

Identificação da área de influência do serviço de atenção básica do sistema público de saúde à população idosa, município de Viçosa-MG

Identification of the area of influence of the public basic health care delivery to the elderly population in Viçosa-MG

Ivonilce Venturi¹

Lina Henriqueta Frandsen Paez Rosado²

Rosângela Minardi Mitre Cotta²

Gilberto Paixão Rosado²

Leonice Aparecida Doimo³

Adelson Luiz Araújo Tinoco²

Rita de Cássia Lanes Ribeiro²

Abstract *This study aimed to describe the demographic and epidemiological characteristics of the elderly population, identify the area of influence of basic care in relation to the area of residence of the elderly and the rate of service use, as well as to map the demand according to the geographic location of the Basic Care Unit. The sample comprised 6,964 male and female subjects aged 60 years or more, who sought any of the outpatient public health services between May 2003 and April 2004. From this total, 64.1% were women and 35.9% men. The results show that cardiovascular diseases account for the greater part of medical consultations in the health system, with a mean of 3,576 consultations per year per elderly. Geographic mapping showed the demand for medical consultations in determinate basic care units to be related with the medical specialty available at these units. These results allow identifying the neighborhoods with the highest concentrations of specific diseases, indicating the need for insertion/redistribution of professionals between the basic care units in order to improve the quality of life of the elderly.*

Key words *Public health, Population ageing, Outpatient clinic, Unified Health System*

Resumo *O objetivo deste estudo foi descrever as características demográficas e epidemiológicas da população idosa e 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). Compuseram a amostra 6.964 atendimentos de saúde, prestados a 2.391 indivíduos idosos, ambos os sexos, que compareceram a um dos serviços públicos de atenção básica à saúde do município, no período de maio de 2003 a abril de 2004. Do total da amostra, 64,1% são do sexo feminino e 35,9%, do 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 UBS 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, SUS*

¹ Departamento de Nutrição, Unidade de Ensino Superior Vale do Iguaçu, Rua Padre Saporiti 717, Rio D'Areia, 84600-000 União da Vitória PR. prof_ivonilce@uniguacu.edu.br

² Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa.

³ Departamento de Educação Física, Universidade Federal de Viçosa.

Introdução

O aumento do número de pessoas idosas – população com 60 anos ou mais¹ – em todos os países do mundo leva a uma maior demanda aos serviços de atenção básica à saúde², decorrente do aumento na incidência de doenças crônicas não-transmissíveis³. Em geral, essas enfermidades demandam, freqüentemente, ao sistema de saúde, intervenções de alto custo⁴, causando “impactos na política e nos orçamentos da seguridade social”⁵.

No Brasil, estima-se que em 2025 o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos será de 27 milhões⁶.

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, suprindo as necessidades da população^{7, 8}.

Conforme Uchoa⁹, “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 à taxa de utilização dos serviços, relacionando a procura por atendimento com a localização geográfica das UBS, no município de Viçosa-MG.

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, Minas Gerais. Este estudo consistiu 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.

Compuseram a amostra 6.964 atendimentos de saúde prestados a 2.391 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 caracte-

rização 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 Doenças¹⁰.

A segunda etapa constituiu-se da busca dos prontuários diretamente nas UBS, onde se coletaram 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 freqüência, 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 às UBS que o município de Viçosa-MG dispõe, sendo oito unidades de atenção básica de saúde. Estas unidades de atenção básica à saúde prestam atendimentos em consulta pediátrica, consulta ginecológica, consulta obstétrica e consultas em clínica médica.

Ressalta-se que, na clínica médica, são disponibilizados à população atendimentos de cardiologia, dermatologia, neurologia, ortopedia, pneumologia, psiquiatria, psicologia, nutrição, fo-

noaudiologia, assistência social, além dos atendimentos de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde.

No entanto, algumas unidades disponibilizam à população os atendimentos do clínico geral, enfermeira, técnico de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. Outras unidades 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 uma unidade possui atendimento específico aos cuidados da mulher e da criança, onde atendem 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 Epi Info versão 6.02¹¹. 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.

Resultados e discussão

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/km²¹².

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 2000¹².

Conforme dados disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁶ 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 2000⁶, constatando-se o crescimento populacional de idosos no município, nos anos de 2000 e 2005.

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.*¹³ 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 Anjos¹⁴ 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. Resultado semelhante ao encontrado no estudo realizado no Nordeste do Brasil por Coelho Filho e Ramos¹⁵, o qual também observou uma média de idade de 70 anos.

Características dos atendimentos realizados nas unidades 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 de 2004, sendo que 2.391 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% (4.523) são do sexo feminino e 35,1% (2.441), do sexo masculino.

A unidade que mais prestou atendimentos aos idosos foi a policlínica (4.402), 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 Bós¹⁶, 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 utilizam os serviços públicos de saúde, enquanto que, este estudo, encontrou que 45,2% da população idosa utilizam o sistema público de saúde.

Bahia *et al*¹⁷ estudaram dados da PNAD/1998 relatando que aproximadamente 75,5% da população brasileira não possuem planos de saúde, utilizando conseqüentemente os serviços do SUS, considerando ainda que o Ministério da Saúde¹⁸ 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 três 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 dispõem de plano de saúde.

Em relação ao número de idosos separado por sexo e unidade em que procuraram atendimento da atenção básica à saúde, pôde-se verificar um perfil semelhante em praticamente todas as unidades, com uma média de 64,1% (1533) do sexo feminino e 35,9% (858) do sexo masculino, 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*¹⁹, que verificaram uma prevalência de 60,7% da população idosa feminina no sistema público de saúde.

Travassos *et al*²⁰ 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 Ramos¹⁵, estudando o perfil multidimensional dos idosos no Nordeste do Brasil, encontraram uma freqüência de 66,0% do sexo feminino.

Trentini *et al*²¹ apresentam em seu estudo uma tendência maior das mulheres em participar de ações coletivas referentes à saúde, confirmando que a freqüência 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^{15, 22, 20}.

Laurenti *et al*²³ 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 freqüen-

tar o pré-natal, o que a torna mais predisposta a utilizar os serviços de saúde.

Outro fator comentado também por Laurenti *et al*²³ 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?

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 recursos²⁴.

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 1, a qual apresenta os doze CID mais encontrados, separados por sexo.

As principais enfermidades dos idosos foram as doenças cardiovasculares e, entre elas, a mais citada foi a hipertensão arterial, sendo que as doenças cardiovasculares estão presentes em praticamente todos os bairros do município de Viçosa. O bairro que teve o maior número de indivíduos com doenças cardiovasculares foi a Zona Rural, Santo Antonio, Centro e Nova Viçosa.

Firmo, Uchôa e Lima-Costa²⁵ 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 Franco²⁶ relatam um estudo multicêntrico desenvolvido em nove capitais brasileiras no ano de 1988, o qual apresentou uma freqüência de 7,8% de *diabetes mellitus* em idosos.

Amaral *et al*²⁷, 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 que 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 2 que a maior procura pela atenção básica foi por clínico geral (46,7%), seguida do cardiologista (16,5%) e médico do PSF (13,7%).

Taddei *et al.*²⁸, 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 consul-

taram 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*.

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 cardiovasculares²⁹.

Ribeiro e Modena³⁰, 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

Tabela 1. 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 parasitária	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.

dados encontrados neste estudo em relação à morbidade por doenças cardiovasculares.

Firmo *et al.*³¹ citam em seu estudo que as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 32,0% das hospitalizações no sistema público de saúde no ano de 1996.

Ramos²² 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.

Barboni e Gotlieb³² 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 Giati³³ 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.*²⁷, 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 Almeida³⁴, 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 parasitárias²⁷.

Tabela 2. Freqüência 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
Medico 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.

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 frequência de doenças do sangue, sendo a anemia a mais citada.

Doenças do aparelho geniturinário tiveram 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 frequência de anemia e doenças parasitárias.

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

Conforme definição da Organização Pan-Americana de Saúde, “[...] 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 [...]”³⁵.

Cotta *et al.*³⁶ 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.

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 utiliza-

ção 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.*²² 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.

No mapeamento da área de influência da policlínica, a qual atende idosos de todos os bairros do município, o índice de dependência foi 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.

O Centro de Saúde da Mulher e da Criança (CSMC) também tem uma grande área de influência, 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.

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 3).

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.*²², 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.*³⁷ utilizaram os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios para estudar a influência da situação socioeconômica na saúde dos idosos, verificando que 45,6% tiveram consulta médica três ou mais vezes no ano.

Outro estudo realizado por Lima-Costa, Barreto e Giatti³³ encontrou valores semelhantes ao estudo de Lima-Costa *et al.*³⁷, em que 44,3% dos idosos consultaram três ou mais vezes o médico no último ano.

Lima-Costa *et al.*¹⁹ encontraram em seu estudo 48,8% da população que fazia uso do serviço público de saúde, procuraram o atendimento médico de uma a três vezes no último ano, enquanto 30,9% da amostra procurou quatro ou mais vezes o atendimento de saúde pública.

Estudo realizado por Lima-Costa, Barreto e Giatti³⁸ 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 Fachini³⁹ 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

Tabela 3. 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).

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”.

Veras⁴ 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 Negrini²⁴ 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.*⁴⁰ lembram que em ***certos ambientes operacionais, tais como os ambulatórios 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.***

Considerações finais

A crescente demanda do grupo de idosos pelos serviços públicos de saúde torna evidente a ne-

cessidade 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.

Colaboradores

I Venturi participou da concepção teórica, coleta, tabulação e análise dos dados e redação do texto; RCL Ribeiro participou da elaboração, análise dos dados e redação da pesquisa. LEFP Rosado, RMM Cotta e ALA Tinoco participaram da análise dos dados e redação da pesquisa. GP Rosado e LA Doimo participaram da redação final da pesquisa.

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”.

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas, 1998*. Washington, D.C.: OPS; 1998.
2. Henry CJ, Varakamin C, Webster-Gandy J, Ulijaszek S. Anthropometry of two contrasting populations of Thai elderly living in a rural setting. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2001; 33:255-263.
3. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):759-771.
4. 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* 2003; 19(4):705-715.
5. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Cienc Saude Colet* 2004; 9(4):833-840.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *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*. 2004. [acessado 2005 Mar 12]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf
7. Barreto ML. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. *Cienc Saude Colet* 2004; 9(2):329-338.
8. Venturi I, Tinoco ALA, Mitre RM, Rosado LEP, Ribeiro RCL. Os serviços de saúde e a inclusão da população idosa: uma avaliação das prioridades em saúde. *O mundo da Saúde* 2005; 29(1):63-71.
9. Uchoa E. Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):849-853.

10. 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.
11. Dean AG, Dean JA, Coloumbier D, Burton AH, Brendel KA, Smith DC. *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.
12. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Atlas do índice de desenvolvimento humano no Brasil*. 2000. [acessado 2004 Set 1]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/home>
13. Otero UB, Rozenfeld S, Gadelha AMJ, Carvalho MS. Mortalidade por desnutrição em idosos, região Sudeste do Brasil, 1980-1997. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(2):141-148.
14. Tavares EL, Anjos LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(4):759-768.
15. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública* 1999; 33(5):445-453.
16. Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(1):113-120.
17. Bahia L, Costa A JL, Fernandes C, Luiz RR, Cavalcanti MLT. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. *Cienc Saude Colet* 2002; 7(4):671-686.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101 de 12 de junho de 2002. 1ª parte. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2002; 13 jun.
19. Lima-Costa MFF, Guerra HL, Firmo JAO, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1):177-186.
20. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status. *R. Panam. Salud Publica* 2002; 11(5):365-373.
21. Trentini M, Silva SH, Valle ML, Hammerschmidt KSA. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *R. Latino-am Enfermagem* 2005; 13(1):38-45.
22. Almeida MF, Barata RB, Monteiro CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, *Bra-Cienc Saude Colet* 2002; 7(4):743-756.
23. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Cienc Saude Colet* 2005; 10(1):35-46.
24. Campinas LLSL; Negrini MR. Perfil epidemiológico como parâmetro para análise de saúde populacional. *O Mundo da Saúde* 2005; 29(1):49-62.
25. Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertensão entre idosos. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2):512-521.
26. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do *diabetes mellitus* no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Supl 1):S29-S36.

27. Amaral ACS, Coeli CM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(6):1617-1626.
28. Taddei CFG, Ramos LR, de Moraes JC, Wajngarten M, Libberman A, Santos SC, Savioli F, Dioguardi G, Franken R. Multicenter study of elderly patients in outpatient clinics of cardiology and geriatric Brazilian institutions. *Arq. Bras. Cardiol.* 1997; 69(5):327-333.
29. Cavalini LT, Chor D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. *R. Bras. Epidemiol.* 2003; 6(1):7-17.
30. Ribeiro RCL, Modena CM. Transição epidemiológica e considerações de saúde analisadas por meio da estatística de mortalidade. *Oikos* 2001; 13(1):27-34.
31. Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: fatores associados ao tratamento da hipertensão arterial entre idosos na comunidade. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):817-827.
32. Barboni AR, Gotlieb SLD. Impacto de causas básicas de morte na esperança de vida em Salvador e São Paulo, 1996. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(1):16-23.
33. Lima-Costa MFF, Barreto SM, 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* 2003; 19(3):735-743.
34. Almeida OP. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *R. Bras. Psiquiatr.* 1999; 21(1):12-18.
35. Rezende CAP, Peixoto MPB. *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]
36. Cotta RMM, Morales MSV, Liopis AG, Fos SC, Cotta Filho JS. Obstáculos e desafios atuais da saúde pública no Brasil. *Revista HCPA* 2002; 22(1):25-32.
37. Lima-Costa MFF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):745-757.
38. Lima-Costa MFF, Barreto SM, 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. *Cienc Saude Colet* 2002; 7(4):813-824.
39. Costa JSD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(4):360-369.
40. Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(2):311-318.

Artigo apresentado em 23/07/2006

Aprovado em 23/10/2006

Versão final apresentada em 26/11/2006