatria; 736–Ginecologista; 4014–Enfermagem; 4022–Assistente Social; 4030–Nutrição; 4065–Psicologia; 5590–Médico do Programa Saúde da Família; 5600–Enfermeira do Programa Saúde da Família.

Tais resultados permitem identificar que os profissionais de saúde mais procurados foram o clínico geral, sendo que este atende as queixas básicas dos idosos, seguido do cardiologista, o qual confirma a prevalência de 39,1% de frequência de doenças cardiovasculares entre os idosos, médico do PSF e enfermeira do PSF pela facilidade no acesso, não sendo necessário o deslocamento do idoso para receber atendimento médico.

Os idosos que mais procuraram o cardiologista foram os que residiam no Centro, Santo Antônio, Zona Rural e Bom Jesus. Pode-se inferir que a maior procura pelo cardiologista pelos idosos do Centro e Santo Antonio, deve-se à facilidade no acesso e à proximidade com a Policlínica, local onde o cardiologista atende. Na Zona Rural observou-se também uma alta frequência de doenças cardiovasculares, devendo ser provavelmente encaminhamentos feitos pelo clínico geral.

Os profissionais menos procuradas foram o assistente social, dermatologista, pneumologista e psicóloga.

A análise da Tabela 8 permite verificar a distribuição espacial (por bairro de residência dos idosos) das enfermidades mais encontradas no serviço de atenção básica.

As doenças cardiovasculares são as responsáveis pelo maior contingente de atendimento no sistema de saúde. O bairro que teve o maior número de indivíduos com doenças cardiovasculares foi a Zona Rural, seguida do Santo Antonio, Centro e Nova Viçosa.

Estudos realizados no Brasil apresentam uma frequência de 8,0 a 33,0% para a hipertensão arterial, sendo que esta apresenta-se como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares (CAVALINI; CHOR, 2003).

Ribeiro e Modena, (2001) estudando a situação de saúde da população da microrregião de Viçosa, por meio de dados de mortalidade, identificaram que 45,5% dos óbitos foram de origem cardiovascular, o que demonstra a importância dos dados encontrados neste estudo em relação à morbidade por doenças cardiovasculares.

Firno et al. (2003) citam em seu estudo que as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 32,0% das hospitalizações no sistema público de saúde no ano de 1996.

Ramos (2003) cita que o grupo dos idosos apresenta alta prevalência de doenças crônicas, sendo as mais comuns a hipertensão arterial e dores articulares. Neste estudo, as doenças do sistema osteomuscular foram responsáveis por 4,0% dos atendimentos de saúde.

Tabela 8 - Distribuição espacial das enfermidades por bairro de residência dos idosos no período de abril de 2003 a maio de 2004. Viçosa-MG

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Acamari	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amoras	124	63	18	50	15	9	4	8	6	1	3	2	126
Barrinha	17	1	4	3	6	5	0	1	1	0	0	0	7
Bela Vista	43	13	11	16	4	6	2	3	2	0	0	3	21
Betania	7	0	2	2	5	2	0	0	0	0	1	0	0
Bom Jesus	195	51	43	36	35	36	23	18	8	8	7	10	45
Cac. Sta Cruz	116	14	26	10	4	2	3	3	7	1	2	0	36
Centro	239	49	71	41	62	34	22	18	10	19	4	6	57
Cidade Jardim	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cidade Nova	4	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Clélia Bernardes	3	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	1	1
Boa Vista	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Conceição	24	8	0	10	5	6	0	2	2	0	1	0	6
Criciúma	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estrelas	57	21	18	9	17	8	5	3	0	7	4	4	5
Fátima	72	16	21	15	22	9	7	6	0	6	5	0	17
Fuad Chequer	14	0	5	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
Inácio Martins	10	0	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0
JK	19	2	4	0	0	2	0	3	0	2	0	1	0
João Braz	30	10	6	11	11	3	3	3	2	0	1	0	7
Lourdes	16	2	4	2	2	2	0	0	0	0	0	0	8
Maria Eugenia	6	3	1	5	2	2	0	0	1	0	1	1	4
Nova Era	84	20	15	11	17	9	7	8	3	4	1	4	12
Nova Viçosa	239	42	181	14	7	24	58	12	21	5	9	16	332
Novo Silvestre	129	6	19	6	9	6	6	2	3	11	6	1	16
Parque do Ipê	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ramos	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Romão dos Reis	9	4	0	1	0	4	2	2	0	0	0	0	6
Rua Nova	4	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Sag. Família	34	11	11	12	4	4	4	5	2	2	2	1	4
Sag. Coração	7	3	2	12	1	2	1	0	1	0	1	1	3
Santa Clara	46	13	8	13	10	6	2	4	8	0	1	1	14
Santo Antonio	241	52	45	47	30	25	18	17	11	10	5	3	39
S. J. Triunfo	122	30	7	9	38	12	5	15	2	1	6	2	24
São Sebastião	48	8	9	6	1	6	1	7	4	2	1	0	10
Silvestre	217	42	17	6	50	12	6	14	11	15	5	5	27
União	43	6	3	12	3	3	5	1	2	0	2	1	7
Vale do Sol	49	12	5	5	9	1	4	5	1	1	2	2	9
Vau Açú	10	12	2	13	3	2	2	0	5	0	0	0	27
São José	4	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1
Violeta	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Zona Rural	330	77	49	49	45	25	27	37	22	14	11	10	54
UFV	12	2	0	1	6	0	0	0	0	1	0	0	1
Paraíso	4	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0
Sem endereço	66	16	12	16	3	4	1	9	2	1	0	4	24
Outro Município	24	14	2	3	4	4	2	6	1	1	1	1	9
Total	2.721	628	626	454	436	280	222	216	140	114	83	80	964
%	39,1	9,0	9,0	6,5	6,3	4,0	3,2	3,1	2,0	1,6	1,2	1,1	13,8

1- Doença do aparelho circulatório; 2 - Sinais e sintomas clínicos; 3 - Doença endócrinas, metabólicas e nutricionais; 4 - Doenças do aparelho geniturinário; 5 - Transtorno mental e comportamental; 6 - Doenças do sistema osteomuscular; 7 - Doenças do aparelho respiratório; 8 - Doenças do aparelho digestivo; 9 - Doença infecciosa e parasitária; 10 - Doenças do sistema nervoso; 11 - Doenças da pele e tecido subcutâneo; 12 - Doenças do sangue.

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde, Viçosa-MG, 2003-2004.

Barboni e Gotlieb (2004) avaliaram o impacto de algumas causas básicas de morte na esperança de vida de residentes em São Paulo e Salvador. As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 28,9% e 31,9% dos óbitos em Salvador e São Paulo respectivamente, e as doenças infecciosas e parasitárias por 9,0% dos óbitos em Salvador e 7,3% em São Paulo.

Lima-Costa, Barreto e Giati (2003) verificaram em seu estudo que as enfermidades mais declaradas pelos idosos foram hipertensão arterial (43,9%), artrite/reumatismo (37,5%), doenças do coração (19,0%) e *diabetes mellitus* (10,3%).

Das doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, o *diabetes mellitus* foi o mais freqüente no grupo dos idosos de Viçosa.

Amaral et al. (2004) analisando as internações ocorridas em um hospital verificaram que as doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais foram responsáveis por 4,0% do total das internações no grupo de idosos.

Quanto aos transtornos mentais e comportamentais, estes tiveram uma freqüência semelhante ao perfil encontrado por Almeida (1999), que investigou os transtornos mentais que mais freqüentemente levavam o idoso a um serviço de emergência psiquiátrica, sendo que a média de consultas aos idosos oscilou entre 5,6 e 10,7, durante o período de um ano.

Informações que se destacam neste estudo são as doenças infecciosas e parasitárias, mais freqüentes nos idosos da Zona Rural, Nova Viçosa, Santo Antonio, Silvestre e Centro. Um estudo que verificou as internações hospitalares nos idosos, constatou que 2,2% do total de internações foram por problemas relacionados às doenças infecciosas e parasitárias (AMARAL et al. 2004).

Poucos são os estudos na literatura brasileira que abordam o problema das doenças parasitárias nos idosos e a procura pelo serviço de saúde não se tendo, portanto, uma prevalência estimada dessa enfermidade no grupo de idosos.

Outro item que se destaca neste estudo, é a freqüência de doenças do sangue, sendo a anemia a mais citada.

Doenças do aparelho geniturinário teve uma procura de 6,5%, sendo que as mulheres procuraram mais este serviço que os homens.

Os estudos encontrados na literatura corroboram os dados desta pesquisa, possibilitando visualizar que o perfil da população idosa do município de Viçosa segue o mesmo perfil do restante da população idosa brasileira, apresentando algumas características específicas pouco citadas em outros estudos, como a freqüência de anemia e doenças parasitárias.

3.4. Estudo da área de influência do serviço de atenção básica em relação ao local de residência do idoso

Conforme definição da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) “...A população de uma área de influência corresponde àquela atendida pelas unidades de saúde e não representa necessariamente a população de um determinado território geográfico...” (REZENDE; PEIXOTO, 2003, p. 32).

Cotta et al. (2002) citam que um dos problemas do sistema de saúde está na estrutura territorial, a qual necessita de adaptações à realidade de cada população, levando em consideração as características próprias de cada região que a unidade de saúde abrange, enfatizando as características epidemiológicas, demográficas, culturais entre outras, estabelecendo a partir da coleta de dados, um mapa sanitário, que retrate a realidade de cada localidade, possibilitando planejar ações de atenção à saúde.

Para calcular a área de influência das unidades de saúde é necessário o local de residência do paciente, e a unidade de saúde procurada para a solução de seus problemas.

Utilizou-se como local de residência os bairros onde residem os pacientes, conforme apresenta a Tabela 9.

Tabela 9 - Área de influência das unidades básicas de saúde, em relação ao bairro de residência dos idosos, no período de abril de 2003 a maio de 2004. Viçosa-MG

Bairro	CSC	CSMC	POL	PSNS	PSS	PSSJT	USFA	USFNV	Total
Acamari	-	0	1 (100%)	0	0	0	0	0	1
Amoras	0	4 (0,93%)	128 (29,84%)	4 (0,93%)	0	0	293 (68,3%)	0	429
Barrinha	0	3 (6,67%)	42 (93,33%)	-	0	0	0	0	45
Bela Vista	0	2 (1,6%)	78 (62,9%)	0	0	0	44 (35,5%)	0	124
Betania	0	0	19 (100%)	0	0	0	0	0	19
Bom Jesus	0	22 (4,27%)	493 (95,73%)	0	0	0	0	0	515
Cac. Sta Cruz	168 (75%)	2 (0,89%)	53 (23,66%)	0	1 (0,45%)	0	0	0	224
Centro	0	40 (6,33%)	577 (91,3%)	2 (0,32%)	13 (2,05%)	0	0	0	632
Cidade Jardim	0	0	1 (100%)	0	0	0	0	0	1
Cidade Nova	0	1 (11,1%)	8 (88,9%)	0	0	0	0	0	9
Clélia Bernardes	0	3 (30%)	7 (70%)	0	0	0	0	0	10
Boa Vista	0	0	2 (100%)	0	0	0	0	0	2
Conceição	0	4 (6,25%)	60 (93,75%)	0	0	0	0	0	64

Continua...

Tabela 9, cont.

Bairro	CSC	CSMC	POL	PSNS	PSS	PSSJT	USFA	USFNV	Total
Criciúma	0	0	1 (100%)	0	0	0	0	0	1
Estrelas	0	2 (1,27%)	156 (98,73%)	0	0	0	0	0	158
Fátima	0	4 (2,04%)	192 (97,96%)	0	0	0	0	0	196
Fuad Chequer	0	0	22 (100%)	0	0	0	0	0	22
Inácio Martins	0	0	11 (73,33%)	0	4 (26,27%)	0	0	0	15
JK	0	0	33 (100%)	0	0	0	0	0	33
João Braz	0	14 (16,1%)	47 (54,02%)	8 (9,19%)	18 (20,69%)	0	0	0	87
Lourdes	0	0	36 (100%)	0	0	0	0	0	36
Maria Eugenia	0	7 (26,92%)	19 (73,08%)	0	0	0	0	0	26
Nova Era	0	6 (3,08%)	189 (96,92%)	0	0	0	0	0	195
Nova Viçosa	0	5 (0,52%)	211 (21,98%)	0	0	0	0	744 (77,5%)	960
Novo Silvestre	0	3 (1,36%)	20 (9,09%)	196 (89,09%)	1 (0,46%)	0	0	0	220
Parque do Ipê	0	1 (100%)	0	0	0	0	0	0	1
Ramos	0	1 (14,29%)	6 (85,71%)	0	0	0	0	0	7
Romão dos Reis	0	3 (10,71%)	25 (89,29%)	0	0	0	0	0	28
Rua Nova	0	0	10 (100%)	0	0	0	0	0	10
Sag. Família	0	12 (12,5%)	84 (87,5%)	0	0	0	0	0	96
Sag. Coração	0	12 (35,29%)	22 (64,71%)	0	0	0	0	0	34
Santa Clara	0	18 (14,29%)	108 (85,71%)	0	0	0	0	0	126
Santo Antonio	0	42 (7,73%)	492 (90,60%)	7 (1,30%)	2 (0,37%)	0	0	0	543
S. J. Triunfo	0	8 (2,93%)	94 (34,43%)	0	0	171 (62,64%)	0	0	273
São Sebastião	0	6 (5,82%)	97 (94,18%)	0	0	0	0	0	103
Silvestre	0	3 (0,7%)	78 (18,27%)	5 (1,17%)	341 (79,86%)	0	0	0	427
União	0	7 (7,95%)	81 (92,05%)	0	0	0	0	0	88
Vale do Sol	0	4 (3,81%)	93 (88,57%)	0	8 (7,62%)	0	0	0	105
Vau Açu	0	9 (11,84%)	18 (23,68%)	0	0	0	49 (64,48%)	0	76
São José	0	1 (11,11%)	8 (88,89%)	0	0	0	0	0	9
Violeira	0	0	4 (100%)	0	0	0	0	0	4
Zona Rural	44 (5,9%)	24 (3,20%)	556 (74,0%)	102 (13,6%)	18 (2,4%)	7 (0,9%)	0	0	751
UFV	0	0	23 (100%)	0	0	0	0	0	23
Paraíso	0	0	7 (100%)	0	0	0	0	0	7
Sem endereço	8 (5,10%)	25 (15,92%)	122 (77,71%)	0	2 (1,27%)	0	0	0	157
Outro Município	0	2 (2,78%)	68 (94,44%)	0	0	2 (2,78%)	0	0	72
Total	220 (3,16%)	300 (4,31%)	4.402 (63,21%)	324 (4,65%)	408 (5,86%)	180 (2,59%)	386 (5,54%)	744 (10,68%)	6.964

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde, Viçosa-MG, 2003-2004.

Pode-se observar na Tabela 9 que a unidade de saúde que tem uma maior área de influência é a Policlínica, a qual atende idosos de todos os bairros do município de Viçosa, inclusive de idosos que não pertencem ao município. A Policlínica tem um percentual de abrangência no atendimento de 63,0% em relação aos demais bairros do município. Estes resultados permitem observar, de forma geral, que a utilização dos serviços de saúde não depende somente da região geográfica onde os postos se localizam e sim do aparato profissional de cada unidade básica de atendimento, entre outros fatores.

Corroborando estas informações, Almeida et al. (2002, p.744) citam em seu estudo que os fatores que levam um idoso a procurar atendimento de saúde são a *“predisposição, capacidade e necessidade”* sendo que no item predisposição citam-se os fatores *“idade, gênero, raça, hábitos”*. A *“capacidade de consumo de serviços é condicionada pela renda, cobertura securitária pública ou privada, e pela oferta de serviços, entre outras características”* e por fim *“a necessidade pode ser traduzida na existência de diagnósticos prévios, autopercepção de problemas de saúde ou de estado de saúde insatisfatório (demanda espontânea), ou ainda, ser induzida pela detecção técnica de problemas que não eram sentidos como tais pelos próprios indivíduos (demanda induzida)”*.

Para o cálculo do índice de dependência de um bairro em relação a uma unidade de atendimento, deve-se dividir os serviços prestados em determinada unidade em relação ao total de indivíduos que procuraram atendimento de saúde do bairro em questão.

A Figura 2, permite visualizar o mapeamento da área de influência da policlínica, a qual atende idosos de todos os bairros do município, com um índice de dependência de 62,7% da população em relação à unidade. A maior demanda é originada do centro, seguida dos bairros Bom Jesus e Santo Antonio. Acamari é o bairro com menor demanda ao sistema público de saúde, pode-se inferir que a baixa demanda de idosos deste bairro ao sistema de saúde se deve por este ser um bairro com melhores condições socioeconômicas

O Centro de Saúde de Cachoeirinha atende apenas a demanda local, não tendo demanda de outras localidades. Entretanto, 25,0% dos idosos residentes no bairro procuram por atendimento em outros locais como Policlínica, Centro de Saúde da Mulher e da Criança e Posto de Saúde Silvestre. Cachoeirinha de Santa Cruz é um bairro distante do centro da cidade, e de outros bairros, com exceção do bairro Silvestre, justificando-se assim a procura por profissionais de saúde em outras unidades.

O Posto de Novo Silvestre atende a uma demanda da população mais próxima ao bairro, do próprio bairro e da Zona Rural.

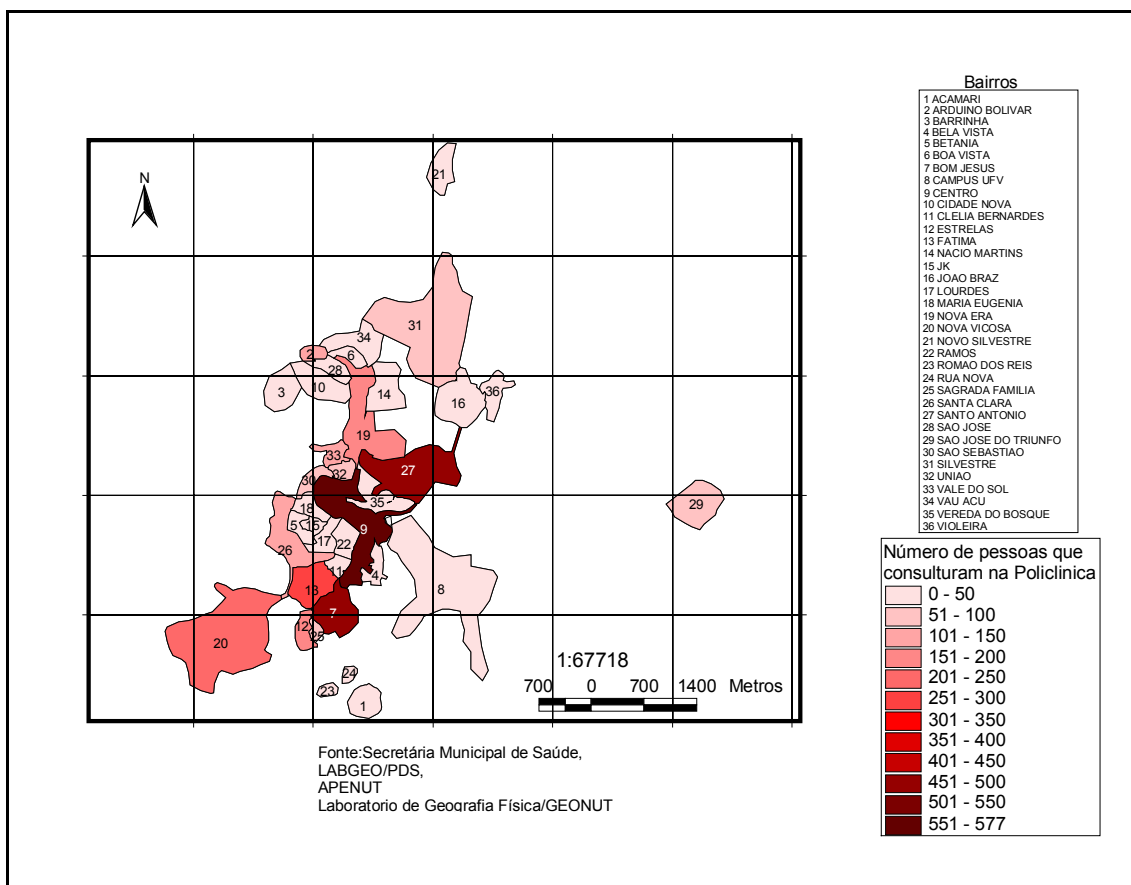


Figura 2 - Mapeamento da área de influência da unidade de atendimento Policlínica. Viçosa-MG, 2004.

O Centro de Saúde da Mulher e da Criança (CSMC) também tem uma grande área de influência (Figura 3), considerando que disponibiliza à população serviços especializados, apresentando um índice de dependência de 4,3% em relação aos bairros, o que explica o deslocamento da população feminina, de vários bairros ao Centro de Saúde da Mulher e da Criança. Este centro atende com mais frequência mulheres do bairro Santo Antonio, seguido pelos idosos do centro, Bom Jesus, Fátima, João Braz e Santa Clara.

Quando se analisa o índice de dependência dos bairros em relação ao atendimento à população idosa, verifica-se que grande parte dos bairros depende de algum tipo de atendimento da policlínica, dado este confirmado quando se verifica onde a população procura atendimento de saúde.

Estes resultados evidenciam que a presença de profissionais especializados influencia a demanda por serviços de saúde, e que quando as diferentes especialidades não são disponibilizadas na unidade de atendimento do bairro de residência do idoso, este se locomove até o local onde este profissional se encontra.

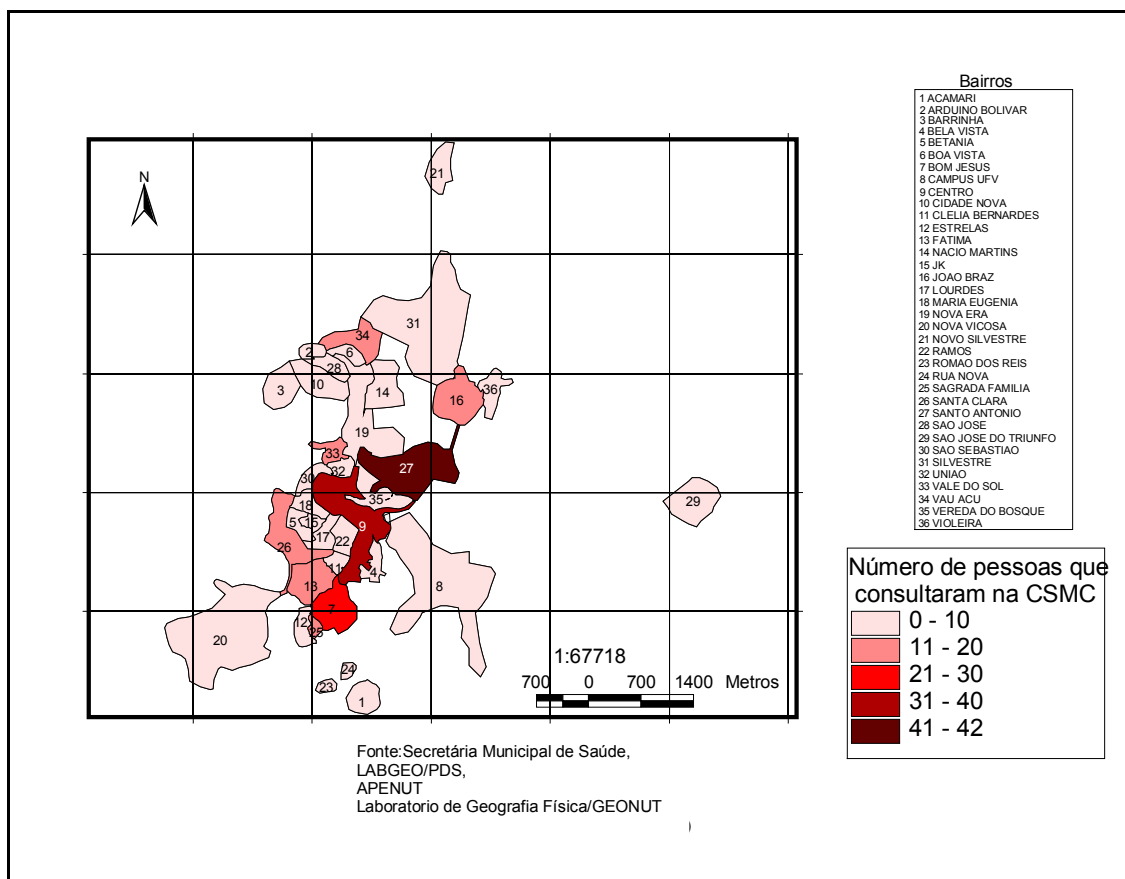


Figura 3 - Mapeamento da área de influência do Centro de Saúde da Mulher e da Criança. Viçosa-MG, 2004.

3.6. Taxas de utilização dos serviços ambulatoriais

As taxas de utilização dos serviços ambulatoriais estão relacionadas à frequência de utilização dos serviços de atenção básica à saúde, prestada à população potencialmente usuária, no período de abril de 2003 a maio de 2004 (Tabela 10).

Tabela 10 - Taxa de utilização de consultas prestadas aos idosos, separadas por sexo e UBS no período de abril de 2003 a maio de 2004. Viçosa-MG

Sexo	CSMC	POL	PSS	PSNS	PSSJT	USFNV	USFA	USFC	Total
Feminino	1,9	2,7	4,1	3,5	2,8	6,9	2,8	4,9	3,7
Masculino	-	2,5	3,3	3,9	2,1	7,0	2,5	3,9	3,2
Total	1,9	2,6	3,7	3,7	2,5	6,9	2,7	4,4	3,5

Teste *t student* ($p=0,901$).

Quando se analisa o grupo atendido, tem-se uma média de 3,6 consultas ao ano por idoso, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

A unidade que mais presta serviços de atenção básica ao idoso é a USFNV, apresentando uma média de 6,9 atendimentos ao ano por idoso, e a unidade que tem a média mais baixa de atendimentos ao idoso é o CSMC, o qual tem uma característica própria de atendimentos a crianças e mulheres em idade reprodutiva.

As demais unidades têm uma média semelhante entre si, não diferindo muito de outros estudos encontrados na literatura.

Almeida et al. (2002) estudando o perfil de uso de serviços de saúde por indivíduos portadores de doenças crônicas e não portadores, relatam que os portadores de doenças crônicas apresentam uma taxa de 2,8 vezes mais procura pelo serviço de saúde que os demais, sendo o atendimento ambulatorial o tipo de serviço mais procurado por estes.

Lima-Costa et al. (2003) utilizaram os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios para estudar a influência da situação sócio-econômica na saúde dos idosos verificando que 45,6% tiveram consulta médica 3 ou mais vezes no ano.

Outro estudo realizado por Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) encontraram valores semelhantes ao estudo de Lima-Costa et al. (2003), em que 44,3% dos idosos consultaram três ou mais vezes o médico no último ano.

Lima-Costa et al. (2002) encontraram em seu estudo 48,8% da população que fazia uso do serviço público de saúde, procuraram o atendimento médico de 1 a 3 vezes no último ano, enquanto 30,9% da amostra procurou 4 ou mais vezes o atendimento de saúde pública.

Estudo realizado por Lima-Costa, Barreto e Giatti (2002b) mostrou que idosos com mais baixo nível socioeconômico além de considerarem sua saúde como pior, procuram menos o serviço de saúde em relação aos idosos com melhor nível socioeconômico.

Costa e Fachini (1997, p.367) descreveram e analisaram os padrões de utilização de serviços médicos ambulatoriais da Cidade de Pelotas/RS e verificaram que a média anual de consultas variava entre 2,9 e 3,3, destacando que *“embora a média de consultas da população acima de 50 anos seja levemente superior a das demais faixas etárias, a demanda projetada para as pessoas de 20 a 39 anos foi, aproximadamente, 1,5 vezes maior que a daquele grupo”*. Sugerindo uma heterogeneidade entre a população economicamente ativa e os idosos. Porém, o aumento do número de idosos aponta para uma necessidade de adaptação do sistema de saúde, bem como a necessidade da implantação de programas e políticas

voltadas à prevenção e *“reaparelhamento e instrumentalização dos serviços para as doenças crônicas, de modo a alcançar a desejável integralidade do atendimento”*.

Veras (2003, p.707) cita que o grupo de idosos tende a uma maior proporção de agravos de saúde quando comparados aos outros grupos etários, *“implicando maior utilização dos serviços de saúde e custos mais elevados”*.

Campinas e Negrini (2005, p. 52) abordam a questão do envelhecimento populacional e suas repercussões no serviço de saúde, as quais refletem uma maior utilização de *“consultas, exames e internações devidas à alta prevalência de doenças degenerativas”*.

Lourenço et al. (2005, p. 316) lembram que em *“certos ambientes operacionais, tais como os ambulatorios da rede pública, a demanda por consultas ultrapassa a oferta das mesmas, sendo necessária a criação de critérios de prioridades que estejam vinculadas à natureza da demanda e não a simples e inoperante regra da hora de chegada na espera”*.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crescente demanda do grupo de idosos pelos serviços públicos de saúde, torna evidente a necessidade da ampliação da oferta de serviços especializados a este grupo, principalmente de especialistas em cardiologia, considerando que esta foi a maior necessidade dos idosos em relação ao atendimento ambulatorial.

Os idosos que mais procuram o atendimento especializado em cardiologia são em sua maioria dos bairros Centro, Bom Jesus, Santo Antonio, Nova Viçosa e da Zona Rural, sugerindo-se a realocação de um profissional especializado em cardiologia para unidades mais afastadas ou de difícil deslocamento do idoso, fazendo com que desafogue o atendimento na policlínica e facilite o atendimento ao idoso em seus respectivos bairros, evitando que o idoso tenha que enfrentar filas para conseguir atendimento médico.

Os resultados demonstram também uma prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, dados estes que apontam para uma necessidade de ações de prevenção bem como medidas de saneamento básico, junto a esta população.

A necessidade da implantação de um centro de saúde do adolescente e do homem, é outra necessidade do município, pois a ausência deste pode ser um fator que inibe a presença do homem ao sistema público de saúde. Este centro poderia dar melhores condições no atendimento ao homem, principalmente ao idoso, o qual requer cuidados e atenção especiais.

Conforme pode ser observado, medidas simples podem fazer um sistema público de atenção básica à saúde um sistema mais igualitário e de acesso universal a todos.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi apoiado parcialmente pelo Ministério da Saúde do Brasil, convênio nº 539/2003 e é fruto da Tese de Mestrado: “Utilização dos serviços de Atenção básica do sistema público de saúde e sua relação com o perfil epidemiológico e nutricional de idosos do município de Viçosa-MG”.

Agradecemos o apoio da Prefeitura Municipal de Viçosa e da Secretaria Municipal de Saúde.

Agradecemos ao Laboratório de Epidemiologia Nutricional do APE/NUT – Universidade Federal de Viçosa, MG, e ao projeto de extensão intitulado “Sistematização e Análise por geoprocessamento dos indicadores epidemiológicos do município de Viçosa-MG”, pelo auxílio na elaboração dos mapas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.

ALMEIDA, M. F. et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002.

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **R. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 1, p. 12-18, 1999.

AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1617-1626, 2004.

BAHIA, L. COSTA, A. J. L., FERNANDES, C. et al. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 671-686. 2002.

BARBONI, A. R.; GOTLIEB, S. L. D. Impacto de causas básicas de morte na esperança de vida em Salvador e São Paulo, 1996. **R. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 16-23, 2004.

BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 329-338, 2004.

- BOS, A. M. G.; BOS, Â. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **R. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 113-120, 2004.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002. 1ª parte. Brasília, DF. 2002.
- CAMPINAS, L. L. S. L.; NEGRINI, M. R. Perfil epidemiológico como parâmetro para análise de saúde populacional. **O Mundo da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 49-62, 2005.
- CAVALINI, L. T.; CHOR, D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. **R. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 1, p. 7-17, 2003.
- COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **R. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 445-453, 1999.
- COSTA, J. S. D.; FACCHINI, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **R. Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 360-369, 1997.
- COTTA, R. M. M. et al. Obstáculos e desafios atuais da saúde pública no Brasil. **Revista HCPA**, v. 22, n. 1, p. 25-32, 2002.
- DEAN, A. G. et al. **Epi Info, version 6.04**: a word processing, database, and statistics program for public health on microcomputers. Genebra: Centers for Disease Control and Prevention/World Health Organization, 1990.
- FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, 2004.
- FIRMO, J. O. A.; BARRETO, S. M.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: fatores associados ao tratamento da hipertensão arterial entre idosos na comunidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 817-827, 2003.
- FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 512-521, 2004.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico, 1991 e 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2001. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 mar. 2005.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Projeção da população do Brasil, por sexo e idade para o período de 1980 a 2050. Resumo da Metodologia. Coordenação de Populações e Indicadores Sociais. IBGE. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2005
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, 2000. Estudos e Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 9, 2002.

- GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 759-771, 2003.
- HENRY, C. J. et al. Antropometry of two contrasting populations of Thai elderly living in a rural setting. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 33, p. 255-263, 2001.
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.
- LIMA-COSTA, M. F. F. et al. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 177-186, 2002.
- LOURENÇO, R. A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **R. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003b.
- LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 745-757, 2003a.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios – PNAD/98. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 813-824, 2002a.
- LIMA-COSTA, M. F. et al. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 177-186, 2002b.
- LIMA-COSTA, M. F. et al. The Bambuí health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. **R. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 126-135, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à Saúde – Décima revisão. v.1. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD – OPAS. La salud en las Americas, 1998. Washington, D.C.: OPS, 2v. ISBN 9275315698
- OTERO, U. B. et al. Mortalidade por desnutrição em idosos, região Sudeste do Brasil, 1980-1997. **R. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 141-148, 2002.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. Atlas do índice de desenvolvimento humano no Brasil. 2000. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home/>>. Acesso em: 1 set. 2004.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793-789, 2003.

REZENDE, C. A. P.; PEIXOTO, M. P. B. **Metodologia para análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. (Série técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 7).

RIBEIRO, R. C. L.; MODENA, C. M. Transição epidemiológica e considerações de saúde analisadas por meio da estatística de mortalidade. **Oikos**, v. 13, n. 1, p. 27-34, 2001.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do *diabetes mellitus* no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. S29-S36, 2003. Suplemento 1.

TADDEI, C. F. G. et al. Multicenter study of elderly patients in outpatient clinics of cardiology and geriatric brazilian institutions. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 69, n. 5, p. 327-333, 1997.

TAVARES, E.L.; ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 759-768, 1999.

TRAVASSOS, C. et al. Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status. **R. Panam. Salud Publica**, v. 11, n. 5, p. 365-373, 2002.

TRENTINI, M. et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **R. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 38-45, 2005.

UCHÔA, E. Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 849-853, 2003.

VENTURI, I. et al. Os serviços de saúde e a inclusão da população idosa: uma avaliação das prioridades em saúde. **O mundo da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 63-71, 2005.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 705-715, 2003.

ARTIGO 3

MAPEAMENTO GEOGRÁFICO DO PERFIL ANTROPOMÉTRICO E RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS DE IDOSOS QUE COMPARECERAM A CHAMADA NUTRICIONAL DA MELHOR IDADE – VIÇOSA-MG

RESUMO

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, cujo objetivo foi mapear, por bairro de residência, o estado nutricional, associando-o com hipertensão arterial e *diabetes mellitus* autoreferidas pelos idosos que compareceram à Chamada Nutricional da Melhor Idade, no município de Viçosa, MG. Participaram 1457 indivíduos com 60 anos e mais, sendo 54,3% (n=791) do sexo feminino e 45,7% (n=666) do masculino, com médias de idade de 70,1 e 70,5 anos respectivamente. Utilizou-se a proposta de Lipschitz (1994) para avaliação do estado nutricional por meio do Índice de Massa Corpórea (IMC). A medida da circunferência da cintura (CC) foi utilizada para verificar o risco de alterações metabólicas. Quanto ao estado nutricional, observou-se que 19,1% (n=278) dos idosos encontravam-se abaixo do peso, 41,7% (n=607) com peso adequado e 39,2% (n=572) com peso acima do recomendado. Os idosos do sexo feminino tiveram 27,0% mais chance de apresentar *diabetes mellitus* que o masculino (OR= 0,73 IC 0,55; 0,96), e 53,0% mais chance de apresentar hipertensão arterial em relação ao sexo masculino (OR = 0,47 IC 0,38; 0,59). Os idosos com sobrepeso tiveram 3,13 (IC 1,96; 4,99), 1,59 (IC= 1,59;2,13) e 1,44 (OR= 1,44 IC 1,13;1,85) mais chance de apresentar doenças cardiovasculares,

diabetes mellitus e hipertensão arterial, respectivamente, do que os idosos eutróficos. Quanto ao mapeamento do estado nutricional, verificou-se maior concentração de sobrepeso no Centro, Santo Antonio e Nova Viçosa, enquanto o baixo peso foi mais prevalente na Zona Rural. Os resultados encontrados neste estudo apontam para a necessidade de cuidados nutricionais no grupo de idosos, visando minimizar os agravos à saúde decorrentes do estado nutricional. As atividades de educação nutricional são necessárias, visando o conhecimento das enfermidades pelos idosos, para então preveni-los.

Palavras-chave: idoso, estado nutricional, mapeamento geográfico.

GEOGRAPHIC MAPPING OF THE ANTHROPOMETRIC PROFILE OF THE ELDERLY AND RISK OF DEVELOPING NON-TRANSMISSIBLE CHRONIC DISEASES AT THE NUTRITIONAL PROGRAM FOR THE ELDERLY IN VIÇOSA-MG

ABSTRACT

This transversal study aimed to map by area of residence the nutritional state of the elderly and to identify its association with hypertension and *diabetes mellitus* reported by the elderly attending the Nutritional Program for the Elderly in the municipality of Viçosa, MG. A total of 1,457 individuals 60 years old and over participated with 54.3% (n=791) being females and 45.7% (n=666) males. Age average ranged from 70.47 and 70.07 years. The BMI used was proposed by Lipschitz (1994). The waist circumference measurement alone was used to verify the risk of developing cardiovascular diseases. Regarding nutritional status, it was observed that 19.1% (n=278) of the elderly were underweight, 41.7% (n=607) had adequate weight and 39.2% (n=572) were overweight. The elderly females had 27,0% more chance of having diabetes than the males (OR= 0.73 IC 0.55; 0.96), and 53,0% more chance of having hypertension than the males (OR = 0.47 IC 0.38; 0.59). The overweight elderly had 3.13 (IC 1.96; 4.99), 1.59 (IC 1.59;2.13) and 1.44 (IC 1.13;1.85) more chance of having cardiovascular diseases, *diabetes mellitus* and hypertension respectively than the euthrophic adults. The nutritional status mapping showed a higher overweight concentration in the neighborhoods Centro, Santo Antonio and Nova Viçosa, while underweight subjects were more prevalent in the rural area. It was concluded that nutritional intervention in the elderly population has become increasingly important and necessary for life quality improvement and, consequently, better control of cardiovascular diseases affecting a large number of the elderly.

Key words: elderly, Nutritional state, Geographic Mapping.

1. INTRODUÇÃO

A distribuição etária da população brasileira tem apresentado alterações com incremento de 70,0% no grupo de 60 anos e mais, no período entre 1980 a 1999 (COELHO-FILHO; RAMOS, 1999; IBGE, 2001; CERVATO et al., 2005).

O crescimento desse grupo etário ocorre em todas as regiões, e se concentram, principalmente, em regiões mais desenvolvidas, constatando-se também que, com o envelhecimento, a população tende a apresentar elevada frequência de doenças crônicas não-transmissíveis de longa duração, resultando em maior utilização dos serviços de saúde (RIBEIRO et al., 1996; RIBEIRO; MODENA, 2001; VERAS, 2003; FELICIANO, 2004; VENTURI et al., 2005), pois grande parte dos idosos são portadores de pelo menos uma doença crônica (RAMOS, 2003). Destas, a hipertensão arterial atinge 50,0% da população idosa (OLIVEIRA et al., 2002), e o *diabetes mellitus* deverá aumentar sua frequência na população acima de 65 anos de idade (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Com o envelhecimento populacional, cada vez mais se fazem necessários estudos que verifiquem os fatores associados às doenças crônicas degenerativas não transmissíveis no grupo de idosos (DA CRUZ et al., 2004), tendo em vista que estas doenças foram responsáveis no ano de 2001 por mais de 62,0% das mortes e 39,0% das internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

O estado nutricional de um indivíduo demonstra se as necessidades nutricionais estão sendo supridas, e se esta ocorrendo o equilíbrio entre a ingestão de nutrientes e sua necessidade. “As alterações do estado nutricional contribuem para o aumento da morbimortalidade” (ACUNÃ; CRUZ, 2004, p.345).

O problema da obesidade está associado às doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, levando a um aumento na morbi-mortalidade dos idosos (CABRERA; JACOB FILHO, 2001).

O baixo peso predispõe a várias condições clínicas, como por exemplo, deficiência de cicatrização de feridas, tendência a infecções, insuficiência cardíaca, falência respiratória, entre outras, aumentando a mortalidade dos indivíduos idosos (BARRETO; PASSOS; LIMA-COSTA, 2003; ABRANTES; LAMOUNIER; COLOSIMO, 2003; ACUÑA; CRUZ, 2004).

Elliot et al. (2000) citam a importância do mapeamento de informações em saúde, as quais são utilizadas para descrever distribuições geográficas de determinadas doenças, possíveis fenômenos relacionados, além de gerar hipóteses

que sejam úteis no planejamento e avaliação dos serviços. O sistema de informações geográficas possibilita compreender variações espaciais do risco de adoecer.

A utilização de mapas espaciais em estudos de saúde pública consiste principalmente em visualizar a distribuição das doenças sugerindo possíveis locais das mesmas e fatores etiológicos apontando áreas de risco para determinadas doenças (ASSUNÇÃO et al., 1998).

“O georreferenciamento dos eventos de saúde é importante na análise e avaliação de riscos à saúde coletiva, particularmente as relacionadas com o meio ambiente e com o perfil socioeconômico da população”. O uso das Informações Geográficas em saúde permitem apresentar espacialmente as doenças contribuindo na estruturação e análise de riscos sócio-ambientais (SKABA et al., 2004, p.1753).

O objetivo deste trabalho foi avaliar o estado nutricional e identificar sua associação com hipertensão arterial e *diabetes mellitus* auto-referidos pelos idosos que compareceram a Chamada Nutricional da Melhor Idade no Município de Viçosa, MG, além de mapear, por bairro de residência, o estado nutricional destes idosos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, em que se coletou dados durante a chamada nutricional da “*melhor idade*”, evento promovido pela Secretaria Municipal da Saúde do município de Viçosa, MG.

A chamada nutricional da “*melhor idade*” é um evento que ocorre juntamente com a campanha da vacinação. Seu objetivo é, além de vacinar os idosos, realizar a avaliação do estado nutricional dos mesmos e desenvolver atividades voltadas à educação em saúde. Este evento ocorre anualmente, durante a segunda quinzena do mês de abril.

A amostra incluiu todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, que compareceram a chamada perfazendo um total de 1457 indivíduos, no ano de 2004.

Os dados coletados foram: identificação do idoso, peso, estatura, medida da cintura e, se tinham conhecimento de serem portadores de hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus*, (anexo 1).

A idade foi estratificada de acordo com Veras (1994), em faixas etárias de 60-69, 70-79, 80 e mais.

O peso (em kilogramas (kg)) foi aferido em balança digital, com sensibilidade de 100 gramas e capacidade de 150 kg. A estatura (em centímetros (cm)) foi aferida utilizando-se fita métrica inextensível, cuja medida de 150 cm, e precisão de 1 cm,

afixada na parede a uma altura de 100 cm. As técnicas utilizadas foram as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998).

Os dados foram coletados por nutricionistas da rede pública de saúde do Município de Viçosa, além da pesquisadora, a qual teve participação voluntária. A coleta dos dados ocorreu durante todo o período em que foi realizada a campanha da vacinação, iniciando-se as 8:00 h e com término as 17:00.

A circunferência da cintura foi medida na linha natural mais próxima da cintura, na região mais estreita entre o tórax e o quadril, com o indivíduo em pé, durante a mínima respiração, sendo aferidas com fita métrica inextensível e divisão de 1 cm (OMS, 1995)

Para a avaliação do estado nutricional utilizou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela divisão entre peso em Kg e pela estatura em cm elevados ao quadrado, por meio da proposta de Lipschitz (1994), que classifica como baixo peso $IMC < 22$, como eutróficos $IMC \geq 22$ e ≤ 27 e como sobrepeso $IMC > 27$).

A medida da circunferência da cintura foi utilizada para verificar o risco de desenvolvimento de alterações metabólicas e outras enfermidades crônicas, conforme proposto pela OMS (1995). Esta medida considera risco elevado para homens com medida da cintura igual ou maior que 94 cm, e para a mulher maior ou igual a 80 cm. O risco muito elevado é considerado quando a medida for maior ou igual a 102 cm e 88 cm para homens e mulheres, respectivamente.

A medida da circunferência da cintura demonstra “*um acúmulo de gordura abdominal considerado como risco associado ao desenvolvimento de doenças ligadas à obesidade*” (SAMPAIO; FIGUEIREDO, 2005, p. 56).

O mapeamento geográfico foi realizado utilizando o programa Arc View GIS 3.2. As variáveis utilizadas na confecção do mapa foram o estado nutricional dos idosos e o bairro de residência.

Os dados sobre a presença ou não de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial foram obtidos perguntando-se ao idoso se tinha conhecimento de ser portador de uma dessas doenças.

Os dados coletados foram digitados em um único banco de dados no programa EXCEL for Windows versão 95, e analisado no Programa EPIINFO versão 6.02 (DEAN et al., 1990).

O Teste do X^2 foi utilizado para avaliar a associação existente entre variáveis do tipo categóricas sendo que, para a apresentação dos resultados, utilizou-se a estatística descritiva e medidas de tendência central.

A *Odds Ratio* (Razão de Chances) foi calculada para avaliar a probabilidade de risco em relação aos fatores estudados. O intervalo de confiança adotado foi de 95,0%, com nível de significância inferior a 0,05%.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população em estudo foi composta por 1457 idosos, sendo 54,3% (n=791) do sexo feminino e 45,7% (n=666) do masculino. As médias de idade foram de 70,5 e 70,1 anos, para o sexo feminino e masculino respectivamente.

A Tabela 1 apresenta o total de idosos por faixa etária.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos por faixa etária e sexo. Viçosa-MG, 2004

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
60-69	378	56,7	412	52,1	790	54,2
70-79	227	34,1	298	37,7	525	36,0
80 e mais	61	9,2	81	10,2	142	9,8
Total	666	45,7	791	54,3	1.457	100,0

Teste χ^2 p value = 0,2037.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre sexo e grupo etário.

O maior número de idosos concentra-se no grupo dos 60 a 69 anos para ambos os sexos, dados semelhantes ao estudo de Lima-Costa et al. (2000), que encontraram uma prevalência de 57,7% de idosos na faixa etária de 60 a 69, 30,6%, entre 70 e 79 anos e 11,7% com idade igual ou superior a 80 anos de idade.

Feliciano (2004) estudando o perfil de idosos de baixa renda no Município de São Carlos encontrou 54,1% de idosos do sexo feminino e 45,9% do sexo masculino, sendo que 8,1% com idade igual ou acima de 80 anos, estes dados assemelham-se as informações obtidas neste estudo.

O risco de desenvolver doenças cardiovasculares e outras enfermidades crônicas é apresentado na Tabela 2 conforme distribuição por sexo e faixa etária.

Na análise do risco de desenvolver doenças cardiovasculares e outras enfermidades crônicas, associadas por faixa etária e separados por sexo, não encontrou diferença estatisticamente significativa (Tabela 2). Entretanto, observa-se que os idosos das faixas etárias mais jovens, principalmente os do sexo feminino apresentam maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares.

Tabela 2 - Classificação da circunferência da cintura dos idosos, distribuída de acordo com o risco para doenças cardiovasculares e outras enfermidades crônicas, sexo e faixa etária. Viçosa-MG, 2004

Risco	Masculino			p value*	Feminino			p value*
	60-69	70-79	80 e mais		60-69	70-79	80 e mais	
Elevado	75 (11,3%)	44 (6,6%)	13 (1,9%)	0,66	102 (12,9%)	59 (7,5%)	13 (1,6%)	4,48
Muito elevado	94 (14,1%)	37 (5,6%)	11 (1,6%)	7,19	230 (29,1%)	180 (22,8%)	46 (5,8%)	1,64

Fonte: Departamento de Nutrição, Secretaria de Saúde. Viçosa-MG, 2004

* Teste χ^2 .

O estado nutricional dos idosos é apresentado na Tabela 3, por sexo e faixa etária.

Tabela 3 - Estado nutricional dos idosos segundo sexo. Viçosa-MG, 2004

Faixa etária	Homens (N = 666)			Mulheres (N = 791)			Total (N = 1457)		
	BP (A)	Eut (B)	SP (C)	BP (D)	Eutr (E)	SP (F)	BP (G)	Eut (H)	SP (I)
60-69	66 (9,9%)	178 (26,7%)	134 (20,1%)	51 (6,4%)	168 (21,2%)	193 (24,4%)	117 (8,0%)	346 (23,8%)	327 (22,4%)
70-79	69 (10,4%)	97 (14,6%)	61 (9,2%)	52 (6,6%)	108 (13,7%)	138 (17,4%)	121 (8,3%)	205 (14,1%)	199 (13,7%)
80 e mais	22 (3,3%)	26 (3,9%)	13 (1,9%)	18 (2,3%)	30 (3,8%)	33 (4,2%)	40 (2,7%)	56 (3,8%)	46 (3,2%)
Total	157 (23,6%)	301 (45,2%)	208 (31,2%)	121 (15,3%)	306 (38,7%)	364 (46,0%)	278 (19,0%)	607 (41,7%)	572 (39,3%)

Fonte: Departamento de Nutrição, Secretaria de Saúde. Viçosa-MG, 2004.

* BP – Baixo Peso; Eut – Eutrófico; SP – Sobrepeso.

- Teste χ^2 .

A x B – p value = 0,002; B x C- p value = 0,404; D x E – p value = 0,047; E x F – p value = 0,772; G x H – p value = 0,0001; H x I – p value = 0,752.

A análise da Tabela 3 permite verificar uma maior prevalência de baixo peso no sexo masculino e sobrepeso no sexo feminino.

Quando se analisa estatisticamente o sobrepeso em relação ao sexo em todas as faixas etárias, encontra-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$), sendo que a maior frequência de sobrepeso encontra-se no sexo feminino, de acordo com a maioria dos levantamentos encontrados na literatura referente a idosos.

Na análise do baixo peso e sexo também em todas as faixas etárias, não se verificou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,057$).

Barreto, Passos e Lima-Costa (2003) estudando a população idosa do município de Bambuí-MG, encontraram uma frequência de 14,4% de baixo peso e

12,8% de sobrepeso, sendo a obesidade mais comum em mulheres do que em homens, e a frequência apresentou decréscimo com o aumento da idade, com diferença estatisticamente significativa apenas para as mulheres idosas. A obesidade mostrou-se associada a hipertensão arterial e a *diabetes mellitus*. O baixo peso foi significativamente mais comum nos homens que nas mulheres.

Abreu (2003) encontrou valores de 23,0 e 11,8% de baixo peso para o sexo masculino e feminino respectivamente, e valores de sobrepeso de 27,0 e 46,5% para o sexo masculino e feminino respectivamente, resultados muito semelhantes aos achados neste estudo.

Na análise do sobrepeso por faixa etária, não se constatou diferença estatisticamente significativa em ambos os sexos. Analisando a faixa etária de 70 a 79 anos o sexo masculino apresentou 1,92 mais chance de apresentar baixo peso (Tabela 4).

Otero et al. (2002), estudando a mortalidade por desnutrição em idosos na região Sudeste do Brasil entre os anos de 1980 e 1997, verificaram que a maior proporção de óbitos por desnutrição ocorre em indivíduos com 70 anos e mais com predomínio no sexo masculino.

Tabela 4 - Associação entre o risco de comorbidades, estado nutricional e presença de enfermidades (*diabetes mellitus* e hipertensão arterial) por faixa etária. Viçosa-MG, 2004.

	Faixa etária			OR - IC
	Grupo 01 – 60-69	Grupo 02 – 70 – 79	Grupo 03 – 80 e +	
Risco Elevado - CC	177	103	26	-
Risco Muito Elevado - CC	324	217	57	-
BP sexo Masculino	66	69	22	1,92- IC 1,24; 2,98
BP sexo Feminino	51	52	18	-
SP sexo Masculino	134	61	13	-
SP sexo Feminino	193	138	33	-
HA	499	311	94	-
DM	157	97	21	-

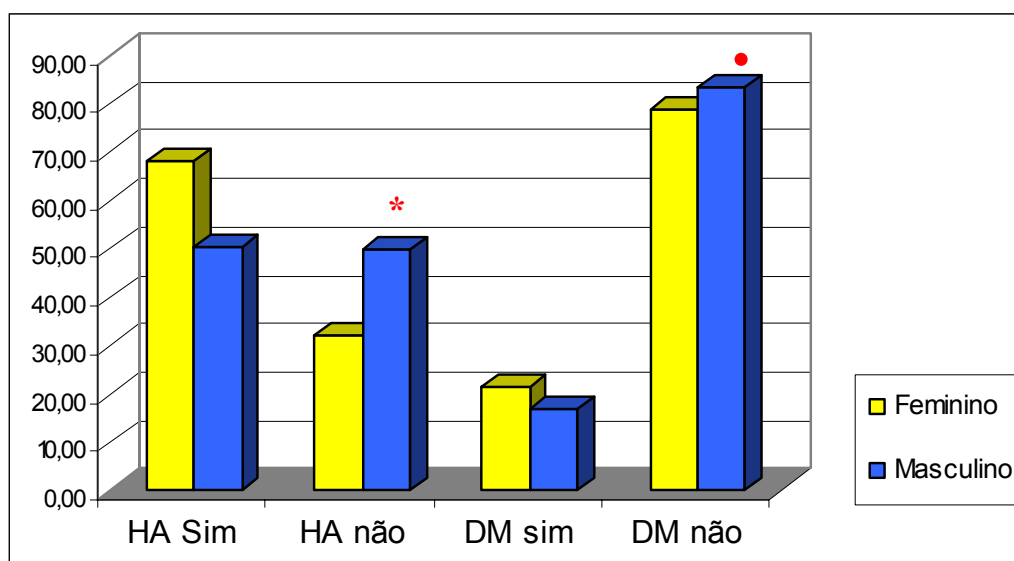
Fonte: Departamento de Nutrição, Secretaria de Saúde, Viçosa, MG. 2004

CC- Circunferência da Cintura, BP – Baixo Peso, SP – Sobrepeso, DM – *diabetes mellitus*, HA – Hipertensão Arterial.

Oliveira et al. (2004) estudando as doenças infecciosas como causa de morte em idosos, encontraram em sua amostra que a pneumonia, cistite e úlcera de decúbito estavam associadas ao baixo peso nos idosos, com diferenças estatisticamente significantes (p=0,015).

O baixo peso em idosos desperta interesse, visto que, é fator independente de morte, além de estar associado a outras enfermidades de base, como câncer e doença renal. É necessário, no entanto, explorar o baixo peso na população idosa, considerando que é uma doença carencial, pode-se estudá-la também em níveis sócio-demográficos, culturais e políticos, voltando-se assim, com medidas de prevenção.

A Figura 1 apresenta a frequência das doenças crônicas auto-referidas (*diabetes mellitus* e hipertensão arterial) pelos idosos, de acordo com sexo.



* OR = 0,47 IC 0,38;0,59 •OR = 0,73 IC 0,55;0,96.
 HA = Hipertensão arterial; DM = *diabetes mellitus*

Figura 1 - Frequência de Hipertensão Arterial e *diabetes mellitus* auto-referidos em idosos. Viçosa-MG, 2004.

Quando analisa-se a associação entre a variável sexo e hipertensão arterial auto-referida observa-se que o sexo feminino apresenta 53,0% mais chance de apresentar hipertensão arterial que o sexo masculino (OR = 0,47 IC 0,38;0,59) (Figura 1). No entanto, quando se analisa esta diferença por sexo (Figura 1) e por faixa etária, não se tem diferença estatisticamente significativa (Tabela 4).

Constata-se que os idosos do sexo feminino tem 27,0% mais chance de apresentar *diabetes mellitus* que o masculino (OR = 0,73 IC 0,55;0,96), com diferenças estatisticamente significativa (p=0,0199) (Figura 1) enquanto que, por faixa etária não se encontrou diferença estatisticamente significativa (Tabela 4).

Almeida et al. (2002, p.747) verificaram que as mulheres idosas apresentaram um risco 25% maior em relação aos homens, justificando que “as mulheres tendem a informar mais do que os homens, a presença de problemas de saúde, inclusive os de menor gravidade”

Negri et al. (2004) estudaram uma amostra de idosos que freqüentam duas unidades de atenção básica no município de João Neiva – Espírito Santo, e encontraram 21,4% de indivíduos estiveram internados por *diabetes mellitus* e 18,4% por doenças cardiovasculares, sendo que, 57,3% dos indivíduos era do sexo feminino.

Cavalini e Chor (2003) encontraram em seu estudo uma freqüência de 27,3% de hipertensão arterial e 26,9% de *diabetes mellitus*.

Estudo realizado por Araújo e Alves (2000) em que utiliza informações do IBGE mostra que mais de 50,0% da população idosa refere algum problema de saúde, sendo os mais citados a hipertensão arterial, referida por 26,4% dos idosos, deficiência ósteo-muscular 17,8% e *diabetes mellitus* 11,9%.

Analisando os dados deste estudo, verifica-se que os idosos com sobrepeso tiveram 3,13 (IC 1,96;4,99), 1,59 (IC 1,59;2,13) e 1,44 (IC 1,13;1,85) mais chance de apresentar doenças cardiovasculares e outras enfermidades crônicas, *diabetes mellitus* e hipertensão arterial respectivamente, do que os idosos eutróficos. Os resultados acima descritos foram estatisticamente significantes, com valores de p menor que 0,005.

Raso (2002) cita que o envelhecimento está associado ao decréscimo da massa muscular e pelo incremento da gordura corporal, sendo que, há associação entre a gordura corporal e o aumento de doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus*, entre outras doenças crônicas não transmissíveis.

Estudo realizado por Barreto, Passos e Lima-Costa (2003) também apresentou valores semelhantes, concluindo que a obesidade possivelmente esta associada à hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*.

Cabrera e Jacob Filho (2001) encontraram associação entre a obesidade e a hipertensão arterial no sexo feminino, mas as idosas obesas não apresentaram maior freqüência de *diabetes mellitus* que as não obesas.

A Figura 2 apresenta a freqüência de baixo peso e a Figura 3 a freqüência de sobrepeso por bairro do município de Viçosa-MG.

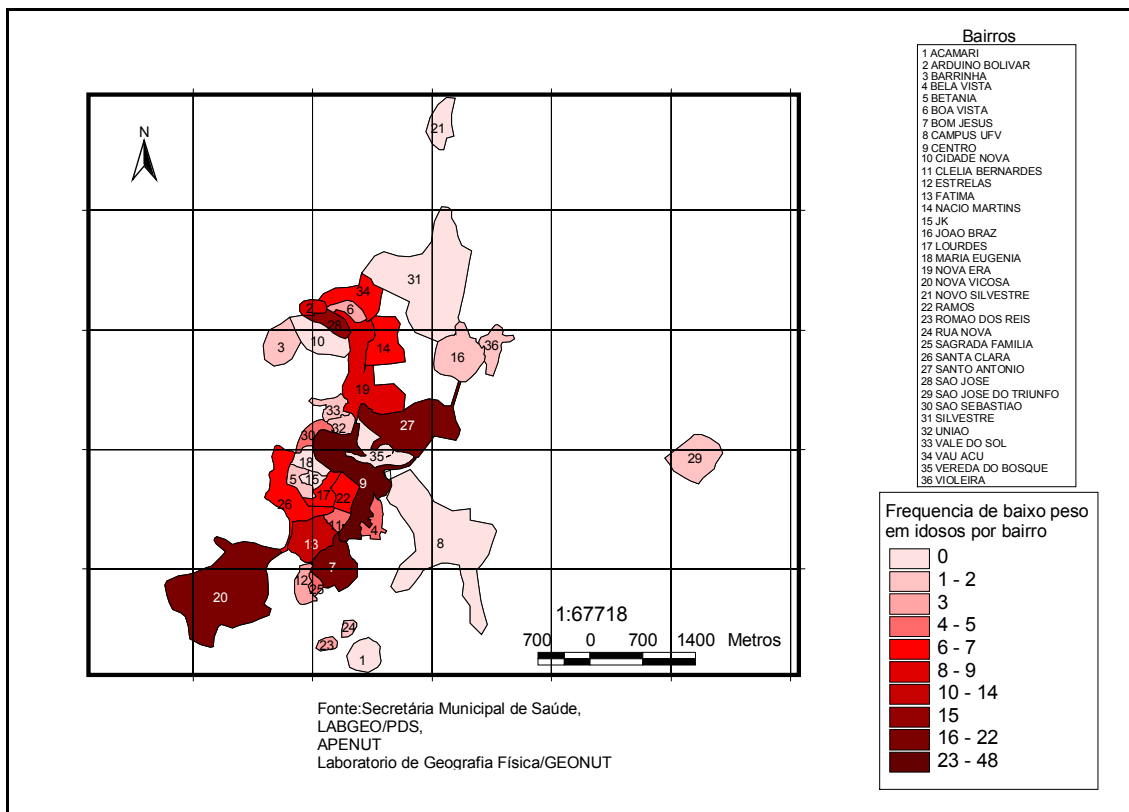


Figura 2 - Mapeamento do baixo peso dos idosos no município de Viçosa-MG, 2004.

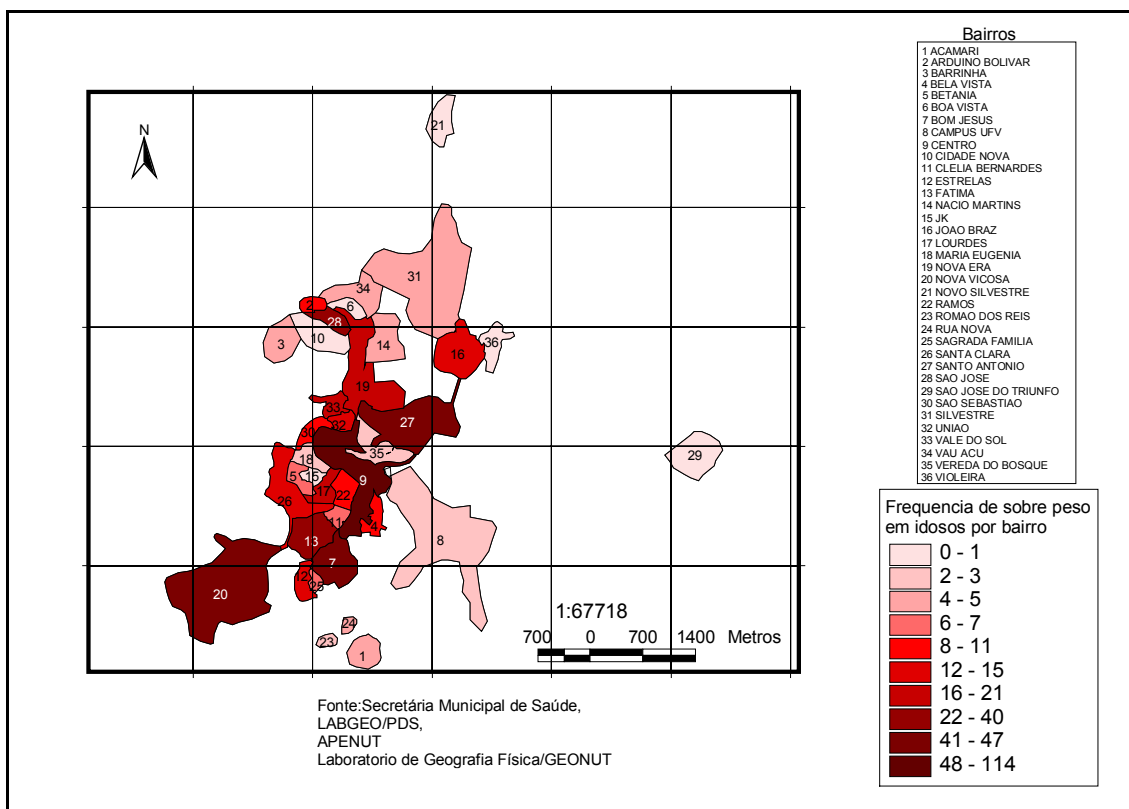


Figura 3 - Mapeamento do sobrepeso dos idosos no município de Viçosa-MG, 2004.

Barreto, Passos e Lima-Costa (2003) encontram em seu estudo que a hipertensão arterial e a *diabetes mellitus* estão associadas a obesidade em idosos.

O Anexo 2 apresenta o quadro com o mapeamento do estado nutricional dos idosos por bairro de residência no município de Viçosa-MG.

O mapeamento permite visualizar uma maior freqüência de baixo peso nos bairros Centro, Bom Jesus, Nova Viçosa e Santo Antonio, enquanto que nos bairros Novo Silvestre, Silvestre, Cidade Nova, Maria Eugenia, JK verifica-se uma menor freqüência.

As maiores freqüências de sobrepeso encontram-se nos bairros Centro, Nova Viçosa, Santo Antonio, Fátima e São José, mas é possível visualizar a freqüência de sobrepeso em todos os bairros do município.

Os dados coletados neste estudo não permitem inferir o motivo da variação na freqüência e distribuição geográfica, tanto do baixo peso, como do sobrepeso nos bairros.

Certamente a exploração do tema em relação as desigualdades do estado nutricional visualizada nos mapas, identificará e possibilitará desenvolver ações de prevenção aos idosos.

Os dados obtidos não permitem identificar a associação existente entre o estado nutricional e o local de residência, sendo necessários estudos que busquem identificar outros fatores responsáveis pela distribuição do baixo peso e sobrepeso encontrado nos bairros do Município de Viçosa.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade dos cuidados nutricionais de idosos, considerando que, tanto o baixo peso, como o sobrepeso são prejudiciais. O primeiro como fator de risco para uma maior mortalidade entre os idosos e o sobrepeso como fator de risco para as doenças crônicas degenerativas não-transmissíveis. Estas, por sua vez, aumentam a demanda dos idosos no serviço de saúde, uma que vez demandam maior uso de medicamentos e também maior necessidade de cuidados especiais.

Atividades de educação nutricional no grupo de idosos torna-se cada vez mais importante, devido a elevada freqüência de baixo peso e sobrepeso presentes neste grupo, sendo que, estas ações devem ser desenvolvidas desde a infância, visando prevenir os agravos à saúde.

Portanto, se os fatores de risco como baixo peso, sobrepeso, diabetes e hipertensão arterial forem prevenidos, haverá além de melhor qualidade de vida destes idosos, uma menor demanda ao sistema público de saúde.

As informações obtidas neste estudo apontam para a necessidade de realizar novos trabalhos sobre os fatores que podem estar influenciando o grande percentual de baixo peso nos idosos de Viçosa, principalmente na Zona Rural; bem como a maior concentração de idosos com sobrepeso nos bairros Centro, Nova Viçosa e Santo Antonio, além de estudos que verifiquem a associação da mortalidade e o estado nutricional nos idosos do município de Viçosa-MG.

Considerando que as políticas de saúde pública devem embasar-se no diagnóstico específico de cada região, este trabalho pretende auxiliar e incentivar as atividades de prevenção tanto das alterações do estado nutricional, como das doenças crônicas degenerativas não transmissíveis.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi apoiado parcialmente pelo Ministério da Saúde do Brasil, convênio nº 539/2003 e é fruto da Tese de Mestrado: “Utilização dos serviços de Atenção básica do sistema público de saúde e sua relação com o perfil epidemiológico e nutricional de idosos do município de Viçosa-MG”.

Agradecemos o apoio da Prefeitura Municipal de Viçosa e da Secretaria Municipal de Saúde e Departamento de Nutrição da Secretaria Municipal de Saúde.

Agradecemos ao Laboratório de Epidemiologia Nutricional do APE/NUT – Universidade Federal de Viçosa, MG, e ao projeto de extensão intitulado “Sistematização e Análise por geoprocessamento dos indicadores epidemiológicos do município de Viçosa-MG”, pelo auxílio na elaboração dos mapas.

Dedicamos este trabalho aos profissionais das unidades básicas de saúde e aos idosos que aceitaram participar, pois sem eles este trabalho não seria possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J.A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Brás.**, v. 49, n. 2, p. 162-166, 2003.

ABREU, W. C. **Aspectos socioeconômicos, de saúde e nutrição, com ênfase no consumo alimentar de idosos atendidos pelo Programa Municipal da Terceira Idade (PMTI), de Viçosa-MG.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG, 2003.

- ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.
- ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, v. 48, n. 3, p. 345-361, 2004.
- ALMEIDA, M. F. et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002.
- ARAUJO, T. C. N.; ALVES, M. I. C. PERFIL DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL. **Textos Envelhecimento**, v. 3, n. 3. 2000.
- ASSUNÇÃO, R. M. et al. Mapas de taxas epidemiológicas: uma abordagem Bayesiana. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n. 4, p. 713-723, 1998.
- BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A.; LIMA-COSTA, M. F. Obesity and underweight among Brazilian elderly. The Bambuí Health and Aging Study. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 605-612, 2003.
- CABRERA, M. A. S.; JACOB FILHO, W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arq. Brás. Endocrinol. Metab.**, v. 45, n. 5, p. 494-501, 2001.
- CAVALINI, L. T.; CHOR, D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 1, p. 7-17, 2003.
- CERVATO, A. M. et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em universidade aberta para a Terceira Idade. **Rev. Nutr.**, v. 18, n. 1, p. 41-52, 2005.
- CERVI, A. **Validação de equações para estimativa da estatura, composição corporal e risco de morbidades em idosos**. Dissertação (Mestrado) –Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG, 2005.
- COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 445-453, 1999.
- DA CRUZ, I. B. M. et al. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n. 2, p. 172-177, 2004.
- DATASUS, Secretaria de atenção à Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov/exibe_ficha_estabelecimento.asp>. Acesso em: 12 fev. 2005.
- DEAN, A. G. et al. **Epi Info, version 6.04**: a word processing, database, and statistics program for public health on microcomputers. Genebra: Centers for Disease Control and Prevention/World Health Organization, 1990.
- ELLIOT, P. et al. **Spatial epidemiology** - methods and applications. Oxford: Oxford University Press, 2000. 475 p.

- FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, 2004.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico, 1991 e 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2001. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 mar. 2005.
- LIMA-COSTA, M. F. et al. The Bambuí health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 126-135, 2000.
- LIPSCHITZ, D. A. Screenig for nutritional status in the elderly. **Nutrition in the Old Age**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.
- MORIGUTI, J. C. et al. Involuntary weight loss in elderly individuals: assessment and treatment. **São Paulo Med. J.**, v. 119, n. 2, p. 72-77, 2001.
- NEGRI, L. S. A. et al. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1033-1046, 2004.
- OLIVEIRA, F. A. et al. Doenças infecciosas como causa de morte em idosos autopsiados. **Rev. Soc. Bras. Med. Tropical.**, v. 37, p. 33-36, 2004.
- OLIVEIRA, T. C. et al. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 530-536, 2002.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. **El estado físico: uso e interpretación de la antropometría**. Ginebra: OMS; 1995. 452 p. (OMS, Serie de Informes Técnicos, 854).
- OTERO, U. B. et al. Mortalidade por desnutrição em idosos, região Sudeste do Brasil, 1980-1997. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 141-148, 2002.
- PONGPAEW, P. et al. Activity, dietary intake, and anthropometry of na informal social group of Thai elderly in Bangkok. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 30, p. 245-260, 2000.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793-789, 2003.
- RASO, V. A adiposidade corporal e a idade prejudicam a capacidade funcional para realizar as atividades da vida diária de mulheres acima de 47 anos. **Rev. Bras. Méd. Esporte**, v. 8, n. 6, p. 225-234, 2002.
- RIBEIRO, R. C. L.; MODENA, C. M. Transição epidemiológica e considerações de saúde analisadas por meio da estatística de mortalidade. **Oikos**, v. 13, n. 1, p. 27-34, 2001.
- RIBEIRO, R. C. L. et al. Envelhecimento da população: breve análise da microrregião Viçosa, MG. **Oikos**, v. 9, n. 2, p. 31-43, 1996.

SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Rev. Nutr.**, v. 17, n. 4, p. 507-514, 2004.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do *diabetes mellitus* no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. S29-S36, 2003. Suplemento 1.

SKABA, D. A. et al. Geoprocessamento dos dados da saúde: o tratamento dos endereços. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1753-1756, 2004.

SOUZA, L. J. et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campo, Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 47, n. 6, p. 669-675, 2003.

VENTURI, I. et al. Os serviços de saúde e a inclusão da população idosa: uma avaliação das prioridades em saúde. **O mundo da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 63-71, 2005.

VERAS, R. **País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 9-224, 1994.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. 705-715, 2003.

ANEXO 1

Quadro 1 - Quadro de coleta dos dados na Chamada nutricional da Melhor Idade Viçosa-MG, 2004.

Nome	Data Nasc.	Data Aval.	Endereço	Bairro	Peso	Estatura	Cc	Dm	Ha

ANEXO 2

Quadro 2 - Mapeamento do perfil antropométrico dos idosos por local de residência (Bairro). Viçosa-MG, 2004.

Local	Feminino			Masculino			Todos		
	BP	EU	SP	BP	EU	SP	BP	EU	SP
Acamari	0	0	2	0	1	2	0	1	4
Amoras	4	8	7	5	5	4	9	13	11
Barrinha	0	1	2	1	1	3	1	2	5
Bela Vista	4	6	6	0	9	3	4	15	9
Belvedere	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Betania	0	1	3	1	3	4	1	4	7
Bom Jesus	9	28	24	13	12	23	22	40	47
Cac. Sta Cruz	5	11	8	7	8	3	12	19	11
Centro	25	71	63	23	65	51	48	136	114
Cidade Jardim	1	0	0	0	0	1	1	0	1
Cidade Nova	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Clélia Bernardes	2	4	5	2	1	1	4	5	6
Boa Vista	1	0	1	2	1	0	3	1	1
Conceição	1	5	5	1	6	2	2	11	7
Criciúma	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estrelas	1	1	10	2	6	3	3	7	13
Fátima	5	12	19	5	15	8	10	27	27
Fuad Chequer	0	4	2	0	3	6	0	7	8
Inácio Martins	6	1	3	0	6	2	6	7	5
JK	0	0	0	0	0	0	0	0	0
João Braz	0	3	7	2	6	6	2	9	13
Julia Molla	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Lourdes	3	9	11	3	9	6	6	18	17
Maria Eugenia	0	2	2	0	0	0	0	2	2
Nova Era	3	13	15	5	7	4	8	20	19
Nova Viçosa	9	27	30	10	23	15	19	50	45
Novo Silvestre	0	0	1	0	1	0	0	1	1
Parque do Ipê	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Ramos	1	5	7	5	7	4	6	12	11
Romão dos Reis	2	4	2	1	0	1	3	4	3
Rua Nova	1	1	4	1	3	1	2	4	5
Sag. Família	2	0	4	3	5	3	5	5	7
Sag. Coração	1	1	5	1	1	1	2	2	6
Santa Clara	2	3	11	5	7	3	7	10	14
Santo Antonio	9	32	29	9	30	17	18	62	46
S. J. Triunfo	4	13	26	11	16	8	15	29	34
São Sebastião	1	5	8	4	7	2	5	12	10
Silvestre	0	3	3	0	3	0	0	6	3
União	0	5	5	3	7	4	3	12	9
Vale do Sol	0	5	8	2	3	4	2	8	12
Vau Açú	4	2	2	2	1	2	6	3	4
São José	2	1	0	0	0	1	2	1	1
Vila 1 ^o de maio	0	0	1	1	0	0	1	0	1
Violeira	1	1	1	1	1	0	2	2	1
Zona Rural	12	11	17	26	19	10	38	30	27
UFV	0	4	2	0	3	0	0	7	2
Total	121	306	364	157	301	208	278	607	572