

# MORTALIDADE ENTRE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE GOUVEIA: MINAS GERAIS, NO TRANSCORRER DE CINCO ANOS CENSITÁRIOS (1960-2000)

## MORTALITY AMONG OLDER ADULTS IN GOUVEIA: MINAS GERAIS, THROUGHOUT FIVE YEARS CENSUSES (1960-2000)

*Daisy de Rezende Figueiredo Fernandes<sup>1</sup>  
Gabriela de Cássia Ribeiro<sup>2</sup>*

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o comportamento da mortalidade ocorrida entre os idosos do município de Gouveia (MG), durante cinco anos censitários. Para tal, realizou-se um estudo de série temporal, utilizando dados municipais e nacionais da população residente e dos óbitos ocorridos entre indivíduos maiores de 60 anos de ambos os sexos. As variáveis foram estudadas, hipóteses foram confirmadas e situações evidenciadas, como o predomínio das doenças do aparelho circulatório entre as causas de mortalidade, apontando que este grupo permanecerá como o principal representante das causas de óbito na velhice e por um longo tempo. As vantagens de estudos como este relacionam-se com o baixo custo, possibilidades de comparações no decorrer do tempo e inferência para o município. Apesar da identificação de limitações, os resultados obtidos mostraram congruência com os conhecimentos existentes sobre a população idosa brasileira, necessidade de incremento nos programas de saúde pública e de pesquisas nesta área.

**Palavras-chave:** Idoso. Mortalidade. Epidemiologia do envelhecimento.

### ABSTRACT

The current survey aims at analyzing the characteristics of mortality among elder people in the town of Gouveia, located in the state of Minas Gerais, along the five given annual census. For that purpose, a time series study was carried out, using municipal and national data of the inhabitants and also of the older than 60 years, male and female, deceased individuals. The variables were studied, confirmed and several situations became into evidence such as the predominance of circulatory system diseases among the main causes of mortality, showing that this group will represent the main causes of death at an old age for a long while. The advantages of such survey are related to low cost, the possibilities of comparisons along a determined period of time and its inference to the the local government. In spite of identifying limitations, the outcomes obtained show congruence with the pre-existing knowledge about Brazilian elder population, the need of improvement on the public health system and research in this field.

**Keywords:** Older adults. Mortality. Epidemiology of aging.

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutora e Professora do Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Diamantina - MG. Email: daizy@jknet.com.br

## INTRODUÇÃO

Inúmeros são os acontecimentos que ocorrem durante a vida de um ser humano, mas dois podem ser considerados como únicos, o nascer e o morrer. Ao considerarmos que, após o nascimento, a morte é inevitável, concluímos que a vida humana tem um tempo de duração limitado. Desde as épocas mais remotas, é fato que os indivíduos praticam ações e desenvolvem comportamentos que visam impedir a morte, sendo este objetivo impossível de ser alcançado, buscam-se retardá-la ao máximo. Tal fim revela consigo não somente a procura da longevidade, mas também está atrelada a um modo de viver saudável, produtivo e de boa qualidade.

Um fato brasileiro que ilustra estas práticas refere-se à mudança de atitude dos habitantes da cidade do Rio de Janeiro– (RJ) em relação à morte. Desde o início da colonização até o ano de 1950, por um costume essencialmente cristão, os sepultamentos dos mortos eram realizados no interior ou em torno das igrejas, revelando a relação de familiaridade entre vivos e mortos.

Os discursos médicos da época defendiam, com razões e argumentos, a necessidade de criação de cemitérios públicos distantes do centro urbano e, portanto, o afastamento dos mortos e de suas sepulturas do interior das igrejas. Estes profissionais argumentavam que este costume e alguns rituais fúnebres, associados ao ambiente mal iluminado e sem ventilação, comprometiam a saúde dos indivíduos e a salubridade pública. Entretanto, nenhum argumento foi tão convincente quanto o impacto que a epidemia de febre amarela causou sobre a população. O medo do contágio e da morte provocou temores entre os vivos, abalando seus hábitos, suas práticas e a substituição definitiva do sepultamento eclesiástico por sepultamento em cemitérios<sup>(1)</sup>.

Apesar desta transferência de local de inumação, houve a manutenção de uma referência cristã, com a preservação da administração dos sacramentos de penitência, de eucaristia e da extrema-unção; o uso, apesar de reduzido, de

vestes mortuárias em cores e de santos e os registros de óbitos, que, neste momento, tinham apenas a finalidade religiosa de contabilizar o número de vezes em que o pároco era solicitado.

Na Inglaterra, estes registros deixaram de ser estritamente religioso para ter utilização científica, ao serem utilizados por um comerciante chamado John Graunt, em meados do século XVII. Este comerciante, utilizando-se dos assentamentos das paróquias de Londres, compilou dados de nascimentos e de óbitos segundo variáveis como sexo, idade, procedência e causa, realizando sua depuração e sua interpretação, possibilitando a publicação de um estudo ao qual denominou “Natural and Political Observations made upon the Bills of Mortality”. Na época, John Graunt admitiu um grande prazer em deduzir tantas coisas dos desprezados Boletins de Óbitos. Pela realização deste feito, foi atribuído ao autor o reconhecimento de ter realizado o primeiro estudo estatístico de doenças, no caso, análise de mortalidade por causa<sup>(2,3)</sup>.

Em meados do século XIX, Willian Farr, médico sanitaria e estatístico inglês, também estudou nascimentos e óbitos em Londres, sendo o primeiro investigador a examinar séries temporais de morbimortalidade para longos períodos e, assim, mostrar a finalidade epidemiológica dos dados, além de estudar aspectos sociais relacionados com a saúde. Estes e outros estudos possibilitaram descrever numerosas doenças que acometiam os homens e como elas se distribuíam entre as populações, sendo que grande número era causador de morte<sup>(2,4)</sup>.

Desde a publicação de John Graunt até praticamente as primeiras décadas do século XX, as informações sobre a frequência das doenças eram aquelas advindas das estatísticas de mortalidade por causa. Laurenti<sup>(3)</sup> cita que Greenwood, ao historiar as estatísticas médicas, relata as dificuldades e as várias tentativas que foram feitas para a criação de uma nomenclatura que apresentasse um conceito uniforme e que pudesse ter o mesmo significado em qualquer lugar do mundo.

A necessidade de comparar causas de morte segundo áreas ou regiões de um país,

e principalmente entre países, fez crescer o interesse para se usar uma mesma classificação internacionalmente. Após inúmeras tentativas e revisões, em 1893, foi aprovada aquela elaborada pelo chefe dos serviços de estatísticas da cidade de Paris, Jacques Bertillon. Esta classificação, composta de 14 grupos ou capítulos, pode ser considerada como a primeira classificação internacional de causa de morte, tendo sido sugerido que a mesma fosse revisada, na medida do possível, a cada dez anos.

Desta maneira, o Brasil, que em 1888 estabeleceu a primeira lei relativa à obrigatoriedade dos registros civis, adquiriu mais um instrumento que o auxiliaria nas estatísticas de mortalidade, de imenso valor em epidemiologia, em demografia e na administração sanitária<sup>(2)</sup>.

## OBJETIVO

Este estudo foi realizado buscando ampliar os conhecimentos sobre saúde e analisar o comportamento das mortes ocorridas entre os idosos do município de Gouveia- (MG), no decorrer de cinco anos censitários.

## MÉTODOS

Os objetos deste estudo foram os dados de mortalidade dos idosos do município de Gouveia, que faleceram a partir da década posterior à emancipação da cidade, o que corresponde aos anos censitários de 1960, 1970, 1980, 1991 e 2000. O município, antigo Arraial de Santo Antônio, surgiu no ano de 1715, localizado no Estado de Minas Gerais, na região mineradora de Diamantina. Atualmente, o município faz fronteira com o Vale do Jequitinhonha, sendo que, até o ano de 1954, era parte integrante desta região, mas, neste período, foi desmembrado da comarca de Diamantina, passando da condição de Vila à de Município e desagregando-se geopoliticamente<sup>(5)</sup>.

Para a obtenção dos dados de mortalidade, recorreu-se à revisão dos livros de registro de

óbitos do único cartório existente no município e do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde do Brasil (SIM-MS), para os óbitos ocorridos nos períodos compreendidos entre janeiro a dezembro, sendo considerados pelo local de residência. As variáveis estudadas foram o ano de óbito, sexo, idade, causa básica do mesmo, segundo os capítulos da 9ª e da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID9 e CID10 respectivamente e a profissão dos falecidos. Aqueles cuja idade ou sexo foram considerados como ignorados foram excluídos do estudo<sup>(6-9)</sup>.

Para o estudo da população residente no município para os anos avaliados, foi realizada uma consulta nos livros de registro dos resultados dos censos demográficos do Brasil, da Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), assim como em documentos eletrônicos da mesma fundação<sup>(10)</sup>.

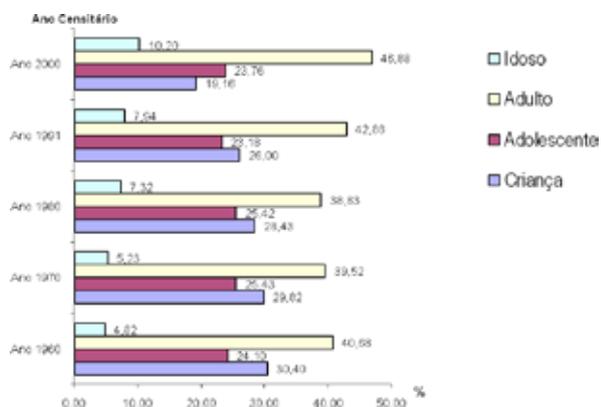
O segmento etário escolhido para caracterizar indivíduos idosos foi o mesmo sugerido pela Organização Mundial de Saúde, ou seja, aqueles indivíduos com sessenta anos ou mais de idade.<sup>(11)</sup>

As variáveis foram analisadas a partir da sua distribuição de frequências e medidas de tendência central. As comparações entre as médias foram realizadas usando o teste t-student e o valor de  $p < 0,05$  como nível de significância. Os dados foram armazenados em um sistema de banco de dados, usando o *software* Epi-Info versão 6.04.

O estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, conforme Ofício 029/2006, de 5 de junho de 2006.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados populacionais obtidos na Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE para o município de Gouveia permitiram a distribuição da sua população por ano censitário e grupos etários, a qual está apresentada no gráfico:



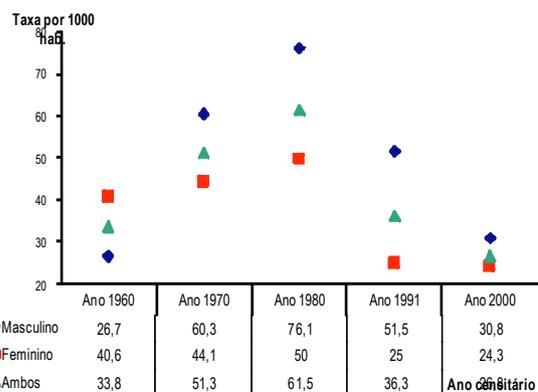
**Figura 1:** Distribuição da população por ano censitário e grupos etários. Gouveia (MG), 1960-2000.

**Fonte:** Autores

Ao ser comparada a participação da população maior de sessenta anos no total da população municipal de Gouveia, no decorrer dos cinco anos censitários, observou-se que este segmento foi o único que apresentou crescimento positivo entre todas as décadas. Em relação à população idosa nacional, o mesmo ocorreu neste período, porém, o município superou os valores nacionais, demonstrando no último censo demográfico taxa de 10,20% contra 8,56% do país.<sup>(12)</sup>

Diversos autores<sup>(13-14)</sup> comprovam que, contrariando o indicado pelo senso comum, a responsabilidade pela alteração da estrutura etária e conseqüente envelhecimento da população deve ser atribuída ao declínio da fecundidade, e não da mortalidade, além de ser uma tendência mundial. Provavelmente, este também foi o fator determinante para o município de Gouveia.

Na Figura 2, estão apresentadas as taxas de mortalidade (por 1.000 habitantes) entre os idosos, observadas para os anos de 1960, 1970, 1980, 1991 e 2000, do sexo masculino, do feminino e em ambos os sexos.



**Figura 2:** Mortalidade geral entre idosos do sexo masculino, feminino e para ambos os sexos. Gouveia (MG), 1960-2000.

**Fonte:** Autores

Em relação às taxas de mortalidade, excluindo o ano de 1960, verifica-se uma maior taxa no segmento masculino em relação ao feminino, confirmando o fenômeno conhecido como feminilização do envelhecimento devido ao predomínio de mulheres na população idosa. O mesmo fenômeno já havia sido observado por Camarano para o Brasil, sendo atribuído, entre outros fatores, pela maior longevidade deste grupo.<sup>(15)</sup>

Houve queda nas taxas de mortalidade para ambos os gêneros a partir de 1980, condizendo com a tendência observada em dois estudos brasileiros entre 1980 e 1996<sup>(16-17)</sup> e em estudos de outros países<sup>(18)</sup>.

As médias de idade dos óbitos dos idosos foram calculadas, comparadas e distribuídas na Tabela 1.

**Tabela 1:** Comparação entre as médias de idade dos óbitos ocorridos entre idosos de Gouveia. MG, 1960 – 2000.

Gênero e Anos considerados	Primeiro ano considerado			Segundo ano considerado			p*
	Média	Desvio- Padrão	n	Média	Desvio- Padrão	n	
Masculino							
1960 / 1970	67,00	3,00	5	76,33	10,52	12	0,00
1970 / 1980	76,33	10,52	12	69,82	7,35	23	0,00
1980 / 1991	69,82	7,35	23	74,00	8,33	20	0,00
1991 / 2000	74,00	8,33	20	72,66	7,98	15	0,18
Feminino							
1960 / 1970	82,87	8,88	8	74,45	6,74	11	0,00
1970 / 1980	74,45	6,74	11	75,15	5,82	19	0,45
1980 / 1991	75,15	5,82	19	75,07	8,54	13	0,93
1991 / 2000	75,07	8,54	13	74,77	8,26	18	0,77

\* teste t-student

**Fonte:** Autores

Entre os idosos do gênero masculino, as médias de idade ao falecer variaram entre 67,00 e 74,00 e, no gênero feminino, as médias foram mais elevadas tanto no limite inferior quanto no limite superior, variando entre 74,45 e 82,87. Certifica-se uma discrepância entre os dois, sendo a média superior masculina menor que a média inferior feminina. Este não é um fato novo, se compararmos os resultados dos cálculos realizados para o Brasil, para determinar a esperança de vida ao nascer de uma dada geração em que, sistematicamente, os valores femininos são superiores aos masculinos<sup>(15,19-21)</sup>.

Entre os anos comparados, houve uma oscilação entre elevação e queda das médias avaliadas para ambos os sexos, entretanto, somente as variações de aumento ocorridas entre 1960/1970 e 1980/1991 para o masculino e de queda entre 1970/1980 para o mesmo, e entre 1960/1970 para o feminino, foram estatisticamente significativas por apresentarem o valor de  $p < 0,05$ .

As taxas de mortalidade proporcional entre homens e mulheres idosas, de acordo com os grupos de causa, estão apresentadas na Tabela 2.

**Tabela 2:** Mortalidade proporcional entre idosos (por 100 habitantes) por grupos de causa e ano de ocorrência do óbito. Gouveia (MG), 1960–2000.

Gênero e Grupos de causa	Ano de óbito e taxa de mortalidade proporcional				
	1960	1970	1980	1991	2000
	%	%	%	%	%
<b>Masculino</b>					
Sem assistência médica	40	91,7	z	z	Z
Doenças infecciosas e parasitárias	Z	Z	8,7	15	Z
Neoplasias	Z	Z	13	30	20
Doenças do sistema nervoso	Z	Z	z	5	Z
Doenças do aparelho circulatório	60	Z	13	30	53,3
Doenças do aparelho respiratório	Z	Z	13	15	6,7
Doenças do aparelho digestivo	Z	Z	z	5	Z
Doenças do aparelho geniturinário	Z	Z	4,4	z	Z
Sintomas, sinais e achados anormais	Z	8,3	43,5	z	20
Causas externas	Z	Z	4,4	z	Z
Total	100	100	100	100	100
<b>Feminino</b>					
Sem assistência médica	100,0	90,9	z	z	Z
Doenças infecciosas e parasitárias	Z	Z	z	7,7	5,5
Neoplasias	Z	Z	5,3	z	28

Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos	Z	Z	5,3	z	Z
Doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas	Z	9,1	5,3	z	5,5
Doenças do aparelho circulatório	Z	Z	31,5	61,5	50
Doenças do aparelho respiratório	Z	Z	5,3	7,7	5,5
Sintomas, sinais e achados anormais	Z	Z	47,3	23,1	5,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Autores

Entre os anos de 1960 e 1970, a maioria das mortes foi referenciada como sendo sem assistência médica, podendo este fato ser atribuído à ocorrência dos falecimentos em domicílio. No Brasil, houve uma modificação neste panorama a partir de 1973, após a criação da Lei Federal 6.015, de 31/12/1973, e ainda em vigor, que determina que nenhum enterramento poderá ser feito sem Certidão Oficial de registro do local do falecimento, extraída após a lavratura do assento do óbito, em vista do atestado médico, sendo este o responsável por todas as informações constantes na Declaração de Óbito, incluindo a causa do óbito. Mesmo entre os casos em que o falecido não tenha tido assistência médica, o atestado deverá ser fornecido pelo serviço de verificação de óbitos, pelo médico da Secretaria Municipal de Saúde e, na sua falta, por qualquer outro médico da localidade<sup>(2,22)</sup>.

A partir de 1980, observa-se que nenhum óbito foi registrado como sendo sem assistência médica, mas, provavelmente, aqueles que ocorreram nesta circunstância foram incluídos no grupo de sintomas, sinais e afecções mal definidas, pela dificuldade para se estabelecer uma causa básica da morte. Lima-Costa e cols.,<sup>(17)</sup> no estudo realizado entre 1980 e 2000, descrevem o mesmo fato e a preocupação com a elevada taxa de idosos falecendo sem que haja qualquer assistência médica, especialmente os idosos mais velhos de ambos os sexos.

Em 2000, mais da metade dos óbitos masculinos (53,3%) foram atribuídos às doenças do aparelho circulatório e, no caso das mulheres, a metade (50,0%) foi atribuída a esta mesma causa básica. No Brasil, ainda se observa um predomínio acentuado das doenças do aparelho circulatório

entre as causas de mortalidade e, neste estudo, estas doenças apontam que este grupo de causa permanecerá como o principal representante das causas de óbito na velhice e por um longo tempo. Comportamento diferente já é observado entre vários países desenvolvidos do mundo, onde há uma redução das taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, atribuída, entre inúmeros fatores, a mudanças no estilo de vida e avanços tecnológicos para a prevenção e o tratamento dessas doenças<sup>(23)</sup>.

Em relação ao grupo de Doenças Infecciosas e Parasitárias, permanece ainda um elevado número de óbitos entre os idosos, apesar da mudança da trajetória das doenças transmissíveis, realidade esta confirmada pela transição epidemiológica brasileira<sup>(19)</sup>. O município de Gouveia localiza-se em uma região endêmica para a doença de chagas e, assim sendo, traz consigo uma forte contribuição na persistência deste tipo de óbito entre seus idosos, como consequência da exposição no passado à infecção pelo *Trypanosomacruzi*<sup>(24)</sup>. Entre os idosos das gerações futuras, provavelmente, haverá uma redução neste quadro, como resultado dos trabalhos que vêm sendo desenvolvidos em nível nacional, estadual e, principalmente, municipal, visando a interrupção ou a redução em diversas áreas da transmissão desta infecção<sup>(25)</sup>.

Outro fato importante a ser salientado neste estudo refere-se à baixa taxa de mortalidade no grupo de causas externas e a ausência desta causa de morte entre as mulheres, para um período de quarenta anos. Lima-Costa<sup>(17)</sup> ressalta que existem importantes diferenças entre os gêneros para este tipo de óbito e, no seu estudo, para os homens, predominava a mortalidade por acidente de trânsito e atropelamento, ao passo que, para as mulheres, as causas mais frequentes eram as quedas e os eventos de intenção indeterminada.

Os tipos de profissões/ocupações que os idosos desempenhavam na época do falecimento foram extraídos dos livros de óbito e apresentados na Tabela 3. Somente para três indivíduos, a profissão/ocupação era desconhecida ou não foi mencionada nos registros.

**Tabela 3:** Situação profissional/ocupacional entre idosos no ano de ocorrência do óbito. Gouveia (MG), 1960–2000.

Gênero e Situação profissional/ocupação	Ano de óbito									
	1960		1970		1980		1991		2000	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Masculino</b>										
Aposentado	-	-	-	-	21	91,3	20	100	15	100
Carpinteiro	-	-	2	16,7	-	-	-	-	-	-
Comerciante	-	-	-	-	2	8,7	-	-	-	-
Fazendeiro	-	-	1	8,3	-	-	-	-	-	-
Garimpeiro	1	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Lapidário	-	-	1	8,3	-	-	-	-	-	-
Lavrador	2	40,0	6	50,1	-	-	-	-	-	-
Operário	-	-	1	8,3	-	-	-	-	-	-
Seleiro	1	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorada	1	20,0	1	8,3	-	-	-	-	-	-
Total	5	100	12	100	23	100	20	100	15	100
<b>Feminino</b>										
Afazeres Domésticos	6	75,0	9	81,8	-	-	-	-	-	-
Aposentada	-	-	-	-	19	100	13	100	18	100
Lavradora	-	-	1	9,1	-	-	-	-	-	-
Indigente	1	12,5	1	9,1	-	-	-	-	-	-
Ignorada	1	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	8	100	11	100	19	100	13	100	18	100

Fonte: Autores

Em relação à situação profissional/ocupacional entre os idosos falecidos, é possível identificar dois períodos. O primeiro, entre 1960 e 1970, em que a supremacia da profissão masculina de lavrador e da feminina de afazeres domésticos, sugere um período de predomínio de atividade agrícola. No outro, de 1980 a 2000, a maioria dos idosos recebia benefícios da Seguridade Social e, provavelmente, não desempenhava nenhuma atividade formal de trabalho.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho constitui um esforço inicial para realizar uma parcela do diagnóstico de saúde da população idosa de Gouveia, utilizando-se de informações disponíveis no município e em bancos de dados nacionais sobre mortalidade. Hipóteses foram confirmadas e situações foram evidenciadas, como a necessidade de uma maior sensibilização dos cidadãos idosos para as situações de saúde e de doença existentes e de um incremento nos programas de saúde pública voltados para este grupo populacional.

As vantagens de estudos como este relacionam-se com o baixo custo, as possibilidades de comparações no decorrer do tempo e da inferência para o município. De maneira oposta, encontram-se as limitações, que por vezes são impostas, e podem restringir a qualidade das informações geradas.

Apesar da identificação dessas limitações, os resultados obtidos neste estudo mostraram congruência com os conhecimentos existentes sobre a população idosa, reforçando a necessidade de aumentar o interesse dos pesquisadores do Brasil em relação a este grupo etário.

## REFERÊNCIAS

1. Rodrigues C. A cidade e a morte: a febre amarela e seu impacto sobre os costumes fúnebres no Rio de Janeiro (1849-50). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 1999;7(1):53-80.
2. Maletta CHM. *Bioestatística: saúde pública*. 3. ed. Belo Horizonte: COOPMED; 1998.
3. Laurenti R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. *Rev Saúde Pública* 1991; 25(6):407-17.
4. Farr W. *Biografias*. 2000?. Disponível em <<http://www.sobiografias.hpg.ig.com.br/WilliFar.html>>. Acesso em 12 mar. 2006.
5. ROSA, MRV. *Espinho: a desconstrução da racialização negra da escravidão*. Brasília: Thesaurus, 2004.
6. Minas Gerais. *Cartório de Registro Civil e Notas de Gouveia*. Livros de registro de óbito C3; 1960.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)*. 2000? Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtmaph.htm>>. Acesso em: 10 set. 2005.
8. Organização Mundial de Saúde. *Manual de classificação estatística internacional de doenças lesões e causas de óbito*. 9ª Revisão. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1980. 2 v.
9. Organização Mundial de Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10ª Revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1995.
10. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA*. 2000? Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 08 fev. 2002.
11. World Health Organization. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Who Technical Report Series n. 854. Geneva: WHO; 1995.
12. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios*. 2000? Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 08 fev. 2002.
13. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(2):184-200.
14. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, 2003;19(3):725-33.
15. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, EV de et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002, p. 50-71.
16. Lima CMFF, Guerra HI, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000;9(1):23-41.
17. Lima-Costa ME, Peixoto SV, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 – 2000). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2004;13(4):217-228.

18. Omran AR. The epidemiological transition. A theory of the Epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1971;272:1741-8.
19. Monteiro CA (org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: HUCITC/Nupens – USP; 2000.
20. Garrido R, Menezes PR. O Brasil esta envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *RevBras Psiquiatr.* 2002;24(supl I):3-6
21. Coelho FJM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública.* 1999;33(5):445-453.
22. Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. *Manual de orientação ética e disciplinar*. 2000? Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/Regional/crmsc/manual/parte5c.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2005.
23. World Health Organization. *Ageing and life course*. Department of Non communicable Diseases Prevention and Health Cluster. Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes. Geneva: WHO; 2001. Summary report of a meeting of experts, 2-4 May, 2001.
24. Antunes A. *Um olhar sobre o Jequitinhonha*. Brasília, 1998.
25. Silveira AC, Rezende DP. Epidemiologia e controle da transmissão vetorial da doença de Chagas no Brasil. *Rev da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.* 1994;27:11-22.