

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

Estudo descritivo do envelhecimento populacional em duas  
microáreas do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte, MG

Tiago Monteiro Moraneli Vieira

BELO HORIZONTE

2010

Tiago Monteiro Moraneli Vieira

Estudo descritivo do envelhecimento populacional em duas microáreas  
do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte, MG

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica  
em Saúde da Família da Faculdade de  
Medicina da UFMG, para obtenção de título de  
Especialista.

Orientador: Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Belo Horizonte

2010

**TIAGO MONTEIRO MORANELI VIEIRA**

**ESTUDO DESCRITIVO DO ENVELHECIMENTO  
POPULACIONAL EM DUAS MICROÁREAS DO PROGRAMA  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE, MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica  
em Saúde da Família da Faculdade de  
Medicina da UFMG, para obtenção de título de  
Especialista.

Trabalho de conclusão de curso defendido e aprovado em:

Banca examinadora:

---

---

## RESUMO

Este trabalho consistiu em um estudo descritivo do envelhecimento populacional em 02 microáreas da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 01 (ESF 01) do Centro de Saúde Cachoeirinha, município de Belo Horizonte-MG. Realizou-se um estudo epidemiológico do tipo descritivo. Foi feita uma pesquisa documental de dados demográficos, epidemiológicos, culturais, ambientais e sociais a partir dos registros da ESF e dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam nestas microáreas. Verificou-se que estas 02 microáreas apresentam diferenças nas composições etárias de sua população, apesar da proximidade geográfica entre elas. Observa-se que 16,2% da população da microárea 17 são maiores de 60 anos e apenas 7% da população da microárea 16 se encontram nesta mesma faixa etária. A maior longevidade da microárea 17 pode ser explicada pelo fato de haverem por lá mais moradores antigos, e também por seus residentes apresentarem melhores condições de vida, moradia, saúde e higiene. Na microárea 16, há aglomerados, favelas e uma urbanização mais desorganizada. Diante dos resultados observados, fica clara a necessidade da equipe de saúde da família discutir as implicações do envelhecimento populacional nas duas microáreas avaliadas, desenvolvendo ações para promoção do envelhecimento ativo, ações assistenciais e de reabilitação que contribuam para a qualidade de vida dos idosos de ambas as áreas

**Palavras chaves:** programa de saúde da família, área de abrangência, microárea de risco, transição demográfica.

## **ABSTRACT**

This work consisted of a descriptive study of aging in 02 small areas of coverage area of the Family Health Team 01 (ESF 01) Cachoeirinha Health Center, Belo Horizonte-MG. It was conducted a descriptive epidemiological study. It was realized a documentary research of demographic, epidemiological, cultural, social and environmental data from the ESF and the Community Health Workers who work in these small areas. It was found that these 02 small areas differ in age composition of its population, despite the geographical proximity between them. It is observed that 16.2% of the population of small area 17 are over 60 years and only 7% of the population of small area 16 are in this age group. The longevity of the small area 17 can be explained by the fact of having more older residents there, and also because its residents have better living conditions, housing, health and hygiene. In the small area 16, there are settlements, slums and a more disorganized urbanization. Given the observed results, it is clear the need for family health team to discuss the implications of an aging population evaluated in two small areas, developing actions to promote active aging, and rehabilitative health care activities that contribute to quality of life of older people of both areas.

**Key words:** family health program, area of coverage, risk small area, the demographic transition.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Mapa da área de abrangência do C.S.Cachoeirinha.....	16
Gráfico 01. Número de consultas pré-natal segundo a microárea.....	18
Gráfico 02. Escolaridade da mãe segundo a microárea.....	19
Gráfico 03. Casos confirmados de dengue por microárea.....	21
Gráfico 04. Óbitos de residentes das microáreas 16 e 17.....	25
Gráfico 05. População segundo a faixa etária da microárea 16, Eq.01.....	27
Gráfico 06. População segundo a faixa etária da microárea 17, Eq.01.....	28
Gráfico 07. População segundo a faixa etária da equipe 1.....	33

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Recém-nascidos e gestantes segundo a microárea.....	17
Tabela 02. Doenças de notificação compulsória segundo a microrregião.....	22
Tabela 03. Morbidade referida segundo a microárea.....	23
Tabela 04 População masculina e feminina segundo a faixa etária nas microáreas 16 e 17...30	
Tabela 05 Censo BH Social – 2000.....	31

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
4.1 PERCURSO METODOLÓGICO.....	15
4.2 PESQUISA DOCUMENTAL.....	16
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>17</b>
5.1 INDICADORES DE MORBIDADE, NATALIDADE E MORTALIDADE EM DUAS MICROÁREAS DO PSF CACHOEIRINHA.....	17
5.2 INDICADORES DEMOGRÁFICOS DE DUAS MICROÁREAS DO PSF CACHOEIRINHA – ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	26
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>36</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No Centro de Saúde Cachoeirinha, presente no bairro de mesmo nome, no município de Belo Horizonte, aproximadamente 15 mil pessoas são atendidas por 03 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo que quase 05 mil pertencem à área de abrangência da equipe 01. A população da área de abrangência da equipe 01 do C.S.Cachoeirinha se encontra na 3ª fase da transição demográfica. De acordo com Chaimowicz et al (2009), esta fase é caracterizada por queda da fecundidade e envelhecimento populacional. A população acima de 60 anos equivale a 12,5% do total sendo 4% com mais de 75 anos.

Dentro da área de abrangência da equipe 01, verifica-se, também, que as microáreas 16 e 17, dentre as 05 microáreas existentes na equipe, apresentam-se muito distintas na composição de suas faixas etárias, apesar da proximidade geográfica entre elas. Observa-se que 16,2% da população da microárea 17 são maiores de 60 anos e apenas 7% da população da microárea 16 se encontram nesta mesma faixa etária. Temos um Brasil no estágio jovem e um outro envelhecido na mesma área de abrangência, em regiões vizinhas uma da outra.

*De acordo com Kalache (1987), para que uma população envelheça, é necessário, primeiro, que haja uma queda da fertilidade; um menor ingresso de crianças na população faz com que a proporção de jovens, na mesma, diminua. Se, simultânea ou posteriormente, há também uma redução das taxas de mortalidade (fazendo com que a expectativa de vida da população, como um todo, torne-se maior), o processo de envelhecimento de tal população torna-se ainda mais acentuado.*

Os dados do cadastro da equipe 01 mostram que o processo citado por este autor está ocorrendo na população da microárea 17. A microárea 16, por sua vez, apresenta-se de forma distinta, se forem observados os seus dados demográficos.

*Em relação a este aspecto, Ramos et al (1987) cita que mantidas as tendências atuais de declínio das taxas de fecundidade e mortalidade, a população brasileira como um todo deverá experimentar até o ano 2025 um processo de envelhecimento comparável, em intensidade, ao experimentado por qualquer país desenvolvido no passado. Por outro lado, persistem diferenças regionais que garantem que esse processo não se dará de forma uniforme.*

Dessa forma, objetiva-se, com este trabalho, descrever e discutir os fatores determinantes para as diferenças demográficas apresentadas entre estas duas microáreas, que influenciam na sua expectativa de vida e na atenção à saúde da população idosa da área de abrangência.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

É preciso destacar a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) que é o programa onde desenrola este trabalho. Ele vem sendo implantado, prioritariamente, em áreas de maior exclusão social e a expectativa é que possa contribuir para melhorias nos índices de saúde dos habitantes dessas regiões.

Sabe-se que no Brasil convive-se com áreas muito prósperas, ao lado de outras extremamente carentes, assim é um desafio do PSF se adaptar a cada realidade local onde é implantado. Serão discutidos se os habitantes das 2 microáreas a serem comparadas também possuem características e necessidades básicas diferentes.

Dos integrantes do Programa de Saúde da Família, o papel do agente comunitário de saúde talvez seja o mais importante, já que se espera que ele seja o elo de ligação entre o serviço e a comunidade.

*O ACS, integrante da equipe do PSF, possui uma característica singular por habitar o mesmo bairro do usuário, adentrar freqüentemente o seu domicílio através das visitas e assim, estabelecer uma maior proximidade com o usuário. Isso faz com que ele viva o cotidiano da comunidade com mais intensidade do que os outros membros da equipe de saúde. Além disso, a convivência com esta equipe possibilita que adquiram novos conhecimentos, para a sua atuação domiciliar. (VIEIRA, 2007, p. 17).*

O PSF segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência. Portanto, cada ACS atua dentro de uma base territorial que seria a microárea. As diretrizes estratégicas do SUS (Lei 8080) têm uma forte ligação com a definição do território, onde os princípios de regionalização e hierarquização delimitam todas a área de abrangência do PSF, incluindo a área de atuação dos agentes de saúde.

É importante mencionar também a adscrição da clientela que seria a população dentro de uma área geográfica sob responsabilidade de cobertura pela Equipe de Saúde da Família (ESF), que varia entre 800 a 1000 famílias.

Como o foco de ação da ESF é sobre estas famílias, ela deve considerar todos os pacientes como seres biopsicosociais. Wright e Leahey (2002), citado por Biffi (2003),

ressalta a importância de estudar a família como uma unidade, a fim de observar as interações entre seus membros, o que em geral explica na íntegra o funcionamento individual de cada um deles.

Alem de focar na família, a ESF precisa realizar um diagnóstico e planejamento de suas atividades de campo para subsidiar as suas ações e intervenções, mapeando as áreas de risco, priorizando os problemas, a fim de aumentar sua capacidade de refletir sobre o seu território de atuação.

Em relação ao seu território de atuação, Pereira (2006) identifica alguns requisitos importantes para a delimitação das áreas e microáreas do PSF:

*A área deve conter um valor máximo de população de modo a permitir um atendimento às suas demandas de saúde (um agente de saúde deve ser responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas); o agente deve ser um morador da sua microárea de atuação há pelo menos dois anos. A área deve delimitar comunidades, preferencialmente aquelas mais organizadas, que participem do controle social das ações e serviços de saúde em diversos fóruns como as conferências e conselhos de saúde. A área deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista socioeconômico e epidemiológico, caracterizando áreas homogêneas de risco. A área deve conter uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que será a sede da ESF e local de atendimento da população adscrita. Os limites da área devem considerar barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às unidades de saúde (PEREIRA, 2006, p. 55).*

Pode-se dizer, a partir destes requisitos, que existem critérios que devem ser obedecidos para a implantação do PSF em um território ou região, e que ele tem como finalidade única permitir as intervenções da ESF na clientela adscrita de forma viável, racional, responsável e organizada. Porém, o que vemos na prática são ACS sob responsabilidade de mais de 150 famílias, barreiras físicas e vias de acesso e transporte que não são consideradas pelos limites da região e áreas que não contêm uma população mais ou menos homogênea, sendo este último requisito, objeto de nosso estudo.

De acordo com Turci (2008), o papel primordial da saúde da família no SUS-BH é propiciar a reorganização da assistência à saúde a partir da atenção básica, mediante reorganização do processo de trabalho nos Centros de Saúde e inserção de novos saberes e práticas no cotidiano desses serviços.

Dessa forma, de acordo com este conceito, o PSF deve estar sempre se desenvolvendo, aprofundando novos conhecimentos e se readaptando de acordo com as diversidades locais, a fim de melhorar a qualidade de vida e de saúde da comunidade.

A respeito do envelhecimento populacional, Martin et al (2005) cita que vivemos em uma nação com grandes proporções de jovens, ao lado de uma crescente população que atingiu e passa dos 60 anos de idade.

Conforme Rosa et al (2009), legalmente, em nosso país, a velhice ocorre a partir dos 60 anos de idade (Lei 10741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso).

Segundo Ramos et al (1987), as características principais do processo de envelhecimento experimentado pelos países do Terceiro Mundo são, de um lado, de o envelhecimento populacional estar se dando sem que tenha havido uma real melhoria das condições de vida de uma grande parcela dessas populações, e de outro lado, a rapidez com que esse envelhecimento está ocorrendo.

De acordo com Duarte et al (2002), o aumento da expectativa de vida que vem ocorrendo no Brasil nos últimos anos nas diferentes regiões é profundamente afetado por transformações relacionadas à urbanização, aumento da escolarização da população e um maior acesso a bens e serviços. Adicionam-se a estes fatores, as maiores coberturas dos serviços de saneamento básico, maior acesso aos serviços de saúde e melhores condições nutricionais.

Pode-se dizer que na atualidade, em nosso país, o envelhecimento populacional é representado pela queda da mortalidade e da natalidade.

A respeito da queda da fertilidade no país, para Ramos et al (1987, pág 212):

*As mudanças do padrão reprodutivo no Brasil são fruto do processo de urbanização da população brasileira com necessidade crescente de limitação da família caracterizado por uma progressiva incorporação da mulher à força de trabalho, uma população feminina mais receptiva ao controle familiar devido às mudanças de padrão socio-cultural decorrentes da própria migração e do maior acesso aos meios de comunicação (com uma crescente disponibilidade de meios contraceptivos no Brasil).*

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL:

\_Avaliar duas microáreas (16 e 17) quanto ao processo de envelhecimento de sua população.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

\_Descrever a composição demográfica das microáreas 16 e 17.

\_Descrever os fatores que influenciam na sua expectativa de vida, que possam contribuir para as diferenças demográficas entre as duas.

\_Conhecer os aspectos epidemiológicos, culturais e sociais destas duas microáreas, e correlacioná-los com as diferenças entre as suas pirâmides etárias

## 4. METODOLOGIA

O trabalho de conclusão de curso é uma atividade científica de sistematização e aprofundamento sobre um objeto de estudo ou problema relacionado a determinado curso (BRANDÃO, 2009).

### 4.1 PERCURSO METODOLÓGICO

A partir do diagnóstico situacional das microáreas 16 e 17 feito no módulo 03, observou-se a necessidade de realizar este TCC.

As microáreas 16 e 17 são vizinhas uma da outra e estão situadas na equipe 01, delimitadas ao sul pela avenida Bernardo Vasconcelos, ao norte pela microárea 14, à leste pela área do Centro de Saúde Gentil Gomes e à oeste pela microárea 13. São desenvolvidas pela equipe 01, atividades de educação em saúde para os usuários não só destas, mas também das outras microáreas, como grupos de hipertensos e diabéticos, de desnutridos, de gestantes, de saúde mental, citando os principais. A equipe é formada por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem e 05 ACS. Os ACS realizam visitas domiciliares periodicamente aos pacientes da equipe, aos quais são priorizados os acamados; os portadores de doenças crônicas como HAS, diabetes, asma e sofrimento mental; as crianças desnutridas; e os portadores de DST/AIDS e TBC.

A equipe possui uma agenda semanal com as atividades do médico, do enfermeiro e dos outros profissionais da equipe. Esta agenda inclui os horários das consultas individuais, dos grupos operativos, da reunião de equipe e demais reuniões do Centro de Saúde, das visitas domiciliares, do acolhimento, da tele-saúde, da escala de enfermagem dos auxiliares, e de outras ações que variam com o decorrer do ano, como o suporte a outras equipes, as campanhas de vacina e os atendimentos aos pacientes com dengue em épocas de epidemia.

Dentre todas estas atividades desenvolvidas pela equipe, destaca-se as visitas domiciliares (VD), pois são nelas que podemos observar com mais clareza os perfis dos usuários das 02 microáreas em estudo. São nelas onde ocorre uma maior relação de vínculo entre a equipe e a comunidade, melhorando a qualidade do trabalho e do atendimento às

famílias cadastradas. Na VD, o ACS toma à frente a sua responsabilidade de visitar as famílias cadastradas pelo menos uma vez ao mês, atuando no contexto social e na abordagem de problemas que escapam à dimensão estrita da saúde biológica, como a violência.

Portanto, quando a equipe atua no contexto da comunidade, ela executa não só o seu papel técnico, mas também político. Muitos dos problemas da área de ação do PSF são muito complexos, sendo assim de responsabilidade intersetorial, envolvendo não só a secretaria de saúde, mas também as de educação, habitação, assistência social, esporte, lazer e recreação, trabalho e transportes, entre outras que deveriam estar integradas na resolução dos problemas, sob a pena de colocar em risco o sucesso do PSF. Foi citada a violência, mas também são muito comuns o desemprego, as drogas e o alcoolismo. Outros problemas como o despejo do lixo em locais inapropriados, como nas vias públicas aliado à presença de muitos ferros-velhos, caixas d'água abertas e acúmulo de águas nas calhas, laje, garrafas pet e pneus velhos estão propiciando a proliferação do mosquito da dengue e o aparecimento da epidemia em períodos chuvosos.

#### 4.2 PESQUISA DOCUMENTAL

Este foi um estudo epidemiológico do tipo descritivo. Foram coletados dados demográficos, epidemiológicos, culturais, ambientais e sociais a partir dos registros da ESF e dos ACS que atuam nestas microáreas.

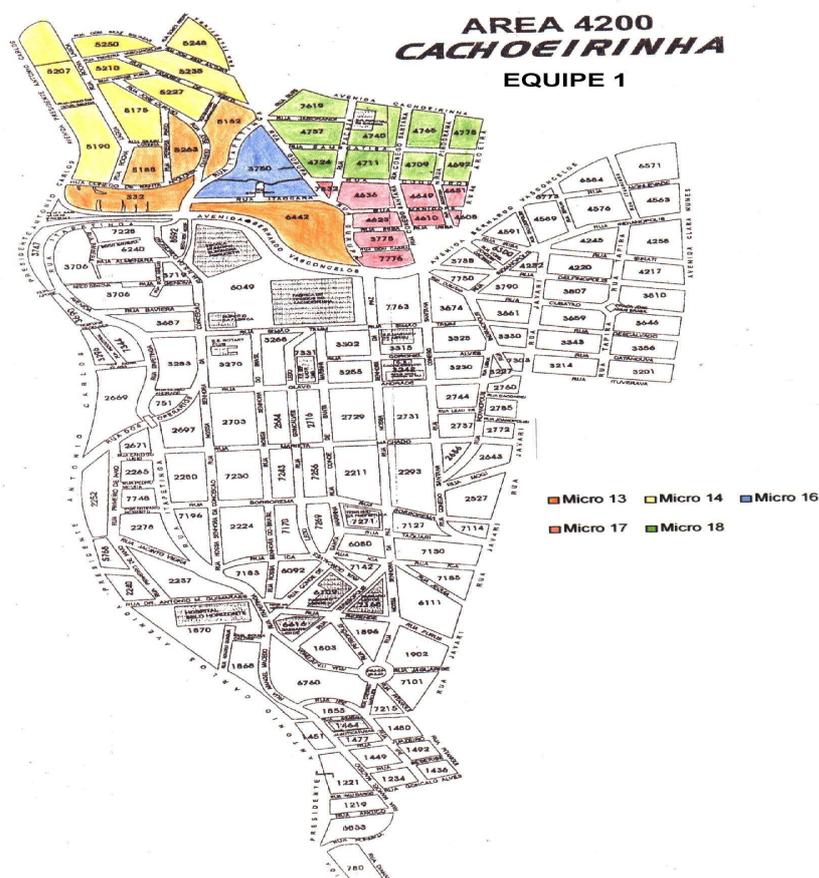
Algumas informações foram obtidas da base de dados do Centro de Saúde e na Gerência de Epidemiologia da Regional Nordeste (GEREPI-NE). Foram também coletados dados referentes ao mapa da área de abrangência do C.S. Cachoeirinha dividido por setores censitários, a fim de obter a classificação de risco destas duas microáreas.

As populações das microáreas foram analisadas em relação à sua demografia, doenças de notificação compulsória, se destacando a dengue, devido ao fato de o Centro de Saúde Cachoeirinha se situar em uma área epidêmica de dengue e sua provável relação com as condições de vida e longevidade da comunidade; e em relação aos demais dados epidemiológicos de morbidade, mortalidade, natalidade, saúde do idoso e materno infantil.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 INDICADORES DE MORBIDADE, NATALIDADE E MORTALIDADE EM DUAS MICROÁREAS DO PSF CACHOEIRINHA.

As microáreas 16 e 17 da equipe 01 são muito distintas entre si, apesar da proximidade geográfica entre elas, como pode se observar no mapa abaixo.



Fonte: Gerência de Epidemiologia Nordeste da SMS/Belo Horizonte

**Fig. 1 - Mapa da área de abrangência do C.S.Cachoeirinha - Belo Horizonte**

Os acessos dentro da microárea 16 são feitos por ruas e becos localizados na favela do Bananal. Já, na microárea 17, não existem favelas, o que poderia evidenciar uma melhor

condição socioeconômica, que pode explicar em parte a maior longevidade entre os moradores desta região. De acordo com Silva (2005), o prolongamento da vida é mais elevado nas camadas sociais privilegiadas, chegando com uma esperança de vida de 70 a 80 anos em média, enquanto a mesma se mantém em patamares críticos de 40 a 50 anos nas camadas e regiões de baixa renda.

Em relação ao risco social, segundo as informações fornecidas pelo GEREPI-NE, todas as microáreas da equipe 01 estão classificadas como risco médio. Apesar disso, observa-se que existem grandes diferenças na composição etária dessas microáreas, em consequência das condições de saúde e disparidades sociais.

Com relação à natalidade, a tabela 01 apresenta informações da GEREPI-NE, a cerca da população de recém-nascidos e gestantes das microáreas da equipe 01 do C.S.Cachoeirinha em 2008.

**Tabela 01.**

**Recém-nascidos e gestantes segundo a microárea na área de abrangência da equipe 01 do C.S. Cachoeirinha, município de Belo Horizonte, 2008**

	m13	m14	m15-16	m17	m18	Total
Nº de recém nascidos	5	9	11	6	8	39
Sexo Masculino	2	3	5	2	3	15
Sexo Feminino	3	6	6	4	5	24
RN Peso <2500	1	0	1	3	1	6
Nº médio de gestantes cadastradas	5	8	7	4	5	29
Gestantes < 20 anos	0	1	0	1	0	2

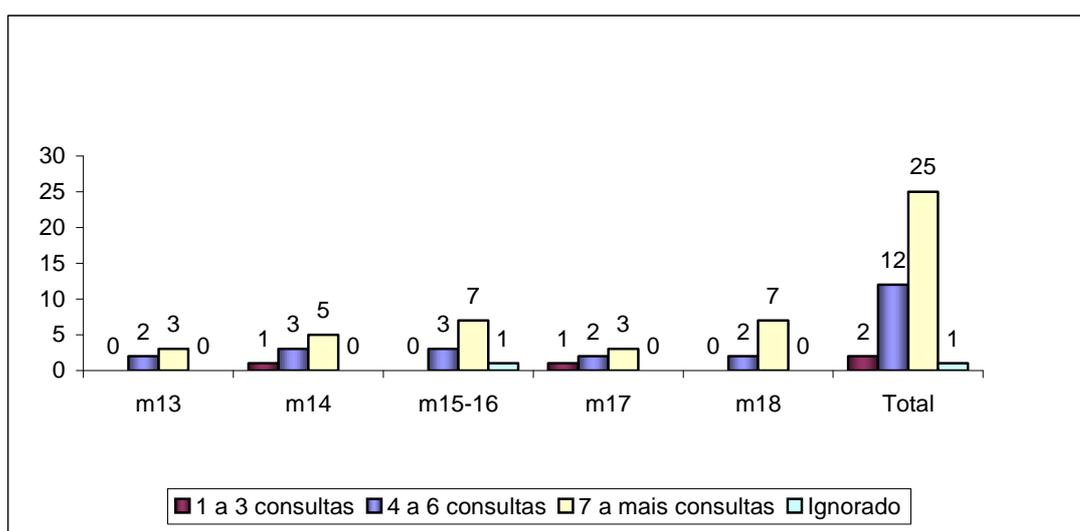
Fonte: Gerência de Epidemiologia Nordeste da SMS/Belo Horizonte

Pelos dados da Tabela 01, percebe-se que em relação ao número de recém nascidos (RN) em 2008 na área de abrangência da equipe 01 do C.S.Cachoeirinha, na microárea 16 nasceram quase o dobro de crianças se comparada com a microárea 17. O fato de a microárea 16 ser um local onde se localizam bicos e favela e ser uma área de maior risco social pode justificar estas diferenças de natalidade apresentadas. Estudos como o de Barros (2009)

descrevem maior taxa de natalidade na cidade do Rio de Janeiro nas áreas de grande concentração de pobreza (portanto de maior vulnerabilidade social), em relação àquelas residentes em áreas integradas, ou seja, os bairros da cidade que se distribuem pelo asfalto. Há de se destacar também a questão de a população da microárea 16 ser mais jovem (como será visto posteriormente), o que faz com que existam mais mulheres em idade reprodutiva, mais gestantes e conseqüentemente haverá mais crianças.

Em relação aos dados do peso ao nascer, a microárea 17 apresentou mais RN de baixo peso do que a microárea 16 em 2008, porém esta diferença pode ser explicada pelo fato de dois RN da microárea 17 terem sido gêmeos prematuros naquele ano.

O gráfico 01 apresenta o número de consultas pré-natais nas duas microáreas.



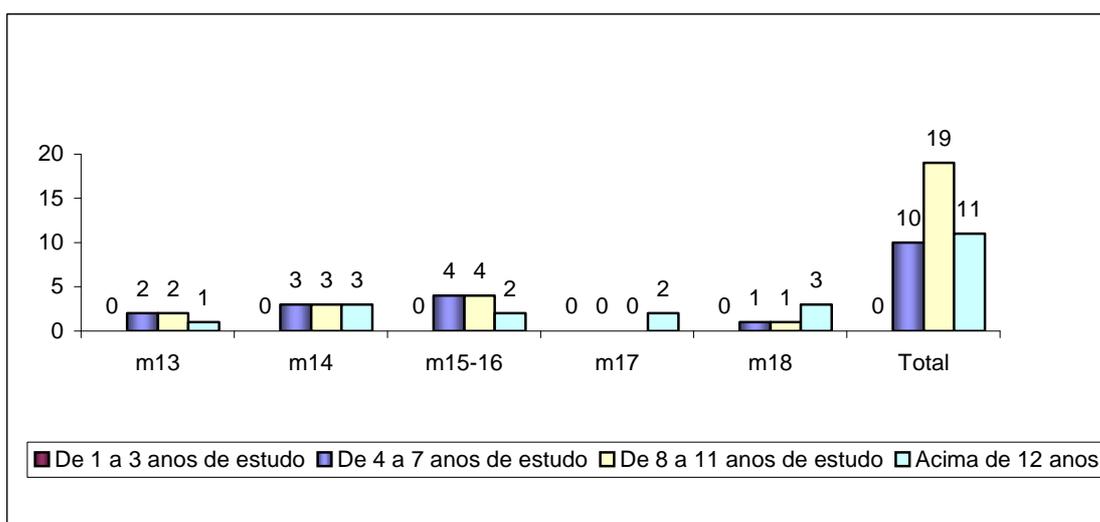
Fonte: Gerência de Epidemiologia Nordeste da SMS/Belo Horizonte

**Gráfico 01 - Número de consultas pré-natal segundo a microárea da equipe 1 do C.S.Cachoeirinha, 2008**

Ainda que a tabela 01 tenha mostrado o dobro do número de gestantes cadastradas na microárea 16 se comparada com a microárea 17, não foram descritas, na microárea 16, gestantes com menos de 03 consultas pré-natais (Gráfico 01). Na microárea 17, houve gestante que teve apenas 1 a 3 consultas pré-natais, porém, como nesta a condição sócio-econômica da população é melhor, conseqüentemente a quantidade de indivíduos com cobertura do sistema

suplementar de saúde também é maior (segundo relato das ACS), e gestantes desta microárea podem estar se consultando no serviço de saúde particular. Essas informações vêm ao encontro ao que foi relatado anteriormente sobre os RN, ou seja, assim como mais crianças nasceram em 2008 na microárea 16, maior foi o número de gestantes nessa microárea no mesmo ano.

O gráfico 02 cita a escolaridade da mãe nas microáreas da equipe 01.



Fonte: Gerência de Epidemiologia Nordeste da SMS/Belo Horizonte

### **Gráfico 02 - Escolaridade da mãe segundo a microárea da equipe 1 do C.S.Cachoeirinha, 2008**

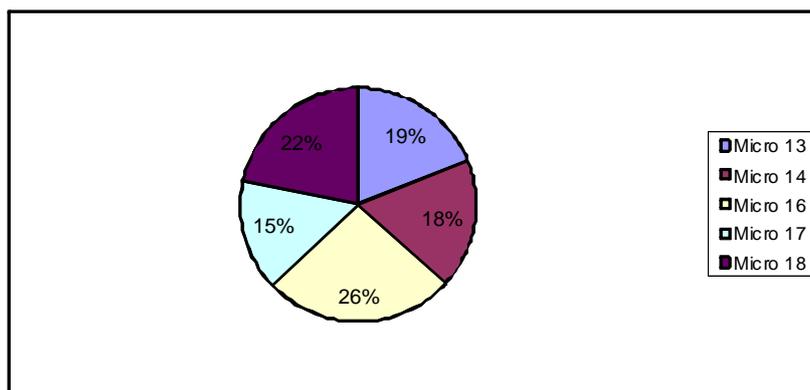
Segundo as informações do Gráfico 02, na microárea 17, todas as mães têm escolaridade acima de 12 anos. Por outro lado, na microárea 16, apenas a minoria das mães tem escolaridade acima de 12 anos. Kassouf, citado por Hoffmann (1995) relata que há uma interação entre escolaridade da mãe e condições sanitárias, sugerindo que aquele fator é particularmente importante para proteger a criança de condições sanitárias desfavoráveis. Como escolaridade da mãe é um fator de proteção para crianças em condições sanitárias adversas e na microárea 16 estas condições são piores, as crianças que nascem nesta microárea tem maior risco de desenvolver doenças e de vir a óbito. Este fato favorece diferenças na longevidade das duas microáreas.

Com relação à morbidade nas duas microáreas, a distribuição dos casos dengue pode ser um indicador das diferentes condições de vida da área, uma vez que más condições de vida e habitação são fatores determinantes dos casos.

Dados epidemiológicos das microáreas indicam que, em relação à dengue, as estatísticas de 2008 mostram que foram observados mais casos da doença na microárea 16, se comparada com o microárea 17. Naquele ano, foram registrados um total de 447 casos confirmados de dengue na área de abrangência da equipe 01, sendo um número significativo de 117 na microárea 16 e apenas 69 na microárea 17. Ou seja, uma diferença de quase 100%. A microárea 17 se delimita com a microárea 16 pela rua Gurupá, uma está ao lado do território da outra.

Neste ano de 2010, mesmo antes do fechamento das estatísticas de dengue da Gerepi-NE, observou-se no acolhimento e no atendimento aos pacientes da equipe, mais notificações de dengue dos usuários da microárea 16 e menos dos residentes da microárea 17.

Segundo o registro interno da equipe a partir do levantamento dos ACS em 2008 (Tabela 04), a população da microárea 16 foi de 938 pessoas, e da microárea 17, de 797. Apesar disso, o quantitativo demográfico maior da microárea 16 não justifica o seu número maior de casos de dengue, pois ao analisarmos o gráfico 03, observamos que percentualmente os valores são diferentes.



Fonte: Gerência de Epidemiologia Nordeste da SMS/Belo Horizonte

**Gráfico 03 - Casos confirmados de dengue por microárea, na equipe 1 do C.S. Cachoeirinha, 2008**

Através do gráfico 03, vê-se que a microárea de maior porcentagem é a microárea 16, e a de menor porcentagem é justamente a microárea 17, demonstrando o quanto elas foram distintas em relação à epidemia de dengue ocorrida em 2008. Estas diferenças vão ao encontro ao que é mencionado na literatura sobre a análise da dengue com as condições de vida da população e a sua longevidade.

Machado (2009), refere-se ao contexto social como uma unidade complexa onde fatores sócio-econômicos estruturais urbanos, em conjunto, geram uma realidade única em cada local, favorecendo ou desfavorecendo a disseminação da dengue.

Por sua vez, Braga et al e Marzochi, citados por Mondini e Neto (2007), ressaltam que existe a influência de vários elementos envolvidos no processo de transmissão e a necessidade de uma avaliação holística do fenômeno em áreas endêmicas. Um desses elementos é o nível sócio-econômico da população.

Resendes (2010), em estudo realizado em Niterói, cita a incidência maior da dengue em áreas de piores condições de infraestrutura e de alto incremento populacional e também em locais onde há maior percentual de favelas e cujos moradores possuem menor longevidade.

Os indicadores de dengue da equipe 01 demonstram que na microárea 16, como as condições de vida são piores, isto favorece o surgimento da doença. Estes dados podem contribuir para a compreensão de diferenças na estrutura etária das duas microáreas, uma vez que a maior longevidade está associada a melhores condições de vida.

A tabela 2 mostra dados relativos a doenças de notificação compulsória nas duas áreas.

**Tabela 2.**

**Doenças de notificação compulsória segundo a microrregião na área de abrangência da equipe 01 do C. S. Cachoeirinha, município de Belo Horizonte, 2008**

<b>Doenças</b>	<b>m13</b>	<b>m14</b>	<b>m16</b>	<b>m17</b>	<b>m18</b>	<b>Total</b>
Tuberculose	0	2	0	1	1	4
Acidente com animais peçonhentos	1	0	0	1	2	4
AIDS	0	1	1	0	0	2
PFA da Poliomielite	0	1	0	0	0	1
Caxumba	0	1	0	0	0	1
Varicela	0	0	0	1	0	1
Sífilis Congênita	1	0	0	0	0	1
Sífilis em gestantes	0	0	1	0	0	1
Dengue	84	80	117	69	97	447

Fonte: Gerência de Epidemiologia Nordeste da SMS/Belo Horizonte

De acordo com a Tabela 02, pode-se dizer que ela reflete o que foi analisado anteriormente, em relação aos casos de dengue. Como a dengue representou a maioria do quantitativo das doenças de notificação compulsória de 2008 na equipe 01, a microárea 16 apresentou muito mais casos desta classe de doenças do que a microárea 17.

A tabela 3, a seguir, se refere à morbidade referida nas microáreas da equipe 01 em 2008.

**Tabela 03.**

**Morbidade referida segundo a microárea na área de abrangência da equipe 01 do C.S. Cachoeirinha, município de Belo Horizonte, 2008**

Morbidades	Microárea 13	Microárea 14	Microárea 16	Microárea 17	Microárea 18	Total
Alcoolismo	3		72	23	1	99
Epilepsia	5		6	2	2	11
Diabetes	35		22	33	25	115
HAS	82		84	86	59	311
Doença mental	10		16	14	14	154
Doença cardíaca	5		9	24	3	41
Alzheimer e Parkinson	0		0	0	1	1
Seqüelas de AVC	6		2	1	1	10
Acamados	3		1	3	2	9
Desnutrição infantil	6		2	0	0	8
Asma	13		22	3	11	49
Câncer	2		1	1	2	6
TBC	1		0	0	0	1
Hanseníase	0		0	0	0	0
HIV	1		0	1	1	3
Total	166		237	191	122	

Fonte: registro interno da equipe (levantamento dos ACS)

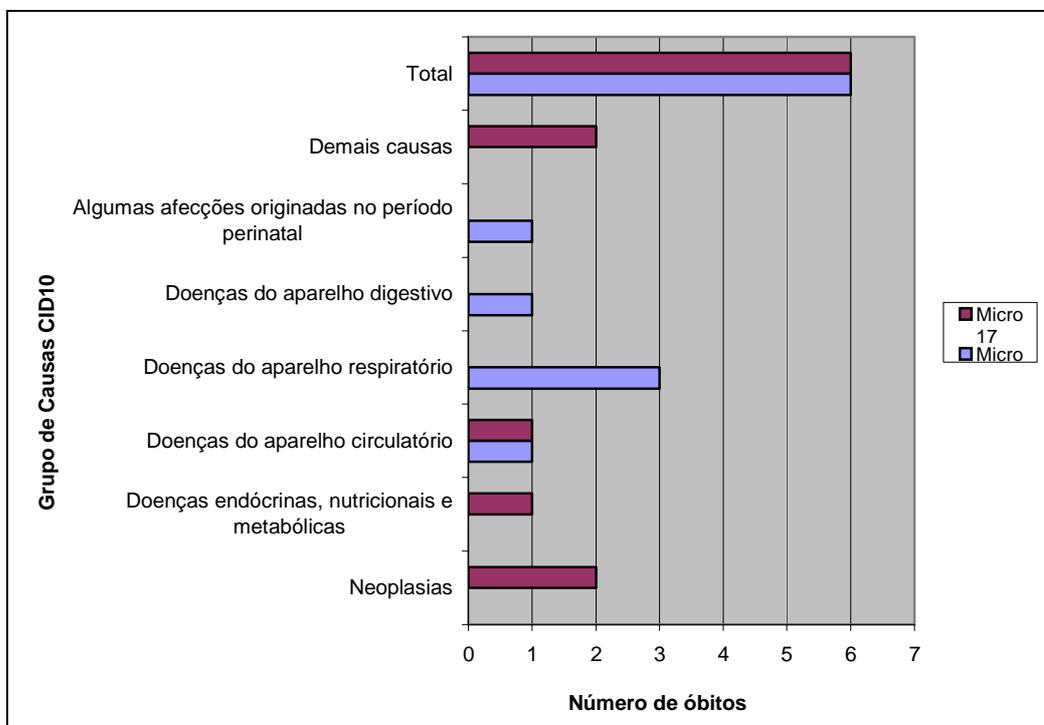
Observa-se, pelos dados de morbidade referida, na tabela acima, que o alcoolismo e a asma foram predominantes na microárea 16, com 72 e 22 casos, respectivamente. Na microárea 17, por sua vez, houve mais hipertensos, diabéticos e cardiopatas que são doenças que geralmente ocorrem em populações mais idosas e mais ricas. O alcoolismo e a asma normalmente ocorrem em populações com maior risco social. Estas informações vão ao

encontro da literatura sobre o assunto. Um estudo de Paes-Souza, citado por Chaimowicz et al (2009), realizado em Belo Horizonte, demonstrou que grupos mais ricos da população exibiam avançado padrão de mortalidade, no qual prevaleciam doenças circulatórias e neoplasias; grupos mais pobres, por vezes residindo em bairros contíguos, continuavam vulneráveis à mortalidade por doenças infecciosas que se somavam aos homicídios, doenças circulatórias e respiratórias. Assim, observa-se o fenômeno da transição epidemiológica nas duas microáreas estudadas, ou seja, dentro da área de abrangência da equipe 01, a microárea 17 começa a conviver com uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas devido ao envelhecimento populacional e, ao lado desta, tem a microárea 16 em que doenças como a dengue ainda não foram resolvidas. Este fato é bastante característico do fenômeno da transição epidemiológica em curso no Brasil, onde há um aumento das DCNT e doenças infecciosas como a dengue ainda persistem.

Pelo gráfico 04 (vide pág 26), têm-se informações a cerca das causas de óbitos de residentes das microáreas 16 e 17 na área da equipe 01 em 2008.

Em relação aos óbitos das microáreas 16 e 17 em 2008, elas diferem em relação às causas dos óbitos. Enquanto, na microárea 16, predominaram os óbitos por doenças respiratórias, na microárea 17, as neoplasias tiveram destaque. Estes dados reforçam o que foi analisado na tabela 03, em relação à microárea 16, onde há muitos pacientes com asma, que também é uma doença respiratória. Não se pode deixar de mencionar que o câncer, que acomete mais idosos, ocorreu somente entre os residentes da microárea 17, que apresenta um maior percentual de idosos em sua composição etária.

Para Ramos et al (1987), vemos atualmente, no Brasil, um acentuado declínio na mortalidade. Verifica-se um decréscimo acentuado por doenças infecciosas e um aumento significativo das mortes por doenças circulatórias, neoplásicas e por causas externas. Ao analisar os dados de mortalidade das duas microáreas percebe-se mais uma vez que o fenômeno da transição epidemiológica mostra-se em curso e com as peculiaridades brasileiras descritas pela literatura (Gráfico 04).

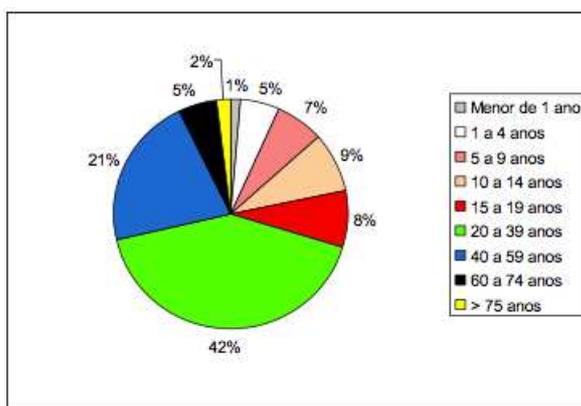


Fonte: Gerência de Epidemiologia Nordeste da SMS/Belo Horizonte

**Gráfico 04 - Óbitos de residentes das microáreas 16 e 17 na área de abrangência da equipe 01 do C.S.Cachoeirinha, município de Belo Horizonte, 2008**

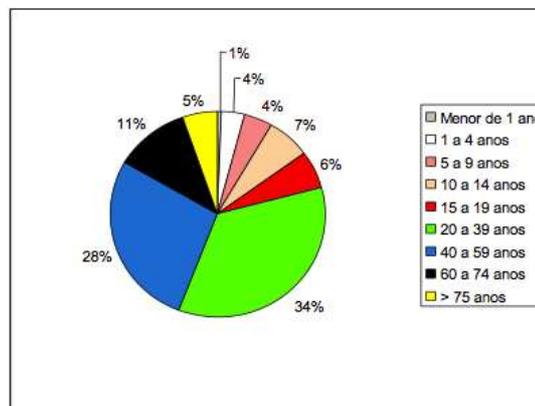
**5.2 INDICADORES DEMOGRÁFICOS DE DUAS MICROÁREAS DO PSF CACHOEIRINHA – ENVELHECIMENTO POPULACIONAL**

Segundo os dados populacionais de 2008 da área de abrangência das microáreas 16 e 17 da equipe 01 do C.S.Cachoeirinha (Gráficos 05 e 06), predomina-se a população adulta de faixa etária de 20 a 39 anos nas microáreas 16 e 17, o que corresponde a 42% (mais de 2/5 do total) e 34%, respectivamente (mais de 1/3 do total). Os idosos acima de 60 anos somam-se apenas 7% do total na microárea 16 e 16% na microárea 17. Os gráficos 04 e 05 mostram a distribuição etária da população nas duas microáreas.



Fonte: registro interno da equipe (levantamento dos ACS)

**Gráfico 05 - População segundo a faixa etária da microárea 16, Eq.01 do C.S.Cachoeirinha – 2008**



Fonte: registro interno da equipe (levantamento dos ACS)

**Gráfico 06 - População segundo a faixa etária da microárea 17, Eq.01 do C.S.Cachoeirinha – 2008**

A microárea 17 é uma região do bairro urbanizada há mais tempo o que pode justificar em parte o maior número de idosos que residem por lá, especialmente dos indivíduos acima de 75 anos, pois há moradores que vivem neste local há 60 anos, quando se iniciou a construção da rede elétrica e do saneamento básico. Por sua vez, na microárea 16, há bicos e aglomerados que existem há aproximadamente 30 anos. Este local é conhecido como favela do Bananal, pois muitos dos moradores mais antigos vieram do interior, de uma cidade supostamente chamada de Bananal. Em ambas as 02 microáreas, os antigos moradores são oriundos do interior, em um processo migracional como outros que ocorreram no país na segunda metade do século passado. Martin (2005), em um estudo realizado em Londrina, Paraná, cita que além do êxodo rural nesta cidade, que se intensificou, principalmente, a partir da década de 60, houve intensa imigração de contingentes vindos de outros Municípios.

Há atualmente, na microárea 16, os aglomerados, onde casas, cômodos e barracos são construídos de forma irregular. À medida que as famílias aumentam e mais moradores se mudam para a região, mais construções ocorrem ao lado da que já existe. Na microárea 17, este fenômeno é percebido com menos frequência. Em relação à influência das moradias na

expectativa de vida da população, Brito (2009), alerta para a necessidade de produzir um urbanismo e uma moradia observando a acessibilidade sem preconceitos, respeitando e acompanhando a longevidade humana de forma natural, subjetiva e eficaz.

Através dos dados demográficos observados nas duas microáreas, podemos verificar uma discrepância grande, principalmente nos idosos, a microárea 17 possui um percentual de idosos que é mais do dobro da 16. Apesar disso, os dados das VD obtidos pelo levantamento dos ACS demonstram que a equipe realiza mais VD aos idosos e acamados da microárea 16. Em relação às VD em geral, da ESF em 2009, na microárea 16 foram realizadas 123 VD, enquanto que na microárea 17, foram feitas apenas 16. Tal fato mostra que apesar de serem numericamente menores, os idosos da microárea 16 são mais dependentes, demandando maior suporte social.. Outro ponto que precisa ser discutido é que há um maior contingente de idosos acima de 75 anos na microárea 17, pois os estudos mostram que há um aumento nos níveis de dependência com o aumento da idade. Mesmo tendo mais idosos acima de 75 anos, são feitas menos VD. Há portanto dois aspectos aí a se considerar, ou os idosos envelhecem mais saudáveis ou tem maior suporte e não demandam assistência domiciliar do SUS.

As piores condições de vida dos usuários da microárea 16 contribuem para um maior adoecimento dos idosos desta área gerando mais dependência com o avanço da idade. Não se pode esquecer também o fato de a população da microárea 17 ser provavelmente mais assistida por convênios particulares, devido ao seu maior nível sócio-econômico, necessitando menos da assistência do serviço público. Dessa forma, existe a necessidade de uma melhoria das condições de vida da população idosa para que as pessoas envelheçam com mais saúde, principalmente nas áreas de maior risco social, como é o caso da microárea 16. De acordo com o princípio da equidade, a população da microárea 16 necessita de mais suporte de forma que um maior número de pessoas tenha um bom envelhecimento.

A seguir, na tabela 04, as microáreas 16 e 17 são comparadas em relação à população masculina e feminina, destacando as faixas etárias acima de 60 anos.

**Tabela 04.**  
**POPULAÇÃO MASCULINA E FEMININA SEGUNDO**  
**A FAIXA ETÁRIA NAS MICROÁREAS (M.A.) 16 E 17**  
**DA EQUIPE 01, DO C.S. CACHOEIRINHA, 2008.**

<b>Faixa</b>	<b>M.A. 16</b>	<b>M. A. 16</b>	<b>M. A. 17</b>	<b>M. A. 17</b>
<b>Etária</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>
< 1 ano	05	07	02	03
1 a 4 anos	26	24	16	13
5 a 9 anos	30	32	18	15
10 a 14 anos	38	42	29	24
15 a 19 anos	31	44	24	22
20 a 39 anos	174	217	135	143
40 a 59 anos	92	109	97	123
60 a 74 anos	<b>14</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>56</b>
> 75 anos	<b>03</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>32</b>
TOTAL	413	525	366	431

Fonte: registro interno da equipe (levantamento dos ACS)

Através da tabela 04, pode-se observar que, nas duas microáreas, há uma porcentagem maior de mulheres adultas e principalmente idosas. A diferença na proporção de homens e mulheres idosas é maior nas idades acima de 75 anos. Na microárea 16, por exemplo, o número de idosas acima de 75 anos é mais de 5 vezes maior que o número de idosos nesta mesma faixa etária. Isto demonstra que as mulheres estão vivendo mais nas 02 regiões, porém em proporção maior na microárea 16 (05 mulheres para cada homem na microárea 16 e 02 mulheres para cada homem na microárea 17). Observa-se que mesmo nas microáreas de maior risco social, há uma maior longevidade das mulheres. Estes resultados vão ao encontro da literatura em relação ao maior número de mulheres idosas na população, fenômeno descrito por Martin et al (2005) como “Pirâmide da Solidão”, decorrente do grande número de idosas viúvas, solteiras e descasadas. Tal fato sugere que mesmo em locais com piores condições de vida como as da microárea 16, fatores associados ao sexo e/ou gênero favorecem as mulheres quanto à expectativa de vida. É importante distinguir gênero (tem a ver com comportamento

de homens e mulheres, por exemplo, as mulheres usam mais o serviço de saúde) e sexo (tem a ver com fatores ligados ao sexo, por exemplo, doença cardiovascular, câncer de mama,... etc)

Na tabela 05, são apresentados os dados do Censo BH Social de 2000.

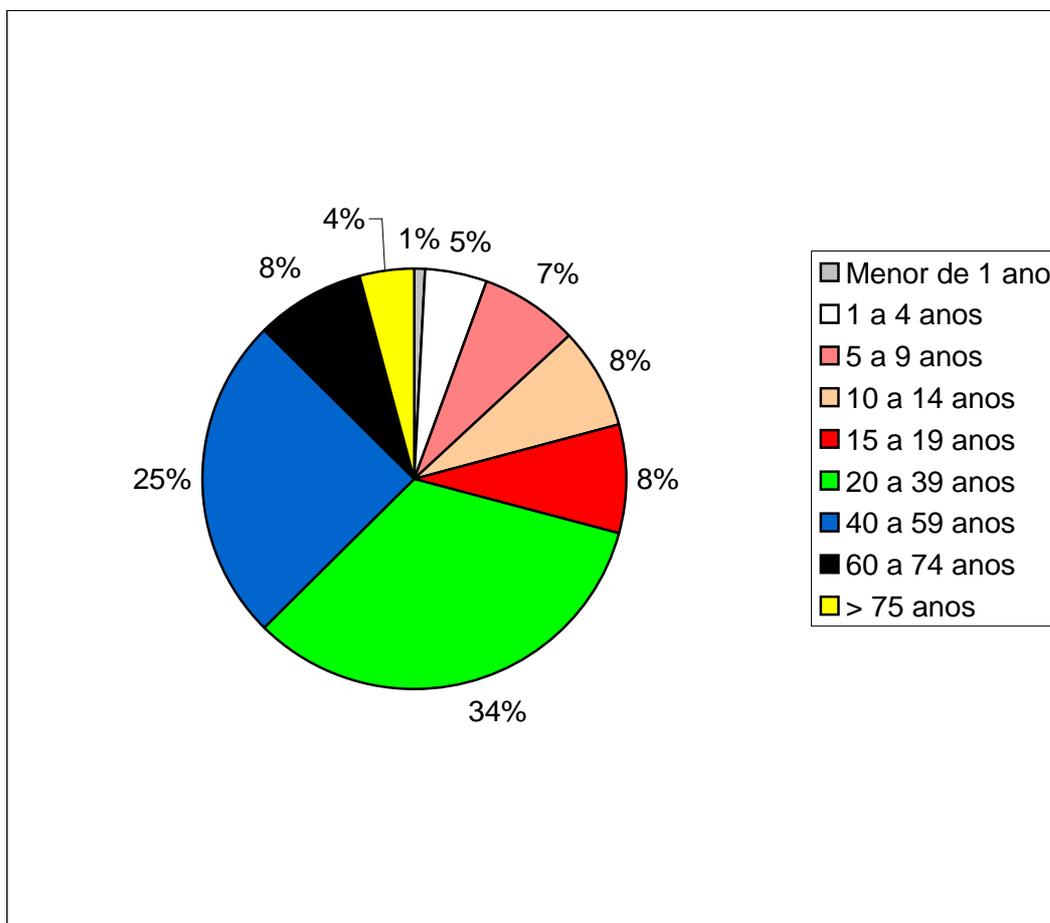
**Tabela 05.**

<b>CENSO BH SOCIAL - 2000</b>						
<b>CONSOLIDADO DAS FAMILIAS / INDIVIDUOS CADASTRADOS POR</b>						
<b>MUNICÍPIO</b>						
<b>EQUIPE: PSF01 CS CACHOEIRINHA</b>						
<b>Faixa Etária e sexo</b>	<b>M.A. 13</b>	<b>M. A. 14</b>	<b>M.A. 16</b>	<b>M.A. 17</b>	<b>M. A. 18</b>	<b>Total</b>
01 a 04 anos Masc	0	2	0	1	0	3
05 a 06 anos Masc	0	2	1	3	1	7
07 a 09 anos Masc	13	16	14	7	15	65
10 a 14 anos Masc	26	33	38	15	34	146
15 a 19 anos Masc	30	18	32	25	30	135
20 a 39 anos Masc	119	140	137	101	125	622
40 a 49 anos Masc	53	41	50	44	57	245
50 a 59 anos Masc	32	29	42	37	58	198
60 anos e + Masc	54	53	25	54	71	257
01 a 04 anos Fem	0	3	3	0	0	6
05 a 06 anos Fem	0	0	3	0	0	3
07 a 09 anos Fem	10	13	18	12	9	62
10 a 14 anos Fem	30	20	33	31	24	138
15 a 19 anos Fem	29	23	28	27	25	132
20 a 39 anos Fem	128	137	136	108	156	665
40 a 49 anos Fem	54	44	58	51	74	281
50 a 59 anos Fem	49	50	45	45	71	260
60 anos e + Fem	77	76	53	97	92	395
<b>Total Geral</b>	<b>704</b>	<b>700</b>	<b>716</b>	<b>658</b>	<b>842</b>	<b>3620</b>

*Fonte: Censo BH Social – 2000*

Comparando-se os dados populacionais destas 02 microáreas de 2008 (Tabela 04), com os dados do Censo BH Social de 2000, observa-se um crescimento populacional principalmente na microárea 16 (mais de 30%), que é uma área de maior risco social. As altas taxas de natalidade observadas, além de processos migratórios (de pessoas oriundas do interior, expandindo os aglomerados) contribuíram para este aumento. Este maior índice de natalidade aliado ao crescimento demográfico revelam a necessidade de uma maior política de atenção à saúde da mulher e da criança nesta região, das atividades de planejamento familiar ao pré-natal e deste ao ciclo evolutivo da criança.

Por sua vez, a microárea 17 também teve um crescimento populacional significativo (mais de 20%), porém, em relação aos aspectos demográficos, ela é representada por menos crianças e adolescentes e mais indivíduos adultos e idosos. Dessa forma, nesta microárea, os idosos merecem destaque por representar uma porcentagem significativa da população. Faz-se necessário que a equipe mantenha um maior acompanhamento no sentido de conhecer o hábito de vida desses idosos, os seus costumes, lazer, atividades sociais, tipos de alimentação, vida sedentária ou não, a fim de levantar quais seriam as atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças mais necessárias para esta população que está cada vez mais predominante na comunidade. Provavelmente em função das mudanças no ciclo familiar como a saída dos filhos de casa, isto pode contribuir para a diferença observada entre as duas microáreas. Uma consequência destas mudanças seria um maior número de idosos vivendo sós, o que traz como desafio o suporte social a estes indivíduos. Provavelmente, terão idosos com mais acesso aos serviços de saúde nesta microárea, porém haverá maior necessidade de suporte social, mesmo porque esta microárea apresenta idoso “muito idosos” que são o grupo onde há uma maior prevalência de dependência. Para esta área, a prática alternativa de Lian Gong, que visa principalmente a população idosa, pode contribuir com a sua saúde. É importante destacar que está se comparando a população de 2008, segundo o registro interno da equipe (Tabelas 04) com o CENSO BH SOCIAL de 2000 (Tabela 05).



Fonte: registro interno da equipe (levantamento dos ACS)

#### **Gráfico 07 - População segundo a faixa etária da equipe 1 do C.S.Cachoeirinha - 2008**

Ao avaliar os gráfico 07, verifica-se que a população da área de abrangência da equipe 01 do C.S.Cachoeirinha se encontra na 3ª fase da transição demográfica. A população acima de 60 anos equivale a 12% do total, sendo 4% com mais de 75 anos. Por outro lado, as pessoas com menos de 15 anos representam 21% e os adultos de 20 a 39 anos somam 34%. Tanto as taxas de mortalidade quanto as taxas de fecundidade, em geral, são baixas. Dessa forma, com a queda da mortalidade e da fecundidade, os adultos, que representam a maior parcela desta população hoje, farão parte da faixa etária de idosos, a partir de 2035, acompanhando a tendência de nosso país de ser tornar um país envelhecido. De acordo com Chaimowicz et al (2009), um país é considerado jovem quando menos de 7% de sua população tem 65 anos; quando 14% já alcançaram esta idade, passa a ser considerado envelhecido. Os usuários da

microárea 17 podem estar mais próximos desta tendência, enquanto que os da microárea 16, mais distantes, através dos dados que foram descritos anteriormente, quando foi avaliada a população, segundo a faixa etária de cada uma destas microáreas, em separado (gráfico 05 e 06).

## 6. CONCLUSÕES

- Os resultados apresentados mostraram diferenças em relação ao percentual de idosos nas duas microáreas avaliadas neste estudo, ou seja, a microárea 17 possui um percentual de idosos que é mais do dobro da 16. Tais diferenças devem-se ao processo de urbanização da área avaliada e a diferenças nas condições de vida, incluindo moradia, educação, saúde e higiene.
- Dados relativos à urbanização, morbidade e mortalidade avaliados mostraram diferenças marcantes quanto à morbidade e mortalidade entre as duas áreas, indicando que enquanto a microárea 17 apresenta um fenômeno de transição epidemiológica bem definido, com aumento das doenças crônico-degenerativas e da mortalidade pelas mesmas, na microárea 16 persistem doenças infecciosas como a dengue.
- As diferenças de condições de vida entre as duas microáreas refletem em um maior número de idosos dependentes na microárea 16, enfatizando a importância da integralidade na assistência aos residentes destas duas microáreas.
- Destaca-se a importância da equidade a fim de nortear as atuações da equipe, de acordo com a realidade local, sendo que dois pontos a serem considerados são o fato de a população da microárea 17 ser mais assistida por convênios particulares e mais visitas domiciliares serem realizadas para os idosos da microárea 16.
- Apesar das diferenças no que diz respeito à longevidade, em ambas as áreas observou-se o fenômeno de feminalização do envelhecimento, ou seja, mesmo vivendo em piores condições de vida, as mulheres idosas são proporcionalmente superiores aos homens na microárea 16.
- Diante dos resultados observados, fica clara a necessidade da equipe de saúde da família discutir as implicações do envelhecimento populacional nas duas microáreas avaliadas, desenvolvendo ações para promoção do envelhecimento

ativo, ações assistenciais e de reabilitação que contribuam para a qualidade de vida dos idosos de ambas as áreas

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Idéias & Letras, 2007. 387 p.

BARROS, Maria Theresa da Costa. Natalidade e violência: uma problemática das relações entre juventudes, feminilidades e violências. **Revista Oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente / UERJ**. 2009, vol. 6, nº 4, pp. 17-25.

BIFFI, Raquel Gabrielli. **A dinâmica familiar de um grupo de mulheres com câncer de mama**. 2003. 179f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

BRITO, Sandra Maria de Carvalho et al. **A casa inteligente ou a moradia que acompanha a longevidade humana**. Trabalho apresentado no 3o Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia. 2009. 9p.

CARVALHO, Marília Sá; CRUZ, Oswaldo Gonçalves; NOBRE, Flávio Fonseca. **Perfil de risco: método multivariado de classificação sócio-econômica de microáreas urbanas - os setores censitários da região metropolitana do Rio de Janeiro**. Cad. Saúde Pública, Out 1997, vol.13, no.4, p.635-645.

CHAIMOWICZ, Flávio et al. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte – Editora Coopmed, Nescon UFMG. 2009. 182p.

DUARTE, Elisabeth Carmen et al. Expectativa de vida ao nascer e mortalidade no Brasil em 1999: análise exploratória dos diferenciais regionais. **Rev Panam Salud Publica [online]**. 2002, vol.12, n.6, pp. 436-444.

HOFFMANN, Rodolfo. Pobreza, insegurança alimentar e desnutrição no Brasil. **Estudos Avançados [online]**. 1995, vol.9, n.24, pp. 159-172.

KALACHE, Alexandre. **Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova.** Cad. Saúde Pública [online]. 1987, vol.3, n.3, pp. 217-220.

MACHADO, Juliana Pires; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; SOUZA-SANTOS, Reinaldo. **Análise espacial da ocorrência de dengue e condições de vida na cidade de Nova Iguaçu, Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, n.5, pp. 1025-1034.

MALTA; Rodrigo Fernandes et al. A utilização do inquérito domiciliar como instrumento de acompanhamento de ações de saúde em microáreas – analisando a situação vacinal de menores de um ano. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.1, p. 28-33. jan-fev. 2002.

MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI JUNIOR, Luiz e BASTOS, Yara Gerber Lima. Aspectos demográficos do processo de envelhecimento populacional em cidade do sul do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude [online]**. 2005, vol.14, n.3, pp. 85-90.

MONDINI, Adriano; CHIARAVALLOTI NETO, Francisco. **Variáveis socioeconômicas e a transmissão de dengue.** Rev. Saúde Pública [online]. 2007, vol.41, n.6, pp. 923-930.

NASCIMENTO, Fernanda Gomes do, et al. Aplicabilidade de uma Escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória, ES-Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]** 2010 jan. [Citado em 12 de Janeiro 2010]; [cerca de 11 p.] **Está disponível em:** <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS; Christovam. O território no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v.2,n.2, p.47-55, jun 2006.

RAMOS, Luiz Roberto; VERAS, Renato P. and KALACHE, Alexandre. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública [online]**. 1987, vol.21, n.3, pp. 211-224.

RESENDES, Ana Paula da Costa, et al. **Determinação de áreas prioritárias para ações de controle da dengue**. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2010, vol.44, n.2, pp. 274-282.

ROSA, Mary Rosane Quirino Polli; PATRICIO, Zuleica Maria; SILVERIO, Maria Regina and RUMEL, Davi. Motivos que levaram idosos a buscar atenção em uma unidade básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2009, vol.17, n.5, pp. 670-676.

SILVA, Marina da Cruz. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento [online]**. 2005, vol.8, n.1, pp. 43-60.

TURCI, Maria Aparecida, et al. **Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte** – Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. 432p.

VIEIRA, Tiago Monteiro Moraneli. **A visita domiciliária: entraves e possibilidades de atuação dos ACSs em Unidades de Saúde do município de Nova Lima**. 2007. 36f. Monografia. (Especialização em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.