



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA
CURSO DE LICENCIATURA EM GEOGRAFIA

ISABEL CORREIA DE ARAÚJO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE JUAREZ TÁVORA-PB COMO
BASE PARA ANALISAR O ESPAÇO GEOGRÁFICO**

Campina Grande – PB

2015

ISABEL CORREIA DE ARAÚJO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE JUAREZ TÁVORA-PB COMO BASE
PARA ANALISAR O ESPAÇO GEOGRÁFICO

Trabalho monográfico apresentado a Banca Examinadora da Unidade Acadêmica de Geografia da Universidade Federal de Campina Grande, para obtenção da graduação em Geografia, sob a orientação do Prof. Dr. **Xisto Serafim de Santana de Souza Júnior**.

CAMPINA GRANDE – PB

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE HUMANIDADES - CH
UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA – UAG
CURSO DE LICENCIATURA EM GEOGRAFIA - CGEO

BANCA EXAMINADORA DE: ISABEL CORREIA DE ARAÚJO

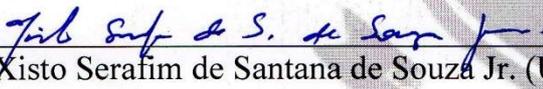
TÍTULO: **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE JUAREZ TÁVORA-PB
COMO BASE PARA ANALISAR O ESPAÇO GEOGRÁFICO**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

MONOGRAFIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
Curso de Licenciatura em Geografia

Campina Grande (PB), 23 de novembro de 2015.


Prof. Dr. Xisto Serafim de Santana de Souza Jr. (UFCG - orientador)


Prof.^a. Dr.^a. Débora Coelho Moura (UFCG - examinadora)


Prof.^a. Dr.^a. Gisetti Corina Gomes Brandão (UFCG – examinadora)

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL DA UFCG

A663p

Araújo, Isabel Correia de.

Perfil epidemiológico de Juarez Távara-PB como base para analisar o espaço geográfico / Isabel Correia de Araújo. – Campina Grande, 2015.

60 f. : il., color.

Monografia (Graduação em Geografia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades.

"Orientação: Prof. Dr. Xisto Serafim de Santana de Souza Júnior".

Referências.

1. Perfil Epidemiológico – Juarez Távara/PB. 2. Município de Juarez Távara-PB. 3. Espaço Físico – Município de Juarez Távara/PB. 4. Saúde – Município de Juarez Távara-PB. I. Souza Júnior, Xisto Serafim de Santana de. II. Título.

CDU 911.375(043)

Dedico a Deus, pelo seu grandioso amor e misericórdia a mim atribuídos. Aos meus pais pelo amor e incentivo durante toda a minha vida. A Professora Dra. Martha Priscila Bezerra Pereira pela dedicação durante as relevantes orientações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço exclusivamente a Deus pela vida e todas as bênçãos que a mim tem dado, colocando no meu caminho pessoas que aqui declaro minha gratidão. Grata a Ele pelo meu ingresso no curso de Geografia. Grata a Ele por tudo.

Grata à professora Dra. Martha Priscila Bezerra Pereira, pelos esforços realizados nas orientações e ao professor Dr. Xisto Serafim de Santana de Souza Júnior, por contribuir significativamente na elaboração do trabalho. A eles atribuo também a minha admiração.

Agradeço aos membros da banca pela disponibilidade na participação da construção dessa pesquisa através do vasto conhecimento no qual possuem.

Ao secretário municipal de saúde João Batista, por entender minha ausência quando necessitei participar das atividades acadêmicas. Agradeço ainda, aos professores que me contribuíram desde as fases iniciais da minha vida.

Agradeço às amigas que construí durante a vida. Ainda como criança pude contar com a alegria de Jocy, Andréia e Luísa. Às que conquistei na Universidade: Luana Késsia, Luanna Jeane, Dayane e Jozineide.

Agradeço a minha sogra Rosália e ao meu sogro Manoel Benedito, por me aceitarem como integrante da família, pelo cuidado e pelo carinho.

Agradeço as minhas irmãs: Maria Auxiliadora, Lucia Correia e Maria Lucimar; aos meus sobrinhos: Nathália, Taís, Lucas, José Anacleto, Lincoln e Laura; aos meus cunhados que se tornaram membros da família. Vocês constituem o suporte que necessito para viver.

Agradeço a minha mãe Maria das Neves Correia de Araújo pelas orações e súplicas direcionadas à Deus em prol da minha vida; ao meu pai José Honório de Araújo, que, com muito esforço e perseverança busca me proporcionar dias melhores; juntos, vocês formam a força que necessito para alcançar objetivos. Vocês são a base da minha vida.

Sou grata ao meu esposo Miqueias do Nascimento Costa pelo amor e compreensão, pelo apoio nos momentos que mais necessito, por estar ao meu lado me ajudando a caminhar na direção de Deus.

“Não to mandei eu? Esforça-te, e tem bom ânimo; não temas, nem te espantes; porque o Senhor teu Deus é contigo, por onde quer que andares.”

Josué 1:9

RESUMO

Este trabalho é o resultado de um estudo sobre o perfil epidemiológico do município de Juarez Távora–PB afim de compreender a configuração do espaço. Mediante a necessidade de associar as principais doenças notificadas no município aos fatores que as condicionam como pressuposto para compreender o espaço, é desenvolvido uma pesquisa de caráter quantitativa, se apropriando dos seguintes procedimentos metodológicos: levantamento bibliográfico, análise de dados estatístico do município e análise de paisagens inseridas no contexto das áreas de risco. De acordo com o levantamento dos dados, verifica-se que a classificação atual do perfil epidemiológico do município é resultado das ações do homem no espaço. Essa relação também envolve a questão cultural em virtude das práticas relacionadas a higienização, alimentação e outros fatores que interferem na condição de saúde do indivíduo no decorrer do tempo. Ao estudar o espaço, tornou-se fundamental analisar a paisagem na perspectiva de identificar áreas de risco à saúde que refletem o modo de vida das pessoas em sociedade, por essa razão foi necessário utilizar registros fotográficos.

Palavras-chave: Perfil epidemiológico, espaço e saúde.

ABSTRACT

This work is the result of a study on the epidemiological profile of the municipality of Juarez Távora-PB in order to understand the space configuration. By the need to involve major diseases reported in the municipality to the factors that ace condition as a prerequisite for understanding the space, it is developing a quantitative research study, appropriating the following methodological procedures: literature, statistician county data analysis and analysis landscapes within the context of risk areas. According to the survey data, it appears that the current classification of the epidemiological profile of the municipality is a result of the actions of man in space. This relationship also involves a cultural issue because of practices related to hygiene, nutrition and other factors that affect the individual's health status over time. By studying the space, it has become essential to analyze the landscape in order to identify areas of risk to health that reflect the way of life of people in society, therefore it was necessary to use photographic records.

Keywords: Epidemiological profile, space and health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA I. PIRÂMIDE POPULACIONAL POR FAIXA ETÁRIA E GÊNERO (1991).....	41
FIGURA II. PIRÂMIDE POPULACIONAL POR FAIXA ETÁRIA E GÊNERO (2000).....	42
FIGURA III. PIRÂMIDE POPULACIONAL POR FAIXA ETÁRIA E GÊNERO (2010).....	42

LISTA DE QUADROS

QUADRO I. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ENTRE AS UBS EM 2015.....	16
QUADRO II. NÚMERO DE HABITANTES POR ZONA NO MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA - PB – 2010.....	17
QUADRO III. LEVANTAMENTO DE ÍNDICE DE INFESTAÇÃO RÁPIDO (LIRA) NA CIDADE DE JUAREZ TÁVORA – PB - 2013-2015	33
QUADRO IV. CASOS DE DENGUE POR SEXO, FAIXA ETÁRIA E LOCALIDADE – 2015.....	35
QUADRO V. LISTA DOS AGRAVOS REGISTRADOS NAS UBS DO MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA (2005 – 2015.....	36
QUADRO VI. QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS NAS UBS NO MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA – PB (2005-2014).....	39
QUADRO VII. CASOS DE DDA EM JUAREZ TAVORA-PB (2005-2015).....	43
QUADRO VIII. NÚMERO DE ÓBITO POR CAUSA NO MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA – PB (2005 – 2015).....	53
QUADRO IX. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA – PB (2005-2015).....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE – Agente de Combate à Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LIRAA – Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti*

MS – Ministério da Saúde

PMJT – Prefeitura Municipal de Juarez Távora

PSF – Programa de Saúde da Família

RSU – Resíduos Sólidos Urbanos

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Sivep - DDA – Sistema de Vigilância e Epidemiologia das Doenças Diarreicas Agudas

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1. FATORES DA FORMAÇÃO SOCIOESPACIAL DE JUAREZ TÁVORA.....	15
2. ANÁLISE EPISTEMOLÓGICA EM SEU REBATIMENTO GEOGRÁFICO.....	21
3. CAMINHOS PERCORRIDOS NA ANÁLISE DA GEOGRAFIZAÇÃO DA SAÚDE EM JUAREZ TÁVORA.....	29
4. PERSPECTIVAS SOBRE A ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA.....	32
4.1 Descrição das informações do LIRa.....	33
4.2 Descrição das informações do SINAN.....	35
4.2.1 Dengue.....	35
4.2.2 Atendimento anti rábico.....	37
4.2.3 Hepatites virais.....	38
4.2.4 Tuberculose.....	38
4.3 Descrição das informações do SIAB.....	39
4.3.1 Hipertensão arterial.....	41
4.3.2 Diabetes.....	42
4.4 Descrição das informações do Sivep-DDA.....	43
4.5 Saneamento básico	44
4.6 Análise demográfica.....	49
4.7 Levantamento das causas de óbito.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	57

INTRODUÇÃO

O trabalho apresentado surgiu do interesse de se observar a existência de uma relação de causa e consequências entre os indicadores epidemiológicos do município de Juarez Távora- PB. Este município apresentou alguns problemas, dos quais o de saúde são abordados.

Nesse trabalho, a análise do espaço geográfico parte do pressuposto de que as relações socioespaciais entre os indivíduos com o ambiente, se dá a partir de determinado recorte temporal, que fornecem subsídios para entender os problemas relacionados à saúde. Com essa perspectiva, o trabalho objetiva analisar o perfil epidemiológico no município de Juarez Távora - PB assim como os principais condicionantes.

Para isso, buscou-se a abordagem dos indicadores epidemiológicos baseados em dados oriundos da Secretaria Municipal de Saúde através de Programas fornecidos em parceria com o Ministério da Saúde, os quais fornecem indicadores que alertam para o elevado índice de infestação por *Aedes aegypti*; elevado número de pacientes hipertensos e diabéticos atendidos nas três Unidades Básica de Saúde (UBS) do município; como também o significativo número de casos de dengue, atendimentos antirrábicos, entre outros.

Trabalhar o perfil epidemiológico requer o conhecimento da relação entre indivíduo e espaço, reconhecendo o papel cultural envolvido nesse processo e associando a configuração da paisagem, como reflexo da produção do homem no seu meio, no seu lugar (ROUQUAYROL, 2013).

Para abordar essas questões, o trabalho divide-se em quatro capítulos.

No primeiro contextualizamos geograficamente o município, observando as mudanças socioespaciais pautadas nas alterações demográficas, indicadores de saúde e estruturação urbana, observando-se tanto as funções como os objetos influenciados pelas diferentes práticas socioespaciais e sua influência no ambiente.

A fundamentação teórica que compõe esse trabalho, presente no segundo capítulo, tem o intuito de trabalhar conceitos e temas que considerem o espaço, o lugar,

a paisagem como base para a compreensão da relação do homem com o meio mediante suas condições de saúde.

Em seguida, o capítulo três descreve os procedimentos metodológicos adotados para a construção do trabalho. Dessa forma, através de uma abordagem quantitativa, objetivando compreender o perfil epidemiológico do município de Juarez Távora através das seguintes etapas: levantamento bibliográfico; coleta de dados junto à Secretaria Municipal de Saúde; seguido da consolidação dos dados para esclarecer o perfil epidemiológico do município, são descritos neste capítulo.

Posteriormente, os resultados e discussões estão inseridas no capítulo quatro do trabalho. Este trata a análise dos dados adquiridos pelos órgãos federais e municipais, fundamentados em conceitos necessários para corroborar as questões de saúde.

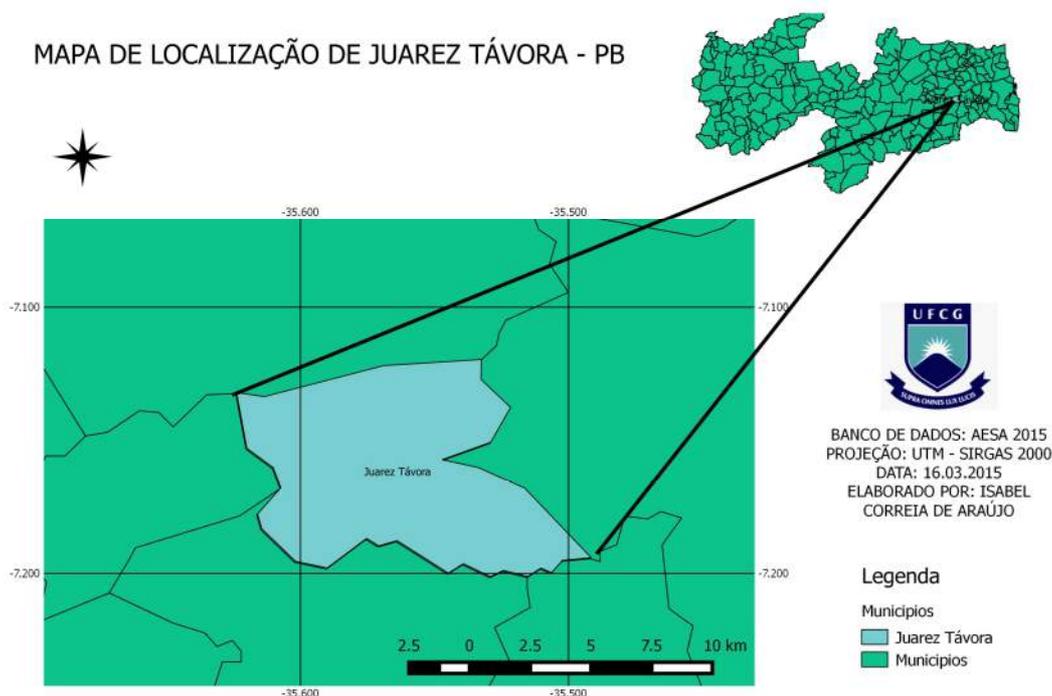
Por fim, e em conformidade com os capítulos anteriores, as considerações finais fazem referência ao conjunto de resultados, demonstrando a importância de estudar o indivíduo a partir da contribuição da ciência, seus variados conceitos e indagações. Desse modo, a formulação de estratégias e o reconhecimento da complexidade da temática abordada, encerram o trabalho.

CAPÍTULO 1

FATORES DA FORMAÇÃO SOCIOESPACIAL DE JUAREZ TÁVORA

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o município de Juarez Távora (mapa 1) está situado na região do agreste paraibano, com população de 7.459 habitantes em 2010, área de 70.841 km², apresentam vegetação Caatinga e densidade demográfica de 105,29 hab/Km² (BRASIL, 2014).

MAPA I
LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA NO ESTADO DA PARAÍBA



Esse contingente populacional dispõe dos serviços de saúde oferecidos por três Unidades Básicas de Saúde em funcionamento, uma na Zona Rural e duas na Zona Urbana. O município conta com três Equipes de Saúde da Família (ESF), representando uma cobertura de 100% da população local (quadro 1).

QUADRO I
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ENTRE AS UBS EM 2015.

	CNES	ZONA	Nº AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	Nº DE FAMÍLIAS	Nº DE PESSOAS
UBS I – Centro	2608642	URBANA	9	925	3170
UBS II – Caixeiro	2608634	RURAL	5	593	1773
UBS III – Vila Cabral	2363917	URBANA	7	922	2882
TOTAL			21	2440	7825

FONTE: (PMJT, 2015).

Uma das importantes características que revelam uma estratégia eficiente é a localização geográfica das UBS, dessa forma, há o cumprimento do acesso aos estabelecimentos de saúde às pessoas da Zona Rural, como também de pessoas residentes em áreas periféricas. O quadro abaixo apresenta a população residente na área urbana e rural no município (quadro 2).

QUADRO II
POPULAÇÃO RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA ENTRE AS DÉCADAS DE
1970-2010

Município = Juarez Távora - PB															
Variável = População residente (Pessoas)															
Sexo X Situação do domicílio															
Ano	Total					Homens					Mulheres				
	Total	Urbana	%	Rural	%	Total	Urbana	%	Rural	%	Total	Urbana	%	Rural	%
1970	4.581	1.849	40,36	2.732	59,64	2.127	847	39,82	1.280	60,18	2.454	1.002	40,83	1.452	59,17
1980	5.778	3.059	52,94	2.719	47,06	2.779	1.483	53,36	1.296	46,64	2.999	1.576	52,55	1.423	47,45
1991	7.219	4.755	65,87	2.464	34,13	3.512	2.274	64,75	1.238	35,25	3.707	2.481	66,93	1.226	33,07
2000	7.081	5.227	73,82	1.854	26,18	3.435	2.493	72,58	942	27,42	3.646	2.734	74,99	912	25,01
2010	7.459	5.852	78,46	1.607	21,54	3.641	2.845	78,14	796	21,86	3.818	3.007	78,76	811	21,24

FONTE: (IBGE, 2015).

É perceptível que a população urbana é maior que a população rural. Essa disparidade não ocorre entre gêneros, o percentual de homens e mulheres no município são equivalentes.

A partir de 1980 se observa um êxodo rural com expresso na saída da população para a área urbana. Na década de 1990 o crescimento demográfico é negativo (-1,91%) na área rural. Isso pode ser justificado devido a inclusão de novos territórios e/ou do processo migratório.

A importância da análise desse processo para o nosso objeto de estudo pauta-se no fato de que as novas práticas sociais em espaços urbanos produzidas por pessoas que desenvolviam hábitos rurais interferem no processo do desenvolvimento das políticas públicas de saúde, uma vez, que torna mais complexa a avaliação dos agentes e saúde e vigilância ambiental.

Se considerarmos a observação de Santos (1997) sobre a idade de um lugar, pode-se perceber que Juarez Távora, a partir do critério da evolução das técnicas, se configura em um tempo anterior ao que se considera um lugar do século XXI. De acordo com o autor “a materialidade poder ser datada, exatamente, por intermédio das técnicas:

técnicas da produção, do transporte, da comunicação, do dinheiro, do controle, da política e, também técnicas da sociabilidade e da subjetividade” (SANTOS, 1997, p.46). A incorporação dessas técnicas na sociedade modifica a dinâmica do lugar tanto em relação de expansão e produção.

Ainda considerando o mesmo autor, porém sobre o conceito de espaço aplicado, Santos (2009) considera que “o espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história de dá” (SANTOS, 2009, p. 63). Desta forma, os objetos móveis e imóveis são de interesse da geografia, vale ressaltar que o perfil epidemiológico é observado através da análise da configuração do espaço através do tempo.

Levando em consideração a afirmação de Milton Santos em relação à forma de apreender o objeto da geografia: “A configuração territorial, ou configuração geográfica, tem, pois, uma existência material própria, mas sua existência social, isto é, sua existência real, somente lhe é dada pelo fato das relações sociais” (SANTOS, 1997, p. 62); pode-se perceber que ao estudar o perfil epidemiológico há uma apropriação da análise social.

[...] a abordagem epidemiológica da doença, a reconhece enquanto evento coletivo, característico da vida em sociedade e de seus diferentes grupamentos num dado momento histórico. Em uma espécie de complementação ao olhar clínico, a epidemiologia, reiterando a abordagem biológica, ultrapassa-a na direção da doença enquanto fenômeno coletivo e, então, se apropria das questões referentes às causas que a determinam, mesmo que a doença se manifeste individualmente” (SOUZA e KALICHMAN, 2003, p. 469. apud. MENDES-GONÇALVES, 1990).

O espaço deve ser visto como o produto de decisões orientadas pela organização, segundo a formação econômico-social.

Já o termo epidemiologia, mostra estreita relação com a Vigilância Sanitária, pois alguns livros indicam a raiz grega “epedeméion” que significa “aquele que visita”, e Hipócrates já usa epidemia em seus textos como epi (sobre) e demos (povo); modernamente associado com logia (falar, organizar – hoje ciência, estudo) temos o significado de ciência do que ocorre sobre o povo (PEREIRA, 2004, p.3).

Nota-se a estreita relação entre a geografia e a epidemiologia, ambas possuem o objeto de estudo direcionado ao homem e a sua relação com o espaço. A primeira através da relação do homem e o meio em que vive e trabalha. A segunda, considerando

a forma de inserção nesta vivência e trabalho através de suas consequências no processo saúde-doença.

Epidemiologia “é a ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde (fenômenos e processos associados) em populações humanas” (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 1999, p.62). É a ciência básica para a saúde coletiva, principal ciência de informação de saúde. Estuda a saúde, mas na prática principalmente pela ausência de saúde sob as formas de doenças e agravos, estes últimos definidos pelo diagnóstico clínico. Seu objeto são as relações de ocorrência de saúde-doença em massa (em sociedades, coletividades, comunidades, classes sociais, grupos específicos, etc.). As relações são referidas e analisadas mediante o conceito de risco (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 1999).

Para analisar as informações relacionadas à saúde utiliza-se da epidemiologia descritiva, que segundo Rouquayrol (1999).

o estudo da distribuição de frequência das doenças e dos agravos em saúde coletiva, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço - ambientes e populacionais – e à pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas à promoção da saúde (p. 77).

A partir desta epidemiologia descritiva, quando aplicada à determinado lugar, obtém-se o perfil epidemiológico do mesmo. Este perfil permite entender as consequências das ações no espaço geográfico auxiliando na análise espacial do mesmo.

Para este estudo, buscou-se agravos que podem ser visualizados no espaço geográfico através de variadas paisagens que podem explicar muitos dos números apresentados nas estatísticas de saúde.

O que caracteriza o perfil epidemiológico do município é a relação dos principais agravos estarem associados a higienização, que de grosso modo, são reflexo da questão cultural.

Por essa razão, foi necessário analisar os principais agravos e doenças que atingem a população, com base num levantamento realizado na Secretaria Municipal de Saúde do município através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), do Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA), Sistema de Vigilância e Epidemiologia das Doenças Diarreicas Agudas (Sivep – DDA).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado principalmente pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2014). Esse sistema é fundamental para a análise epidemiológica dos municípios.

Para o Ministério da Saúde (2015) o Sistema de Informação da Atenção Básica – (SIAB), implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPAC), através da Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A principal finalidade do SIAB é o agrupamento dos Sistemas Locais de Saúde e a incorporação de conceitos como: território, problema e responsabilidade sanitária; esse sendo o diferencial entre outros sistemas de informações. Suas características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde pela agilidade e produção de indicadores através da cobertura dos atendimentos (BRASIL, 2015).

O Sistema Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA) constitui-se numa estratégia de redução dos casos de dengue pelo Ministério da Saúde. A aplicabilidade do sistema pelas secretarias municipais de saúde, possibilita identificar os criadouros predominantes e a situação de infestação do município, além de permitir o direcionamento das ações de controle para as áreas mais críticas (BRASIL, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde, o acompanhamento das informações do programa de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) tem por objetivo detectar alterações no comportamento das diarreias em cada área, possibilitando a tomada de medidas de prevenção e controle. O monitoramento é realizado semanalmente, através dos relatórios enviados para a SMS pelas UBS informando os casos notificados, juntamente com o tratamento indicado. O resultado consolidado pela secretaria é enviado ao Ministério da Saúde via online através do Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarréicas Aguda (Sivep-DDA).

CAPÍTULO 2

ANÁLISE EPISTEMOLÓGICA EM SEU REBATIMENTO GEOGRÁFICO

A principal abordagem dessa pesquisa envolve a Epidemiologia e a Geografia. Dessa forma, para compreender essa relação deve-se considerar o objeto de estudo de ambas. Partindo da afirmação de Rouquayrol (2003) acerca da epidemiologia, é possível identificar que sua definição é tida como:

Ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, dos danos à saúde e dos eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL, 2003, p. 183).

Com essa perspectiva, a epidemiologia considera o indivíduo no espaço através de processos em determinado intervalo de tempo. Esse conjunto de conceitos norteiam a definição do perfil epidemiológico de determinada população.

Para entender essa dinâmica, Buss e Pellegrini Filho (2007) levam em consideração a definição de Determinantes Sociais de Saúde, destacando as condições de vida das pessoas e sua generalização.

As diversas definições de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.78).

Essa ótica citada pelo autor revela a importância do estudo do modo de vida das pessoas detalhadamente, levando em consideração suas particularidades, de forma que o indivíduo não seja avaliado hipoteticamente.

Buss e Pellegrini Filho (2007) reforçam a ideia do cuidado com a identificação dos determinantes sociais quando se refere à saúde:

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007, p 78).

Compreender a questão da saúde em uma sociedade a partir do viés dos seus determinantes requer um cuidado na identificação das causas e efeitos, levando em consideração as particularidades individualmente e coletivamente, conforme esse esclarecimento, Buss e Pellegrini Filho (2007) afirmam.

Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde. A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária

(educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007, p 78).

Cabe aqui ressaltar que para Buss e Pellegrini Filho (2007) os fatores psicossociais através das relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, através das relações desiguais colaborando para o estresse e prejuízos à saúde; os enfoques ecossociais e os chamados enfoques multiníveis buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica.

Em conformidade com as afirmações de Buss e Pellegrini Filho (2007), Kerr-Pontes e Rouquayrol (1999) consideram a importância dos indicadores de desenvolvimento humano para a percepção do estado de saúde de cada grupo e indivíduo.

Os indicadores básicos de desenvolvimento humano assumem importância fundamental em toda análise de situação de saúde, pois documentam as condições de vida da população e dimensionam o espaço social em que ocorrem as mudanças no estado de saúde”. (KERR-PONTES & ROUQUAYROL, 1999, p. 31).

Há uma imensa complexidade ao tentar mensurar o estado de saúde e bem-estar de uma população, mas é de fundamental importância para diagnosticar e intervir nos impactos identificados em cada população, conforme explica Lígia Kerr-Pontes e Maria Rouquayrol (1999).

Partindo para a concepção de Gisele Sousa (2003) ainda acerca dos indicadores de saúde, a autora faz as seguintes considerações:

Indicadores de saúde consistem em parâmetros necessários para o controle das condições de vida de uma população específica ou geral, para sua eficiência na área da saúde pública estes índices devem ser traçados em duas ocasiões: precedendo a instalação dos serviços e depois de algum tempo de desenvolvimento do programa de trabalho (SOUSA, 2003, p. 28).

A devida importância que Sousa (2003) deposita nos indicadores de saúde para o controle da qualidade da saúde merece destaque quando se trabalha a saúde pública. Sendo assim, todas as estratégias merecem um estudo prévio para serem aplicadas e consequentemente, avaliadas após a sua aplicação.

Levando em consideração a questão geopolítica que reflete em vários âmbitos da sociedade, inclusive na saúde pública: “Quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida, o grau de bem-estar da sociedade e de igual acesso a bens materiais e culturais” (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000, apud MATOS, 1999).

Na medida em que se torna importante o cuidado com a saúde e são tomadas medidas governamentais acerca da problemática, torna-se também de interesse o estudo da qualidade de vida. Dessa forma, Souza e Kalichman (1994) afirmam:

Assim sendo, em caráter preliminar, há de se registrar que, em primeiro lugar, a qualidade de vida deve ser compreendida como sendo uma condição de existência dos homens sempre referida ao modo de viver em sociedade, isto é, dentro dos limites que são colocados em cada momento histórico para se viver o cotidiano.” (SOUZA & KALICHMAN, 1994, p.467).

Assim como:

Em segundo lugar, a qualidade de vida significa uma existência que também satisfaça as exigências e demandas que este mesmo cotidiano cria para as pessoas que compõem a sociedade em questão, cujo "viver impedido", ou seja, não conseguir satisfazer as exigências e demandas de seu "modo de andar a vida" cotidianamente, constituirá o sofrimento que se quer reverter ou evitar, através das ações em saúde (SOUZA & KALICHMAN, 1994, p.467).

Observa-se a necessidade que surge no tempo histórico, porém também é necessário entender a necessidade dos indivíduos em cada grupo social.

Na tentativa de compreender o momento que surgiu o cuidado com a saúde da população no Brasil, é necessário ressaltar que a preocupação com a saúde da Corte, no século XIX, trouxe uma nova organização para o governo, onde se busca o controle das epidemias e do meio ambiente (SOUZA E KALICHMAN, 1994).

Compreendendo que os recursos limitados, a ausência de uma ciência mais voltada para o que hoje compreendemos de epidemiologia, entre outros, são fatores que retardaram o acesso à população para questões importantes como higienização. Conforme o Ministério da Saúde (2005):

As primeiras intervenções estatais no campo da prevenção e controle de doenças, desenvolvidas sob base científicas modernas, datam do início do século vinte e foram orientadas pelo avanço da era bacteriológica e pela descoberta dos ciclos epidemiológicos de algumas doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2005).

Através da elaboração da Constituição Federal, em 1988, a saúde pública no país passa a ser enxergada com um pouco mais de importância. Para explicar essa mudança, Pereira (2004) afirma:

Na constituição federal é direito de todos e dever do Estado e na lei orgânica: A saúde tem como fatores **determinantes** e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços

essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (PEREIRA, 2004, p. 3).

Apesar de ser tratada com prioridade, a Constituição Federal não garante que as questões de saúde tenham seu funcionamento pleno. Atualmente, é comum encontrar problemas e dificuldades que enfrenta o Sistema Único de Saúde (SUS) por questões meramente políticas.

Conforme Rouquayrol e Goldbaum (1999), a epidemiologia surge com o propósito de descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde nas populações humanas e fornecer dados que favoreçam no planejamento de estratégias voltadas para prevenção, controle e tratamento de doenças.

Dessa forma, conclui-se que a doença é a questão chave na construção do perfil epidemiológico, pois sua elaboração é voltada para as ocorrências na população. Para sustentar essa afirmação Rouquayrol (1999) considera que: “Na epidemiologia, o problema tem origem quando doença (ou agravo à saúde, de qualquer natureza) acometem grupos humanos” (ROUQUAYROL, 1999, p.142).

Levando em consideração que a prevenção acontece quando é descoberta a história natural da doença (suas causas), a epidemiologia se insere para contribuir. Santana (2014) afirma que: “É desejável conhecer o perfil de saúde da população como ponto de partida para a formulação de estratégias e decisões políticas, dado que contribuem tanto para o conhecimento sobre as determinantes da saúde”. (SANTANA, 2014, p.28).

Rouquayrol e Goldbaum (1999) ao tratarem a história e o conceito de epidemiologia, e descrevem as coletividades humanas para estruturar o perfil da localidade. Conforme a citação a seguir:

A epidemiologia é o eixo da saúde pública. Proporciona as bases para a avaliação das medidas de profilaxia, fornece pistas para diagnose de doenças transmissíveis e não –transmissíveis e enseja a verificação da consistência de hipóteses e causalidades. Além disso, estuda a distribuição da morbidade e da mortalidade a fim de traçar o perfil de saúde-doença nas coletividades humanas [...] (ROUQUAYROL & GOLDBAUM, 1999, p. 15).

Percebe-se que há a consideração de que o tempo, o lugar e a pessoa ligam-se às variáveis circunstanciais na tentativa de trabalhar os problemas de saúde-doença (ROUQUAYROL, 1999). Esta afirmação abre espaço para se trabalhar os conceitos mais importantes da geografia e seus principais autores.

O conceito de espaço em seu sentido de indissociabilidade entre objetos e ações (SANTOS, 1997, p. 51) nos auxilia a entender que os sistemas de ações considerados por Milton Santos possuem uma temporalidade e se referem a um lugar específico, com seus sistemas de objetos, e que só existem porque as pessoas estão inseridas neste processo, modificando objetos constantemente através de suas ações.

Através de Santos (1997, p. 67), percebe-se que: “ A ação é o próprio do homem. Só o homem tem ação, porque só ele tem objetivo e finalidade. A natureza não tem ação porque ela é cega, não tem futuro”. Com essa abordagem, torna mais simples trabalhar e compreender a atuação do homem no espaço.

Como toda ação se dá no espaço, a geografia, para Milton Santos, é a ciência da ação: “As ações resultam de necessidades, naturais ou criadas. Essas necessidades: materiais, imateriais, econômicas, sociais, culturais, morais, afetivas, é que conduzem os homens a agir e levar a funções” (SANTOS, 1997, p. 67).

Há de se considerar o contexto no qual o indivíduo se insere, mas levando em consideração o que Milton Santos afirma: “Lembro-nos, porém, de que os resultados da ação humana não dependem unicamente da racionalidade da decisão e da execução” (SANTOS, 1997, p. 76).

Dentre os conceitos da geografia, o espaço e o lugar oferecem suporte na análise dos indicadores de saúde, conforme a seguinte citação: “Os espaços são demarcados e defendidos contra os invasores. Os lugares são centros aos quais atribuímos valores e onde são satisfeitas as necessidades biológicas de comida, água, descanso e procriação. ” (YI-FU TUAN, 1930, p. 12).

Vale ressaltar que dentre as análises cabíveis à relação do homem com o espaço Milton Santos (2008) afirma:

O espaço não é nem uma coisa, nem um sistema de coisas, senão uma realidade relacional: coisas e relações juntas. Eis por que sua definição não pode ser encontrada senão em relação a outras realidades: a natureza e a sociedade, mediatizadas pelo trabalho. Não é o espaço, portanto, como nas definições clássicas de geografia, o resultado de uma interação entre o homem e a natureza bruta, nem sequer um amálgama forma pela sociedade de hoje e o meio ambiente. O espaço deve ser considerado com um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e, de outro, a vida que os preenche e os anima, seja a sociedade em movimento. O conteúdo (da sociedade) não é independente, da forma (os objetos geográficos), e cada forma encerra uma fração do conteúdo. O espaço, por conseguinte, é isto: um conjunto de formas contendo cada qual

frações da sociedade em movimento. As formas, pois têm um papel na realização social. (p. 10).

Esta afirmação nos apresenta mais uma vez uma realidade que relaciona a natureza, a sociedade e suas ações através do trabalho, que podem repercutir em variados arranjos que podem ser observados a partir de diferentes critérios, que no nosso estudo, tem por base os dados estatísticos de agravos como ponto de partida para análise espacial.

Dentre as relações sociais, a cultura é o pressuposto que responde questões importantes. “Sagrado e enraizado, o lugar permanece no íntimo das pessoas ainda que metamorfoseado ou devastado” (TUAN, p.94). Com essa perspectiva, hábitos e costumes permanecem, o que explica práticas seculares.

Ao trabalhar a influência dos fatores naturais, Rouquayrol (1999) destaca a cultura: “Conjunto dos padrões de comportamento social criados, aprendidos, modificados e transmitidos de uma geração a outra, entre os membros de um grupo humano [...]” (p.101).

Pelo fato do homem ser fruto, em parte, do meio no qual está inserido, seu comportamento, crenças, hábitos e ações são reflexo de seu lugar, torna-o semelhante ao próximo e distinto dos demais que não possuem a mesma característica (ROUQUAYROL, 1999, p. 96)

“O espaço não pode ser estudado como se os objetos materiais que formam a paisagem tivessem uma vida própria, podendo assim explicar-se por si mesmos” (SANTOS, 1997, p. 85).

Ao analisar a paisagem, inclui-se todas as formas de relação, o que pode ser visto e sentido, dessa forma, o movimento, a interação do homem e o espaço devem ser observadas e estudadas.

A paisagem não é a simples adição de elementos geográficos disparatados. É, em uma determinada porção do espaço, o resultado da combinação dinâmica, portanto instável, de elementos físicos, biológicos e antrópicos que, reagindo dialeticamente uns sobre os outros, fazem da paisagem um conjunto único e indissociável, em perpétua evolução (BERTRAND, 2004, p.141).

Desta forma, “ A paisagem é o conjunto de formas que, num dado momento, exprimem as heranças que representam as sucessivas relações localizadas entre homem e natureza. O espaço são essas formas mais a vida que as anima” (SANTOS, 1997, p. 83).

O autor ainda considera que:

A paisagem se dá como um conjunto de objetos reais-concretos. Nesse sentido, a paisagem é transtemporal, juntando objetos passados e presentes, um

construção transversal. O espaço é sempre um Presente, uma construção horizontal, uma situação única (SANTOS, 1997, p. 83).

Assim sendo, essa transtemporalidade evidencia tempos diferenciados no espaço geográfico:

O tempo rápido não cobre a totalidade do território nem abrange a sociedade inteira. Em cada área, são múltiplos os graus e as modalidades de combinações. Mas, graças à globalização e a seus efeitos locais, os tempos lentos são referidos ao tempo rápido, mesmo quando este não se exerce diretamente sobre os lugares ou grupos sociais (SANTOS, 1997, p. 213).

Esses tempos rápidos e lentos fornecem a paisagem uma dinâmica própria na paisagem. Para Rouquayrol (1999), através da paisagem também é possível distinguir dois elementos distintos que devem ser considerados: elementos naturais e elementos artificiais.

Com essa perspectiva, acerca das técnicas que se inserem em cada temporalidade, Santos (1997) afirma: “No domínio das relações entre técnica e espaço, uma primeira realidade a não esquecer é a da programação desigual das técnicas” (SANTOS, 1997, p. 35). A configuração de um espaço está interligada com a interferência das técnicas, através da sua capacidade de interagir e modificar a dinâmica de um lugar.

Todo e qualquer período histórico se afirma com um elenco correspondente de técnicas que o caracterizam e com uma família correspondente de objetos. Ao longo do tempo, um novo sistema de objetos responde ao surgimento de cada novo sistema de técnicas (SANTOS, 1997, p. 77).

Acerca dessa realidade, é necessário reconhecer que: “não existe homogeneidade do espaço, como, também, não existe homogeneidade das redes” (SANTOS, 1997, p. 213).

Os “reverse salientes” são componentes do sistema técnico que se tornou velho [...] são anomalias técnicas ou organizacionais que resultam da elaboração desigual ou da evolução desigual de um conjunto e de tal maneira que, quando uma parcela progride, uma outra se atrasa (SANTOS, 1997, p. 36, apud JOERGES, 1988).

Através das considerações anteriormente citadas acerca dos fatores que contribuem para a configuração do espaço, entende-se que suas características não são fruto de ações aleatórias, mas, até sem intencionalidades, o espaço se organiza como uma teia de relações.

CAPÍTULO 3

CAMINHOS PERCORRIDOS NA ANÁLISE DA GEOGRAFIZAÇÃO DA SAÚDE EM JUAREZ TÁVORA

Para realizar tal pesquisa, foi necessário consultar dados e informação estatísticas para conseguir entender algumas questões de saúde que estão inseridas na sociedade, interferindo na produção do espaço e explicitas nas paisagens da cidade de Juarez Távora – PB.

Dentre os procedimentos metodológicos adotados, destaca-se a análise dos principais agravos e doenças que atingem a população, fornecidos a partir dos seguintes sistemas: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), do Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA), Sistema de Vigilância e Epidemiologia das Doenças Diarreicas Agudas (Sivep – DDA); constituindo uma pesquisa de caráter quantitativo.

As informações estatísticas consultadas foram provenientes da análise das notificações cadastradas no SINAN pelas três UBS e da análise das fichas de notificação de dengue cadastradas no SINAN Online. Ainda foi necessário consultar no SIAB, o número de atendimentos realizados pelos médicos e enfermeiros de todas as UBS no período de 2005 e 2014.

Através do LIRAA as informações referentes ao número de imóveis, quarteirões, e o Índice de Infestação da cidade de Juarez Távora, corroborou para diagnosticar o aumento das notificações de dengue. Ainda sobre os dados analisados, o Sivep- DDA corroborou na formulação de hipóteses relacionadas ao número de casos de doenças diarreicas agudas no município.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é um órgão importante para a consulta de dados demográficos e estatísticas, pois também revelam indicadores de qualidade de vida da população. Dessa forma, a consulta ao site do IBGE foi uma etapa fundamental para estudar o município.

Mediante a análise dos dados e identificação dos condicionantes para a questão saúde/doença, tornou-se fundamental realizar um estudo de campo afim de averiguar nas paisagens e realizar registros fotográficos, o reflexo do comportamento e o modo de vida das pessoas, com enfoque nas áreas que mais oferecem riscos à saúde.

As paisagens que expressam o risco à saúde foram previamente identificadas. Posteriormente, o estudo sobre o tema corroborou na análise final dessas áreas.

Proporcionando o esclarecimento de questões que empiricamente não são possíveis de identificar.

O Ministério da Saúde, na forma do Portal da Saúde forneceu subsídio para o levantamento dos dados referentes aos óbitos e nascimentos de pessoas residentes no município através do programa Tabnet. Outros indicadores de saúde e social também foram fornecidos pelo portal, considerando as informações dos três últimos censos realizados pelo IBGE (1991, 2000 e 2010).

Para a consolidação dos dados que envolvem estatísticas, o Microsoft Excel 2010 e 2013 foi utilizado na construção dos gráficos.

CAPÍTULO 4

PERSPECTIVAS SOBRE A ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Diante do pressuposto que a epidemiologia estuda a saúde através da presença das doenças coletivamente apresentadas, a geografia contribui na formulação de conceitos que contribuem no esclarecimento de questões no diagnóstico das causas relacionadas ao meio. Por essa razão foi necessário conhecer as doenças e agravos que predominam no município, para a formulação do perfil epidemiológico. Posteriormente serão apresentados os resultados da pesquisa.

4.1 Descrição das informações do LIRAA

Através da disponibilização de dados e informações oriundos dos principais programas e sistemas de saúde do município pela Secretaria Municipal de Saúde, foi possível identificar os principais problemas enfrentados pela população, entre eles, casos comuns entre diversos municípios do Brasil, como a Dengue. Dentre as ferramentas do Ministério da Saúde, o LIRAA foi criado, afim de identificar os índices.

O LIRAA é um trabalho realizado pelos Agente de Combate à Endemias (ACE). Anualmente são realizados quatro ciclos, com duração de uma semana, cada um em períodos estrategicamente planejados. O trabalho é realizado apenas na área urbana, através da coleta de amostras nas localidades sorteadas pelo sistema, em seguida a coleta é analisada em laboratório para identificação do número de larvas infectadas, posteriormente é fornecido um percentual que indica o nível de infestação do município. (quadro 3).

QUADRO III
LEVANTAMENTO DE ÍNDICE DE INFESTAÇÃO RÁPIDO (LIRA) NA CIDADE DE JUAREZ
TÁVORA – PB - 2013-2015

LIRA				
ANO	1º ciclo Janeiro	2º ciclo Março	3º ciclo Julho	4º ciclo Outubro
2013	-	-	5.3	3.2
2014	7.9	5.1	5.4	9.7
2015	8.3	3.8	-	-
Os valores de referência, segundo os riscos são $\leq 0,9$ (baixo); $1 < \leq 3,9$ (médio); $\geq 4,0$ (alto)				

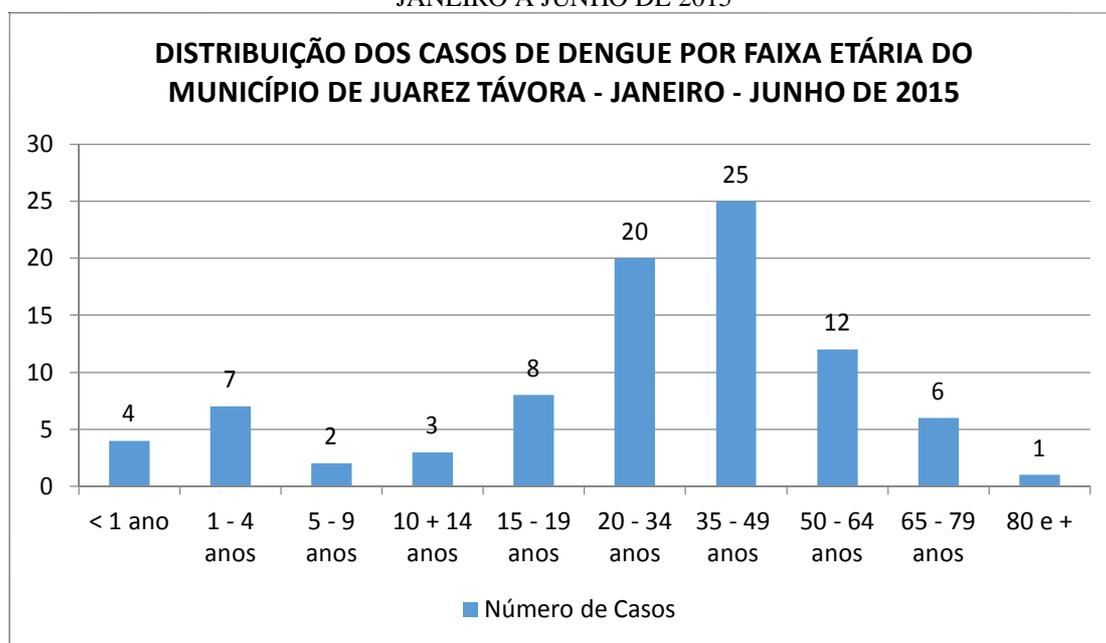
Fonte: (PMJT,2015).

Levando em consideração os valores de referência e o resultado de todos os estratos realizados, Juarez Távora enquadra-se em uma situação de alto risco, desde a

primeira utilização do sistema, abrindo exceção apenas no quarto ciclo de 2013 e segundo ciclo de 2015, onde se enquadra em um risco médio.

Correlacionando o índice de infestação em 2015 (quadro 3) com o número de casos de dengue (gráfico 1), percebe-se que desde o primeiro semestre de 2015, o risco diminuiu em relação ao último ciclo de 2014 e contraditoriamente foram notificados 87 casos. Nota-se que os casos notificados estão relacionados com o alto índice de infestação entre o período de outubro de 2014 e janeiro de 2015, período no qual houve o desenvolvimento do vetor: de larva à mosquito.

GRÁFICO I
NÚMEROS DE CASOS DE DENGUE POR FAIXA ETÁRIA EM JUAREZ TÁVORA – PB DE
JANEIRO A JUNHO DE 2015



Fonte: (PMJT, 2015).

A partir dessas informações, identificou-se que dos casos registrados, a faixa etária mais atingida está entre 20 e 32 anos, com 20 casos. Outro dado importante ao analisar as fichas de notificação é a quantidade de casos por gênero. As mulheres residentes no centro da cidade são as mais afetadas, para explicar esses dados é levado em consideração o contingente populacional, junto a quantidade de mulheres que passam parte do tempo em seus domicílios, próximas aos focos do mosquito. O quadro a seguir descreve os casos por faixa etária, gênero e sexo em cada localidade segundo a classificação dos ACE (quadro 4).

Ao reconhecer o aumento do índice durante o ano de 2014, e registro de notificações de casos de Dengue em 2015 em Juarez Távora, tem-se um indício de que,

além da necessidade de políticas públicas para combater o mosquito, há necessidade de mudança de hábitos por parte da população, especialmente pelo fato de que, conforme observado anteriormente, embora seja predominantemente urbana ainda praticam hábitos rurais.

QUADRO IV
CASOS DE DENGUE POR SEXO, FAIXA ETÁRIA E LOCALIDADE - 2015

CASOS DE DENGUE REGISTRADOS													
				CANTA GALO		OSCAR		CENTRO		CABRAL		ZONA RURAL	
FAIXA ETARIA	NUMERO DE CASOS	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<1	4					1		1	1				1
1-4	7								5				
5-9	2								1				1
10-14	3							1	1				2
15-19	8							3	3		1		2
20-34	20				1	1	3	2	7			2	
35-49	25			1	1	1	3	4	11		1	1	3
50-64	12			1	1			1	5			1	2
65-79	6							3	1			1	1
80 e+	1								1				
	87	28	59	5	3	3	6	15	36	0	2	5	12
				8		9		51		2		17	

Fonte: (PMJT, 2015).

4.2 Descrição das informações do SINAN

Com o objetivo de identificar os principais agravos, o SINAN oferece subsídios para essa investigação. Dessa forma, foram ressaltados os casos de dengue e os atendimentos anti-rábiticos, dentre as notificações mais frequentes durante o período de dez anos, de janeiro de 2005 ao mês de junho de 2015 (quadro 5), como também, a distribuição dos agravos por UBS (gráfico IIa, IIb e IIc). Coloca-se em destaque os 87 casos de dengue registrados de janeiro a junho do último ano.

4.2.1 Dengue

A dengue, doença ocasionada pelo mosquito *Aedes aegypti* infectado, pode ser explicada através de fatores que envolvem e favorecem o desenvolvimento das infestações. Destacam-se a importância da forma de organização social dos espaços geográficos dos centros urbanos, do modo de vida de suas populações, os seus reflexos no ambiente que criam as condições para a proliferação do vetor desse agente (BARRETO e TEIXEIRA, 2008, p.56).

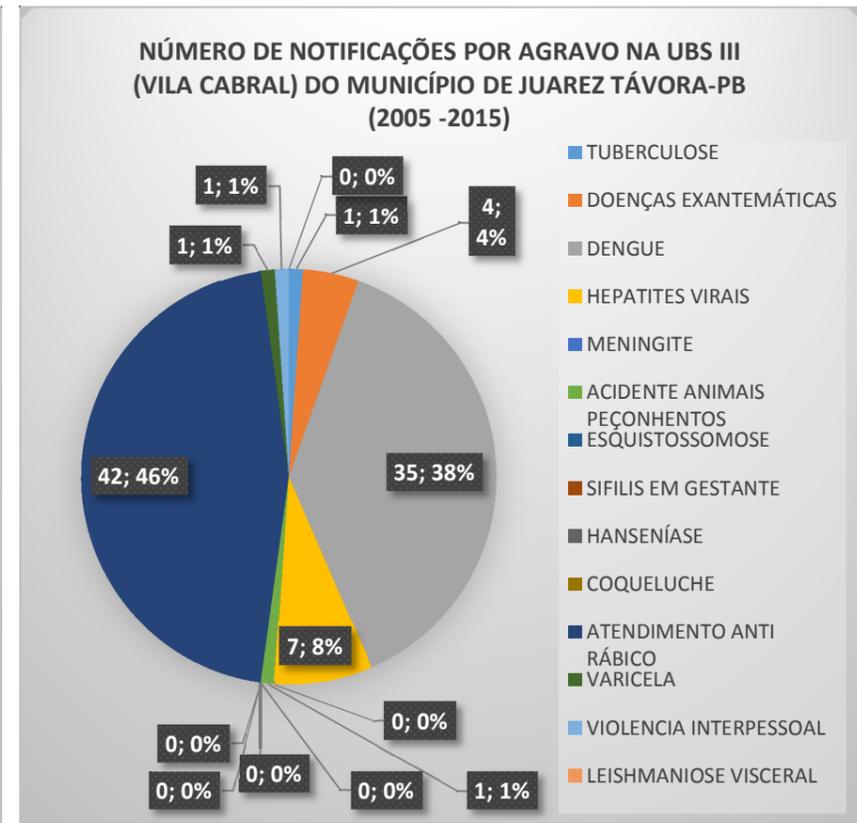
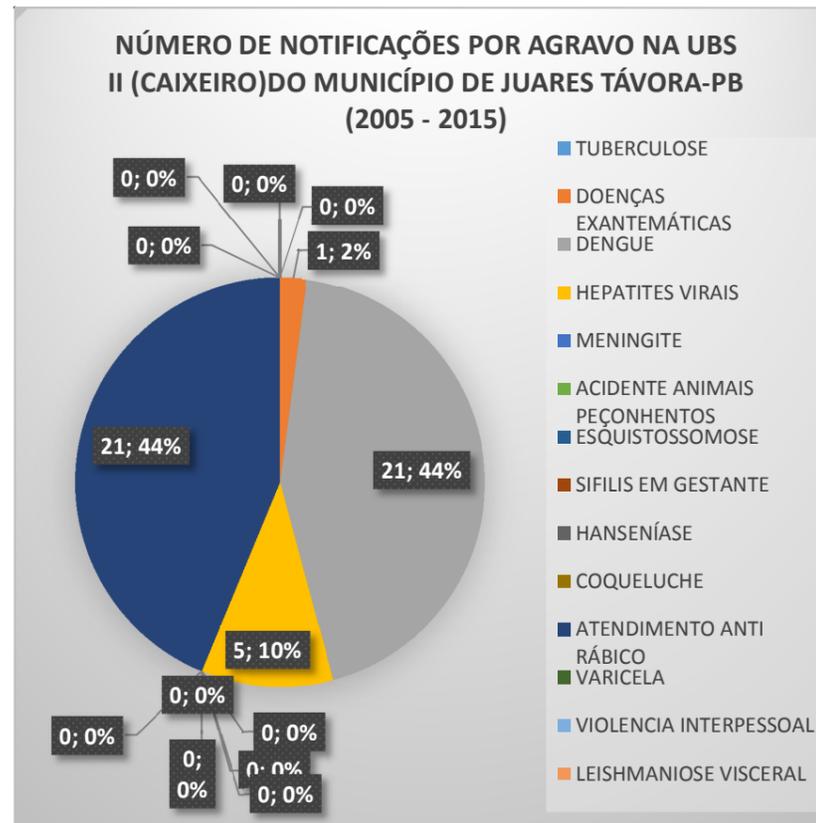
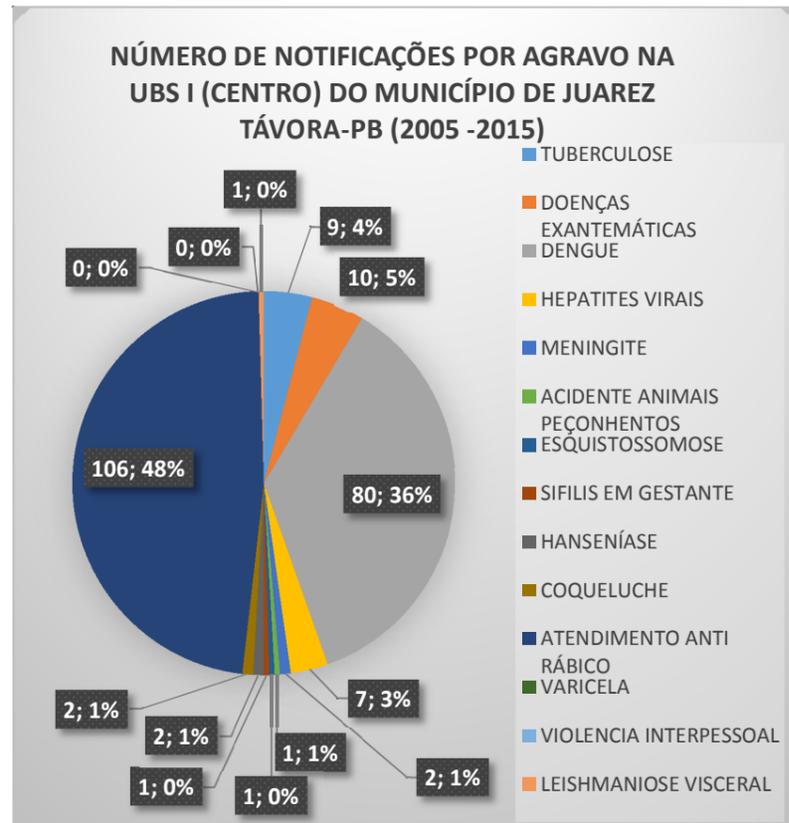
QUADRO V
LISTA DOS AGRAVOS REGISTRADOS NAS UBS DO MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA (2005 – 2015)

AGRAVO	2005			2006			2007			2008			2009			2010			2011			2012			2013			2014			2015			TOTAL
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III				
TUBERCULOSE	3		1	1											1			2													10			
DOENÇAS EXANTEMÁTICAS							4	1	1	1		2						4		1									1		15			
DENGUE							1			4		3			2			15		6	11	4	1			2	1		48	17	21	136		
HEPATITES VIRAIS									1						1	5	2	2		1				3	2		2				19			
MENINGITE										1																		1			2			
ACIDENTE ANIMAIS PEÇONHENTOS												1							1												2			
ESQUISTOSSOMOSE																		1													1			
SIFILIS EM GESTANTE																		1													1			
HANSENIASE																					1				1						2			
COQUELUCHE																								1		1					2			
ATENDIMENTO ANTI RÁBICO							6	1	6	6	3	7	15	1	3	20	4		17	7	4	12	4	14	19		2	10	6	1	1	169		
VARICELA																											1				1			
VIOLENCIA INTERPESSOAL																										1					1			
LEISHMANIOSE VISCERAL																												1			1			
TOTAL	4			1			21			28		21			33		62		50				29		22		91			362				

* A partir de 2013 os casos de dengue/suspeita passam a ser cadastradas no SINAN Online. Os dados acima referem-se aos agravos notificados no SINAN local, acrescidos do SINAN online para os casos de dengue, até o dia 09 de junho de 2015.

FONTE: (PMJT, 2015).

GRÁFICO IIa, IIb e IIc.
NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES POR AGRAVO NA TRÊS UBS (I, II E III) DO MUNICÍPIO DE JUARES TÁVORA-PB (2005 - 2015)



FONTE: (PMJT, 2015).

Considerando o contexto histórico, cabe ressaltar que: “A primeira evidência de ocorrência de epidemia de dengue no Brasil é de 1982, quando foram isolados os sorotipos DENV1 e DENV4, em Boa Vista (RO)”. (BARRETO e TEIXEIRA, 2008, p.56 apud. OSANAI, 1984).

Referindo-se aos casos de Dengue, Ribeiro e Rooke (2010) afirmam que as condições de permanência e circulação dos vírus no país estão fortemente associadas com a densidade e dispersão dos vetores. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) a dengue é uma doença cujo período de maior transmissão coincide com o verão. Isto devido aos fatores climáticos favorecerem a proliferação de seu vetor, *Aedes aegypti*.

Até o dia 09 de junho de 2015, o município de Juarez Távora registrou 86 casos de Dengue, com maior incidência entre as semanas epidemiológicas 11 e 22, que correspondem ao período de 15 de março e se entende à 06 de junho (JUAREZ TÁVORA, 2015).

4.2.1 Atendimento anti rábico

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a raiva é uma zoonose viral, pode ser acometida e transmitida a todos os mamíferos. A doença é transmitida através da penetração do vírus contido da saliva dos animais, dessa forma, tantas áreas urbanas quanto rurais estão susceptíveis à ocorrência.

A quantidade de Atendimento Antirrábico registrado no SINAN pela Secretaria Municipal de Saúde de Juarez Távora, revela um percentual elevado de casos (2005-2015), o que não significa afirmar que foram casos confirmados. Os 169 casos registrados desde 2005, foram de atendimentos de saúde a pessoas que tiveram contato (lambadura, arranhadura e mordedura) com animais que transmite a doença, caso estejam infectados. Porém, não houve confirmação de casos de raiva.

Seguindo as instruções do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), os procedimentos tomados durante o atendimento seguem para uma investigação. Dessa forma, a Coordenadora da Sala de Vacina da UBS afirmou que a maioria dos casos

ocorrem por provocação da pessoa ao animal que reage com agressão, visto que são animais domesticados e em grande parte são cães e gatos.

A Coordenadora do setor de imunização da Secretaria de Saúde de Juarez Távora (JUAREZ TÁVORA, 2015) ainda afirmou que os animais ficam sujeitos à observação por um intervalo de tempo e conforme a investigação e havendo a necessidade, o paciente passa por um tratamento.

Anualmente, é realizado no município a campanha de vacinação que combate a doença. Nesse período foram vacinados uma aproximadamente 340 gatos e 1154 cães.

4.2.2 Hepatites virais

Outra doença que consta na lista do SINAN do município são as Hepatites Virais: “doenças provocadas por diferentes vírus hepatotrópicos que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas” (Ministério da Saúde, p. 23, 2009)

Para Ferreira e Silveira (2010), a melhoria das condições de higiene e de saneamento das populações, a vacinação contra a Hepatite B e as novas técnicas moleculares de diagnóstico do vírus da Hepatite C estão entre esses avanços importantes. As condições do Brasil: sua heterogeneidade socioeconômica, a distribuição irregular dos serviços de saúde, a incorporação desigual de tecnologia avançada para diagnóstico e tratamento de enfermidades, são elementos importantes que devem ser considerados na avaliação do processo endemo-epidêmico das hepatites virais.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) também afirma que as hepatites virais A e E estão relacionadas às condições de saneamento básico, higiene pessoal, qualidade de água e alimentos; as hepatites B, C e D são transmitidas através do sangue. Conhecendo o modo de transmissão, facilita a forma de combate. Em Juarez Távora, foram registrados 19 casos nos últimos dez anos (quadro 5).

4.2.3 Tuberculose

Segundo o Ministério da Saúde (2015), a Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões. A doença é curável. Anualmente são notificados cerca de 6 milhões de novos casos em todo o mundo, levando mais de um milhão de pessoas a óbito. Há situações em que o aparecimento de focos de tuberculose resistente aos medicamentos associados a AIDS, agravam ainda mais os casos.

A população mais vulnerável à doença são: indígenas, privados de liberdade, pessoas portadoras do vírus HIV e pessoas em situação de rua (SINAN, 2013).

A tuberculose (TB) é um problema de saúde prioritário no Brasil, e juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, alberga 80% dos casos mundiais da doença. Estima-se que, cerca de um terço da população mundial, esteja infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, estando sob risco de desenvolver a atividade (Ministério da Saúde, p. 39, 2009).

Cada indivíduo doente pode infectar, em um ano, cerca de 10 a 15 pessoas, por essa razão, uma das formas de prevenção é o isolamento da pessoa infectada. Sendo assim, a relação do indivíduo na sociedade é afetada. (BRASIL, 2010).

4.3 Descrição das informações do SIAB

Dentre os procedimentos metodológicos que envolvem essa pesquisa, o levantamento de dados através do SIAB tornou-se necessário para investigar estatísticas de saúde, pois o sistema fornece informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde (quadro 6).

QUADRO VI
QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS NAS UBS NO MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA – PB
(2005-2014)

TIPO DE ATENDIMENTO	ANO										TOTAL
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Puericultura	1199	2094	2032	1063	1519	1219	1186	950	999	478	12739
Pré-Natal	990	785	1038	837	628	666	816	783	797	855	8195
Prevenção Ca Cérvico Uterino	461	428	695	629	602	452	765	857	778	548	6215
DST/AIDS	61	78	53	58	41	83	119	135	157	50	835
Diabetes	663	829	853	803	900	807	918	844	979	822	8418
Hipertensão Arterial	3167	3449	3486	3216	3587	3082	3081	2842	3242	2786	31938
Hanseníase	0	5	27	22	1	0	0	1	2	0	58
Tuberculose	21	8	130	110	1	0	7	0	6	3	286
	6562	7676	8314	6738	7279	6309	6892	6412	6960	5542	

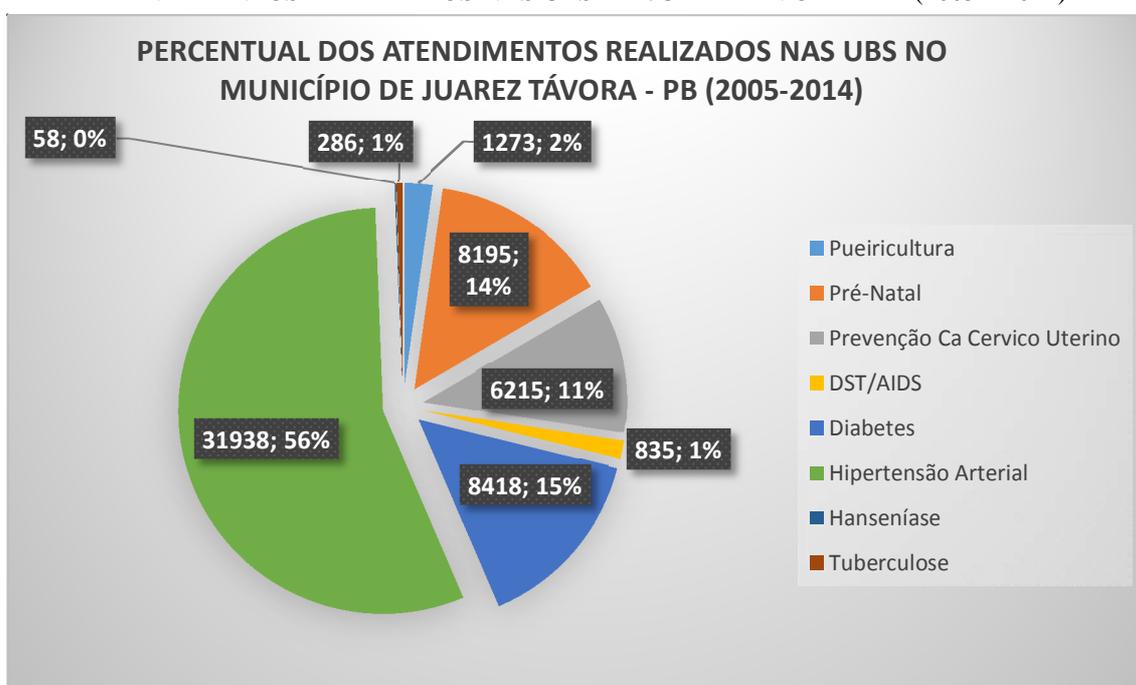
FONTE: (PMJT, 2015).

A quantidade de atendimentos realizados nas UBS do município por tipo de atendimento (motivo da consulta) pelos médicos e enfermeiros comprovam uma realidade observada empiricamente (quadro 6).

Os dados do quadro anterior revelam que dos atendimentos realizados entre os anos 2005 e 2014 no município, os principais motivos do atendimento (condição/doença) são hipertensão, puericultura, diabetes e pré-natal (gráfico 1).

A hipótese levantada para explicar esse percentual é o fato da população idosa do município ter aumentado, visto que a hipertensão e a diabetes acarreta, em sua maioria, pessoas idosas.

GRÁFICO III
ATENDIMENTOS REALIZADOS NAS UBS EM JUAREZ TÁVORA – PB (2005 – 2014)



FONTE: (JUAREZ TÁVORA, 2015).

Atualmente, para que o sistema se transforme, de fato, num sistema que permita o monitoramento e favoreça a avaliação da atenção básica, o Departamento de Atenção Básica/SAS em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE vem investindo em sua reformulação, articulada com os demais sistemas de informação dos outros níveis de atenção. Este processo está envolvendo todas as áreas técnicas do MS, que implementam ações básicas de saúde e, posteriormente, será discutido nas instâncias de deliberação do SUS. Dentre as estratégias está a implantação do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) através do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica

em nível nacional, substituindo a utilização de alguns sistemas como o SIAB a partir de 2016.

4.3.1 Hipertensão arterial

Com o aumento da população mais idosa (figura 1, 2 e 3) em Juarez Távora foi verificado também um aumento na quantidade de consultas relacionadas aos problemas de hipertensão arterial (quadro 6). Essa constatação pode ser corroborada com a citação a seguir:

No contexto da transição demográfica, o perfil de saúde em nosso país também sofre mudanças. Com o aumento populacional de idosos prevalecem as doenças crônicas não transmissíveis na população. As doenças mais frequentes são a hipertensão, diabetes, artrite, insuficiência renal crônica, osteoporose e demências (SANTOS, 2010, p. 13 apud VAROTO;TRUZZI; PAVARINI, 2004; RAMOS, 2002).

Ao estudar sua causa, é verificado que o a valor elevado da pressão arterial está relacionado principalmente pelo consumo excessivo de álcool e cigarro, sedentarismo e excesso de peso, é uma doença no qual o diagnóstico torna-se um pouco tardio, pois não apresenta sintomas específicos.

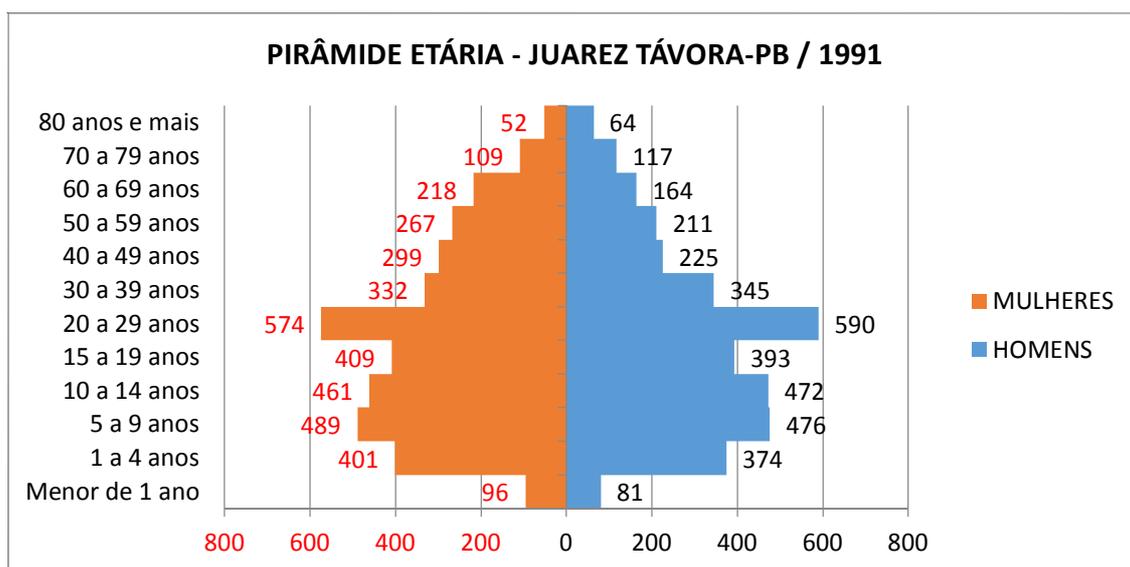


FIGURA I: PIRÂMIDE POPULACIONAL POR FAIXA ETÁRIA E GÊNERO (1991)
FONTE: (BRASIL, 2015).

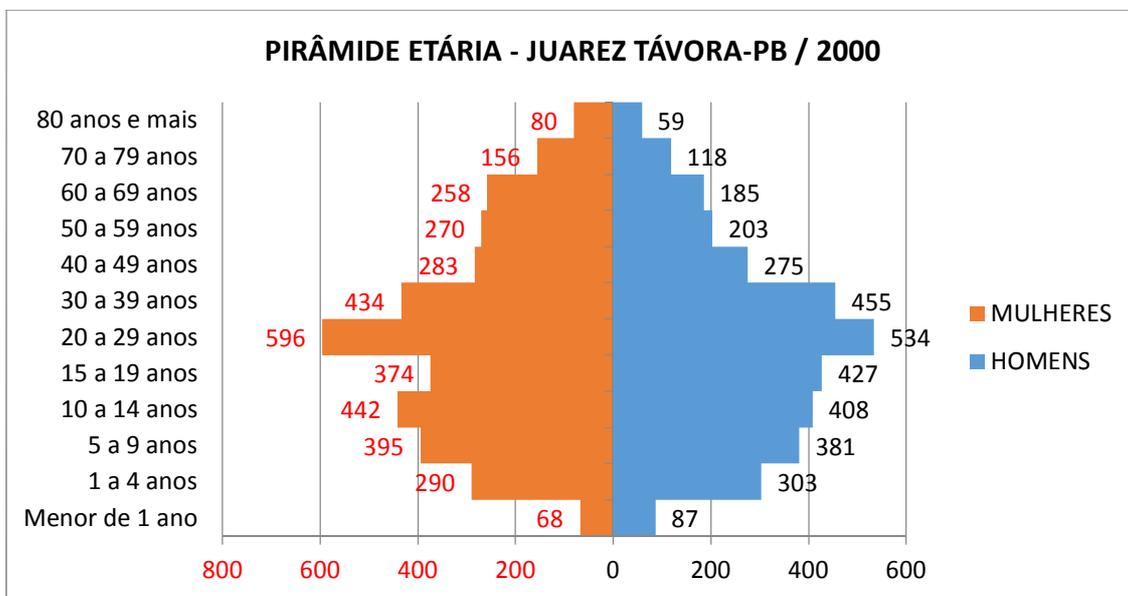


FIGURA II: PIRÂMIDE POPULACIONAL POR FAIXA ETÁRIA E GÊNERO (2000)
FONTE: (BRASIL, 2015).

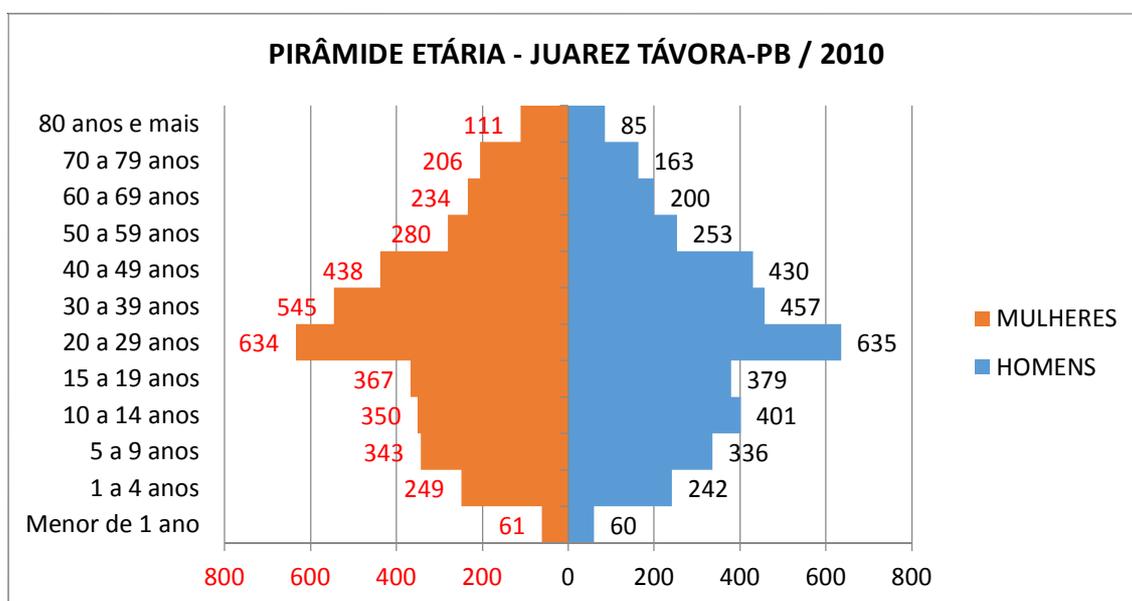


FIGURA III: PIRÂMIDE POPULACIONAL POR FAIXA ETÁRIA E GÊNERO (2010)
FONTE: (BRASIL, 2015).

4.3.2 Diabetes

O aumento das taxas de sobrepeso e obesidade associado às alterações do estilo de vida e ao envelhecimento populacional, são os principais fatores que explicam o crescimento da prevalência do diabetes tipo 2. As modificações no consumo alimentar da população brasileira - baixa frequência de alimentos ricos em fibras, aumento da proporção de gorduras saturadas e açúcares da dieta - associadas a um estilo de vida

sedentário compõem um dos principais fatores etiológicos da obesidade, diabetes tipo 2 e outras doenças crônicas (SARTORELLI E FRANCO,2003, p. 29).

4.4 Descrição das informações do Sivep-DDA

As doenças diarreicas agudas é uma síndrome causada por diferentes agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitos), manifesta pelo aumento da frequência de evacuações, com consistências aquosas (BRASIL, 2009).

Há uma relação direta entre a doença com a situação de higiene da pessoa afetada. A transmissão pode ser indireta, através da ingestão de água e alimentos contaminados; e contato com objetos contaminados. De forma direta, a transmissão pode ser de pessoa a pessoa e de animais para pessoa através do contato.

Para melhor compreender, o quadro VII mostra o histórico das DDA no período de dez anos, por faixa etária em Juarez Távora-PB.

Quadro VII
CASOS DE DDA EM JUAREZ TAVORA-PB (2005-2015)

ANO	ESTABELECIMENTO UBS I + UBS II + UBS III	CASOS POR FAIXA ETÁRIA					
		<1	1 a 4	5 a 9	10+	IGN	TOTAL
2005*	3	9	46	34	96	5	190
2006	3	41	92	64	252	0	449
2007	3	23	45	13	62	4	147
2008	3	32	62	16	143	1	254
2009	3	29	40	9	82	2	162
2010	3	14	30	26	76	1	147
2011	3	12	53	17	110	0	192
2012	3	14	27	6	62	0	109
2013	3	14	60	21	121	0	216
2014	3	5	17	5	20	1	48
2015*	3	3	11	7	32	1	54
2005* Valores referentes a partir da semana epidemiológica 31. 2015* Valores referentes até a semana epidemiológica 22.							1.968

FONTE: (PMJT, 2015).

Ao observar os casos registrados nas três UBS desde 2005, a faixa etária mais atingida é acima de dez anos de idade, mas que em 2014 houve uma redução considerável de casos. Em 2015, em pouco menos de seis meses, foi registrado mais casos, se comparado ao ano anterior.

Medidas de prevenção devem ser tomadas partindo do acesso a informação por parte de profissionais de saúde, através de atividades educativas; tratamento adequado

da água; destino adequado do lixo e os dejetos; controle de vetores; adequação aos padrões de higiene pessoal e alimentar (BRASIL, 2009).

Conhecer os dados e estatísticas relacionados à saúde no município de Juarez Távora – PB, e através do conhecimento geográfico associar as principais doenças com o espaço, proporcionou um interesse em aprofundar o conhecimento empírico e torna-lo científico, contribuindo para, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, tomar as medidas cabíveis que corroborem com a melhora na qualidade da saúde pública do município.

4.5 Saneamento básico

Analisado o contexto das doenças, o saneamento básico, consta na relação de fatores condicionantes para a prevenção. Por essa razão, deve ser trabalhado o conjunto dos principais determinante, conforme esclarece Ribeiro e Rooke (2010):

No Brasil, o conceito de saúde, entendido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não restringe-se ao problema sanitário ou a prevalência de doenças. Hoje, além das ações de prevenção e assistência, considera-se cada vez mais importante atuar sobre os fatores determinantes da saúde. É este o propósito da promoção da saúde, que constitui o elemento principal das propostas da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (RIBEIRO & ROOKE, 2010, p. 2).

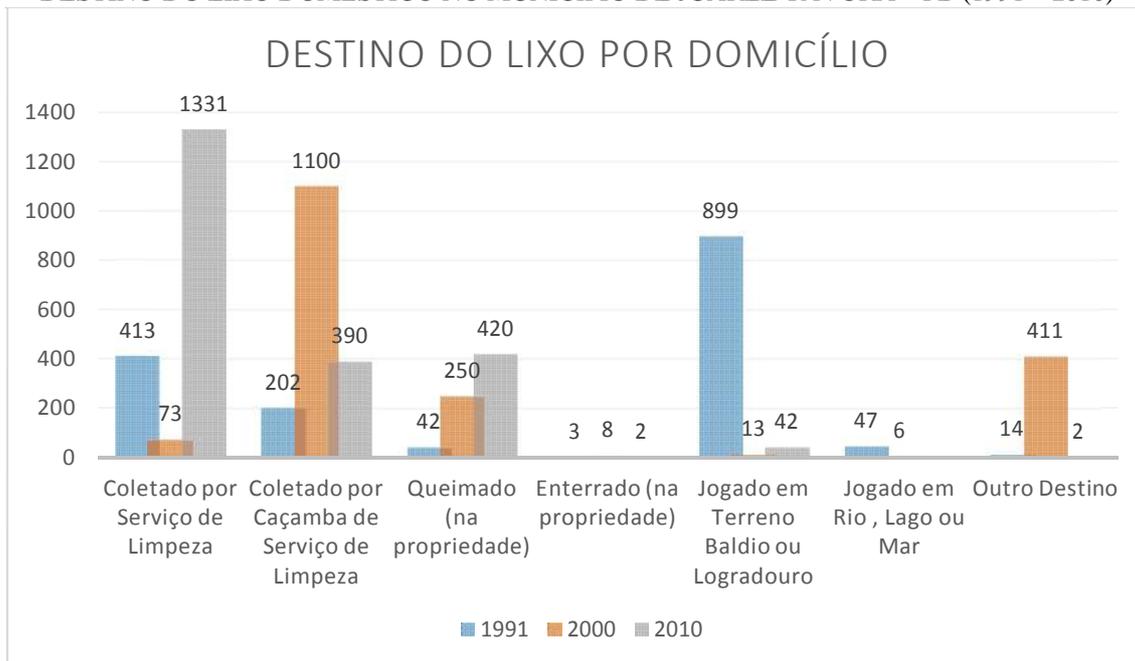
Abordando essa questão, é necessário esclarecer que: “O lixo é o conjunto de resíduos sólidos resultantes da atividade humana. Ele é constituído de substâncias putrescíveis, combustíveis e incombustíveis”. (RIBEIRO & ROOKE, 2010, p. 11).

Sendo assim, problemas como “A produção de materiais descartáveis, a negligência com o lixo e o aumento de recipientes que acumulam água nos domicílios humanos, além da densidade populacional, não estão sendo encarados como fatores de enfrentamento da questão. ” (PIGNATTI, 2004, p. 143) estão envolvidos com a problemática da saúde.

Em Juarez Távora – PB, no decorrer dos anos, o destino do lixo passa por um processo, no qual, atualmente pode ser considerado “em desenvolvimento”, quando se refere aos dados de 1991 e 2000 (gráfico 3). Pois, ainda no município há doenças relacionadas à produção do lixo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saneamento é o controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeitos nocivos sobre o bem estar físico, mental e social. De outra forma, pode-se dizer que saneamento caracteriza o conjunto de ações sócio-econômicas que tem por objetivo alcançar salubridade ambiental (RIBEIRO & ROOKE, 2010, p. 1).

GRÁFICO IV
DESTINO DO LIXO DOMÉSTICO NO MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA – PB (1991 – 2010)



Fonte: (BRASIL,2015).

Mediante o aumento da produção do lixo e a ausência de medidas de controle ou de saneamento, são ocasionados diversos outros problemas que atingem vários âmbitos da sociedade, conforme afirma Ribeiro e Rooke (2010):

Dessa forma, e diretamente relacionados à doença:

A maioria dos problemas sanitários que afetam a população mundial estão intrinsecamente relacionados com o meio ambiente. Um exemplo disso é a diarreia que, com mais de quatro bilhões de casos por ano, é uma das doenças que mais aflige a humanidade, já que causa 30% das mortes de crianças com menos de um ano de idade. Entre as causas dessa doença destacam-se as condições inadequadas de saneamento (RIBEIRO & ROOKE, 2010, p. 2. apud. GUIMARÃES, CARVALHO e SILVA, 2007).

Nesse contexto, o desenvolvimento das técnicas citada por Milton Santos, é capaz de influenciar na dinâmica do espaço, no qual Ribeiro e Rooke (2010) concluem:

Com o desenvolvimento científico e tecnológico, atualmente existem várias técnicas para resolver os problemas sanitários. Porém o crescimento da população, de suas necessidades e de seu consumo, também aumentam a poluição do meio ambiente. Por exemplo, a água de qualidade para o

consumo humano torna-se um recurso cada vez mais escasso, e os problemas de saneamento tornam-se cada vez mais difíceis de serem resolvidos e com um maior custo de implantação e manutenção da infraestrutura de serviços. (RIBEIRO & ROOKE, 2010, p. 7).

Quando a problemática do lixo é trabalhada, é necessário associar questões que sofrem influências e outras que surgem dessa necessidade. Por essa razão, Ribeiro e Rooke (2010) ainda trabalham o espaço sob a consideração de que:

Os sistemas de drenagem urbana são essencialmente sistemas preventivos de inundações; empoçamentos; erosões, ravinamento e assoreamentos, principalmente nas áreas mais baixas das comunidades sujeitas a alagamentos ou marginais de cursos naturais de água. No campo da drenagem urbana, os problemas agravam-se em função da urbanização desordenada e falta de políticas de desenvolvimento urbano. (RIBEIRO & ROOKE, 2010, p. 12).

No intuito de analisar as paisagens que estão explícitas áreas de risco, através do registro fotográfico fica comprovado a presença de áreas (foto 1, 2 e 3), que não dispõem de saneamento básico, outras que apresentam construções em locais inapropriados, e de práticas que não condizem com a prevenção à saúde, aumentando a probabilidade de contrair doenças.

FOTO I
PANORAMA DA AUSÊNCIA DE SANEAMENTO BÁSICO NO BAIRRO DE OSCAR NO
MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA – PB (2015)



FONTE: (ARAÚJO,2015).

Para Ribeiro & Rooke (2010) à medida que as pessoas se expõem a esses riscos estão mais propensas a introduzir nas suas moradias agentes infecciosos adquiridos no domínio público. A falta de hábitos higiênicos, provocada pela pobreza e as más

condições em suas instalações hidrosanitárias, facilita em muitos casos a transmissão de doenças infecciosas.

Os resíduos sólidos urbanos (RSU), nos termos da Lei Federal nº 12.305/10 que instituiu a Política Nacional de Resíduos Sólidos, englobam os resíduos domiciliares, isto é, aqueles originários de atividades domésticas em residências urbanas e os resíduos de limpeza urbana, quais sejam, os originários da varrição, limpeza de logradouros e vias públicas, bem como de outros serviços de limpeza urbana (PANORAMA DOS RESÍDUOS SÓLIDOS NO BRASIL, 2012, p.38).

FOTO II
REFLEXO DA AUSÊNCIA DE SANEAMENTO NO BAIRRO OSCAR EM
JUAREZ TÁVORA – PB



FONTE: (ARAÚJO, 2015).

Dentre os modos no qual o indivíduo contrai doenças, a população animal (cães, gatos, entre outros) portadora de doenças, apresentam um risco à saúde pública, segundo Ribeiro e Rooke (2010). A transmissão de doenças dos animais para o homem pode se dar de forma direta, indireta ou através de vetores, que são seres vivos capazes de transferir um agente infeccioso de um hospedeiro a outro (Ministério da Saúde, 2010)

O controle de vetores tem importância sanitária, na medida em que propicia: redução da mortalidade infantil; redução da mortalidade e aumento da vida média do homem; prevenção de doenças cuja transmissão esteja relacionada aos vetores; preservação das condições de conforto à vida humana.

Em oposição à afirmação anterior, nas fotos 4 e 5 demonstram a intensidade no qual os problemas sanitários estão presentes na vida de populações com baixa renda residente no bairro Oscar, na cidade de Juarez Távora – PB.

FOTO III
ACÚMULO DE LIXO E CRIAÇÃO DE ANIMAIS PARA CONSUMO PRÓXIMOS AS
RESIDÊNCIAS NA CIDADE DE JUAREZ TÁVORA - PB



FONTE: (ARAÚJO, 2015).

FOTO IV
CRIANÇAS EXPOSTAS AO RISCO DE CONTAMINAÇÃO POR ESGOTO PRIMÁRIO E LIXO.



FONTE: ARAÚJO, 2015.

Segundo o Panorama dos Resíduos Sólidos no Brasil (2012), as formas de controle utilizadas, o ambiental (saneamento) oferece condições adversas ao desenvolvimento de vetores; agindo de forma preventiva, traz benefícios à saúde.

Outro problema identificado na paisagem enquadra-se na problemática cabível na discussão da acessibilidade (foto 6).

FOTO V
ESGOTO A CEU ABETO NAS CALÇADAS DAS RESIDÊNCIAS NA CIDADE DE JUAREZ
TÁVORA- PB



FONTE: (ARAÚJO, 2015).

FOTO VIa e VIb
AGLOMERADO DE CASAS CONSTRUÍDAS EM ÁREAS DE ACESSIBILIDADE PRECÁRIA ÀS
MARGENS DA RODOVIA (PB – 079) EM JUAREZ TÁVORA - PB



FONTE: (ARAÚJO, 2015).

4.6 Análise demográfica

O aumento da expectativa de vida da população está associada a melhora na qualidade de vida, dentre as estratégias que corroboram com essa estatística envolvem: os projetos sociais, à previdência social através do direito a aposentadoria, aumento na oportunidade no ensino e público aos jovens, entre outros.

Dizer, portanto, que o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, que saúde não é mera ausência de doença, já é um bom começo, porque manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico. Porém, pouco acrescenta à reflexão (CAMPONOGARA et al, 2008).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO et al, 2000).

Dentre as considerações abordadas, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), para Minayo et al (2000, p. 4):

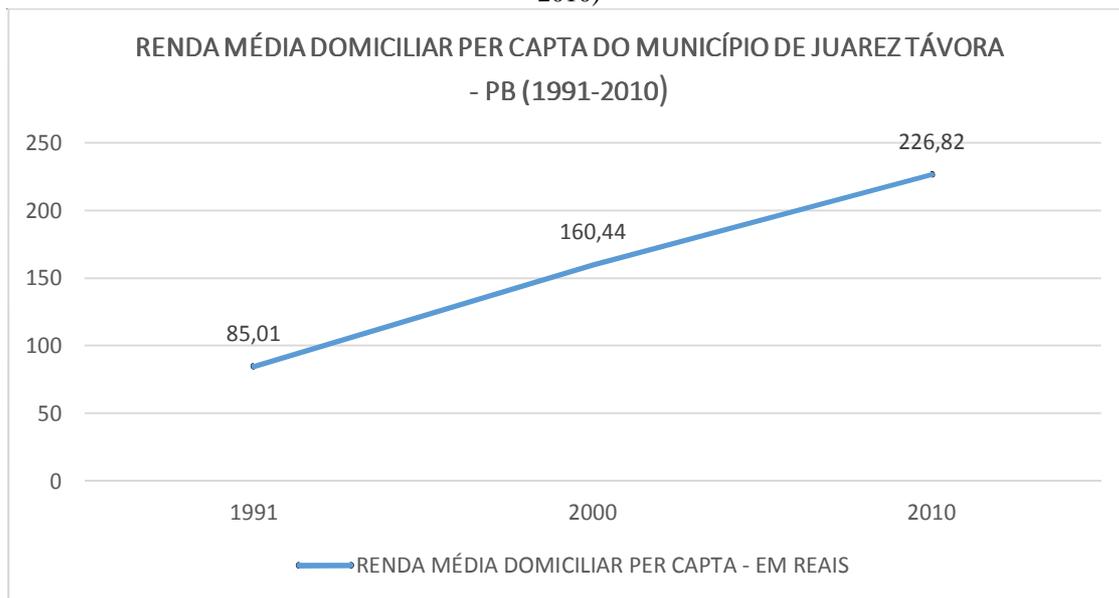
O IDH é um indicador sintético de qualidade de vida que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população. A renda é avaliada pelo PIB real per capita; a saúde, pela esperança de vida ao nascer e a educação, pela taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados. Renda, educação e saúde seriam atributos com igual importância como expressão das capacidades humanas.

Na relação entre sociedade e meio ambiente, os critérios utilizados pelo IDH são quesitos avaliados para a classificação da qualidade de vida da população, pois são pressupostos que viabilizam seu diagnóstico. Por essa razão é necessário considerar o IDH em Juarez Távora, no qual registrava 0,304 em 1991, passando a contar com o aumento em 2000, chegando à 0,412; e em 2010 atingir os 0,579.

No município de Juarez Távora, a renda média per capita nos domicílios registrou um aumento considerável de 166,8 % entre 1991 e 2010 (gráfico 4). Porém, a taxa de desemprego (gráfico 5) registrou um aumento de 232%, conforme observado no período entre 1991 e 2000; e uma redução de 26,2% , levando em consideração os anos 2000 e 2010.

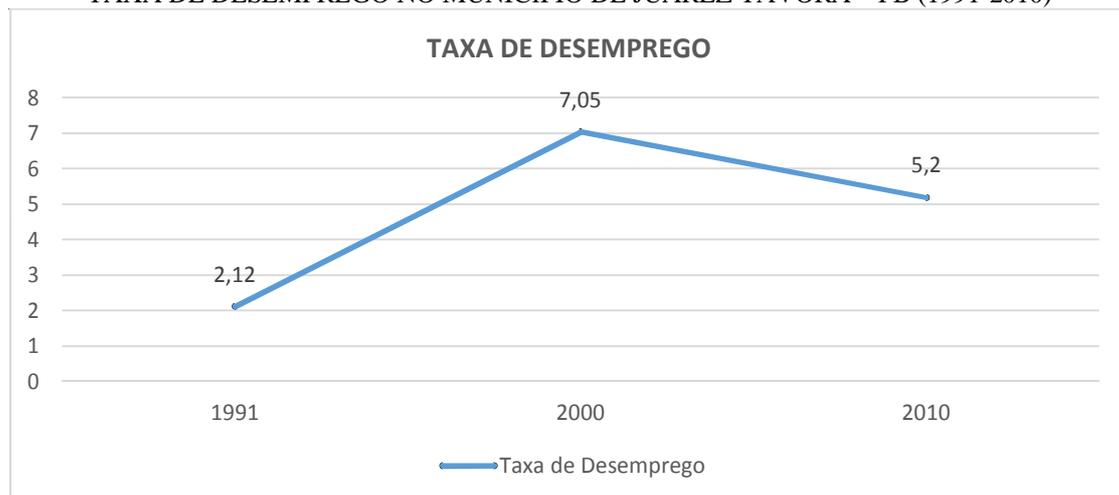
Essas informações corroboram com o pensamento de Rouquayrol (1999) quando afirma que em um estado liberal o nível de vida e saúde da população cresce e melhora com o aumento da média salarial da população.

GRÁFICO V
RENDA MÉDIA DOMICILIAR PER CAPTA DO MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA – PB (1991-2010)



FONTE: (BRASIL, 2015).

GRÁFICO VI
TAXA DE DESEMPREGO NO MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA – PB (1991-2010)



FONTE: (BRASIL, 2015).

Ao serem colocados em uma figura piramidal (figura 1, 2 e 3), os dados populacionais do município de Juarez Távora – PB em um intervalo de dez anos (1991, 2000 e 2010) revelam que a base da pirâmide em 1991 é mais larga que os demais anos, indicando, possivelmente o uso das medidas de controle de natalidade que se tornou mais acessíveis a partir dos anos 90. (ROUQUAYROL, 1999)

As faixas etárias iniciais há uma oscilação entre a quantidade de homens e mulheres, mas a partir da faixa etária de 20 e 29 anos, a proporção de homens começa a ser reduzida entre as três pirâmides. “Os homens, em geral, estão mais expostos a certos riscos, tais como: homicídio, acidente de trânsito, dificuldade de busca por atenção médica preventiva e outros riscos a longo ou curto prazo” (ROUQUAYROL, 1999, p.100)

Ao agrupar as três faixas com idade a partir de 60 anos de cada pirâmide, sem considerar o gênero, é possível visualizar o crescente número de pessoas que chegam a essa faixa etária, o que significa afirmar que a expectativa de vida da população esteja aumentando.

Ainda sobre as informações contidas na pirâmide, o aumento na taxa de desemprego pode estar relacionado ao crescimento da população jovem que se enquadra na faixa da população economicamente ativa do IBGE. Essa pode ser também a explicação para o aumento do número de jovens matriculados nos níveis de ensino médio e superior nesse período mesmo período (IBGE, 2015).

“Dentre as variáveis demográficas, em relação às quais as populações são diferentes, idade e gênero são as predominantes nos estudos epidemiológicos ” (ROUQUAYROL, 1999, p. 100). Por esse motivo, foi fundamental trabalhar esse pressuposto na forma de pirâmide.

4.7 Levantamento das causas de óbito

O Datasus, na forma de portal instituído pelo Ministério da Saúde, fornece subsídio para as questões de saúde do Brasil. Dessa forma, o portal sistematiza as informações do Sistema Único de Saúde e disponibiliza o aplicativo TABNET, responsável pela organização de forma rápida através de tabelas (BRASIL, 2008).

Dentre as informações que o aplicativo organiza está incluído dados sobre mortalidade no país, extraídos pelo Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM). Através dessas informações é possível também identificar as principais causas de óbito diagnosticado por médicos (quadro 8).

Em todas as sociedades existe a idéia de que a doença é um fenômeno que ameaça o indivíduo ou a sociedade no seu conjunto. Trata-se de um fenômeno biológico e ao mesmo tempo social, que se desenha, antes de tudo,

como uma rede organizada de sinais e sintomas que requerem uma ação).
(VAZ, 2010, p. 11, apud. REMOALDO, 1993).

QUADRO VIII
NÚMERO DE ÓBITO POR CAUSA NO MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA – PB (2005 – 2015)

NÚMERO DE ÓBITO												
CAUSA:	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	1	1	3	1	3	1	1	2	1	0	15
II. neoplasias	9	3	4	3	8	5	10	2	5	10	3	62
III doenças sangue órgão hemat e trant imunitar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6	1	4	3	4	5	7	5	4	4	2	45
V transtornos mentais e comportamentais	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	5
VI Doenças do sistema nervoso	1	0	1	1	0	0	1	1	2	3	0	10
VII doenças do olho e anexo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIII doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IX Doenças do aparelho circulatório	17	15	14	17	19	21	13	16	23	18	6	179
X. Doenças do aparelho respiratório	1	2	3	3	5	0	7	1	10	5	2	39
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	2	1	3	3	6	3	4	2	1	1	27
XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	1	2	0	1	2	1	1	0	4	2	14
XV. Gravidez parto e puerperio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	2	2	8	3	4	1	0	1	6	1	0	28
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	0	1	0	0	2	0	0	1	1	0	6
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	10	8	3	8	3	4	4	13	3	2	4	62
XIX Lesões enven e alg out conseq. Causas externas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3	5	3	5	5	5	5	7	9	1	0	48
XXI. Contatos com serviço de saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	55	40	45	49	53	54	53	52	69	53	20	543

2015* valores referentes ate o dia 10 de junho de 2015.
Dados atualizados sempre no último dia útil de cada mês.
Considerar os anos de 2013 e 2014 parciais e sujeitos a revisão. Segundo o site: <http://tabnet.saude.pb.gov.br/>
FONTE: (BRASIL, 2015).

As doenças do aparelho circulatório merecem destaque entre as causas de morte diagnosticadas pelos médicos, pelo fato de estarem inseridas nessa relação as doenças hipertensivas, que lideram a lista dos motivos de consultas nas UBS.

Levando em consideração que as doenças e agravos aqui trabalhados, nem sempre condicionam a mortalidade do indivíduo, ambos podem ser fatores que, junto a outros, caracterizam a classificação da qualidade de vida de grupos populacionais. Portanto, as doenças que estão associadas as causas de óbito definidas pelos médicos merecem importância na classificação do perfil epidemiológico do município (quadro IX).

QUADRO IX
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO MUNICÍPIO DE JUAREZ TÁVORA – PB (2005-2015)

DOENÇAS E AGRAVOS QUE MAIS ACOMETEM A POPULAÇÃO DE JUAREZ TÁVORA – PB (2005-2015)			
POR ÓBITO		POR NOTIFICAÇÃO	
DOENÇA	ÓBITOS	DOENÇA/AGRAVOS	NOTIFICAÇÕES
Doenças do aparelho circulatório	179	Atendimento antirrábico	169
Neoplasias	62	Dengue	136
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	45	Hepatites Virais	19

FONTE: PMJT, 2015.

O quadro anterior sintetiza os principais problemas relacionado à saúde, no qual as doenças que estão associadas aos óbitos da população residente no município possuem inteira relação com os problemas hipertensivos e de diabéticos, anteriormente citado através do SIAB. Acerca das doenças/agravos registrados no SINAN, não há registros de óbitos, mas traz uma alerta nas abordagens epidemiológicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da problemática que envolve a saúde/doença no município de Juarez Távora, observado através da consolidação dos dados de diferentes sistemas, foi possível identificar o perfil epidemiológico e, através do mesmo, compreender que o espaço é fruto de ações em tempos variados.

Para chegar a essa concepção, foi importante levar em consideração a abrangência da geografia no estudo do indivíduo em suas diferentes formas de vida, mas, ao se apropriar de outras abordagens, especificamente da epidemiologia, o estudo passa por um processo de pontualidade, focalizando em um objetivo mais específico.

Por essa razão, foi possível identificar hábitos rurais em espaço urbanos provenientes de questões culturais, dessa forma, os problemas socioespaciais decorrentes desse processo tem rebatimento no ambiente através da criação de fatores de risco. Associados à problemas de saneamento básico, contribuem para o aumento de indicadores de saúde, no que se refere à problemas como a proliferação de vetores que transmitem a dengue, elevado número de atendimentos antirrâbicos, ambos possíveis de serem reduzidos através de medidas preventivas.

Ao observar a paisagem sob a ótica de risco à saúde, encontra-se explícito problemas ambientais, justificados por questões sociais e políticas na forma de escassez de investimento em infraestrutura comunitária direcionadas principalmente à população de baixa renda.

Dessa forma, identificar as principais doenças e agravos de Juarez Távora através da sistematização de informações em um intervalo de tempo considerável, consiste na elaboração do perfil epidemiológico.

De acordo com esse perfil, há dois direcionamentos na análise das doenças e agravos. O primeiro pauta-se na mortalidade da população em decorrência das doenças do aparelho circulatório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, como reflexo das doenças hipertensivas e diabéticas, respectivamente. O segundo, está relacionado aos agravos e doenças que não induzem a mortalidade do indivíduo, mas é um indicador na análise da qualidade de vida, esses referem-se aos casos notificados no SINAN.

O reconhecimento da complexidade de trabalhar a temática abordada, abre espaço para desenvolver um estudo ainda mais específico, no qual questões como o mapeamento das áreas de risco, identificação da particularidade das áreas urbana e rural e a busca de metodologias que viabilizam diagnosticar através da população fatores determinantes que interferem a saúde; venham contribuir na formulação de estratégias e possíveis redução dos problemas de saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Isabel Correia de Araújo. **Ausência de Saneamento Básico no Bairro de Oscar no Município de Juarez Távora – Pb.** Juarez Távora, 2015.

BERTRAND, Georges. Paisagem e Geografia Física Global. Editora UFPR, n. 8 , p. 141- 152, Curitiba, 2004.

BRASIL, **Número de Habitantes Por Zona No Município de Juarez Távora – PB.** In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=250760&idtema=16&search=paraiba|juarez-tavora|sintese-das-informacoes>. Acesso em: 10 de junho de 2015.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.** Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250760>. Acesso em: 04 de março de 2015.

BRASIL. **Levantamento Rápido do Índice de Infestação por Aedes aegypti LIRAa ,** Brasília: Ministério da Saúde. 200-. Disponível em: http://www.dengue.org.br/dengue/levantamento_municipios.pdf. Acesso em: 03 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 816 p.

BRASIL. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>. Acesso em: 27 de outubro de 2015.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A Saúde e seus Determinantes Sociais.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: http://www.uff.br/coletiva1/DETERMINANTES_SOCAIS_E_SAUDE.pdf. Acesso em: 03 de março de 2015.

FERREIRA, Cristina Targa. SILVEIRA, Themis Reverbel da. Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol.7 no. 4, São Paulo, Dec. 2004.

FERREIRA, Marcelo Urbano. **Epidemiologia e geografia: o complexo patogênico de Max. Sorre.** Cad. Saúde Pública vol.7 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1991000300002&script=sci_arttext. Acesso em: 13 de julho de 2015.

JUAREZ TÁVORA, **Distribuição da População entre as UBS em 2015.** Secretaria Municipal de Saúde. Juarez Távora. 2015.

JUAREZ TÁVORA. **Distribuição dos Casos de Dengue por Faixa Etária do Município de Juarez Távora** - Janeiro - Junho de 2015. Juarez Távora: SINAN on line. 2015. Disponível em: <http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>. Acesso em: 09 de junho de 2015.

JUAREZ TÁVORA. **Levantamento de Índice de Infestação Rápido (Lira) na Cidade de Juarez Távora – Pb** - 2013-2015. Juarez Távora: LIRAA. 2015.

MELO, João Baptista Ferreira de. **Descortinando e (re)pensando categorias espaciais com base na obra de Yi-Fu Tuan.** In: Matrizes da geografia cultural. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** In: Ciênc. saúde coletiva, vol.5 Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_arttext. Acesso em: 16 de junho de 2015.

PEREIRA, Sheila Duarte. **Conceitos e Definições em Epidemiologia importantes para Vigilância Sanitária,** São Paulo, 2004.

PIGNATTI, Marta G. **Saúde e Ambiente: As Doenças Emergentes no Brasil.** In: Ambiente & Sociedade. Vol. VII, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v7n1/23540.pdf>. Acesso em: 05 de novembro de 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAREZ TÁVORA. **Sistemas de Informação.** Juarez Távora, 2015.

RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS – RSU. In: **Panorama dos Resíduos Sólidos no Brasil.** 10 ed. São Paulo, Abrelpe, 2012. Disponível em: <http://www.abrelpe.org.br/Panorama/panorama2012.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2015.

RIBEIRO, Júlia Werneck. ROOKE, Juliana Maria Scoralick. **Saneamento Básico e sua Relação com o Meio Ambiente e a Saúde Pública.** Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <http://www.ufjf.br/analiseambiental/files/2009/11/TCC-SaneamentoeSa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2015.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Elementos de Metodologia Epidemiológica**. In: **Epidemiologia & Saúde**. **Epidemiologia & Saúde**. 6. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, 149-177.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro – RJ, Medsi, 1999.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. ALMEIDA FILHO, Naomar. **Introdução à Epidemiologia**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia e Saúde**. 4ª ed., Rio de Janeiro: MEDSI. 1993.

ROUQUAYROL, Maria Zélia.; GOLDBAUM, Moises. **Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças**. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 15-30.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANTANA, Paula. **Introdução à Geografia da Saúde: território, saúde e bem-estar**. 1 ed. Lisboa. Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço**. 2 ed. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4 ed. Reimpr. Editora da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br/>. Acesso em: 24 de maio de 2015.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado**. 6 ed. São Paulo: Edusp, 2008.

SANTOS, Milton. **O Espaço: Sistemas de Objetos, Sistemas de Ação**. In: **A Natureza do Espaço**. 4 ed. 5 reimp. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009. p. 61-83

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: técnica e tempo. Razão e emoção**. 2 ed. São Paulo – SP, Hucitec, 1997.

SOUSA, Gisele Aguiar Trigueiro de. **A Mortalidade Infantil e sua Importância na Saúde Pública como Indicador de Saúde**. 2003 Disponível em: <http://www.zemoleza.com.br/trabalho-academico/sociais-aplicadas/ciencias-sociais/a-mortalidade-infantil-e-sua-importancia-na-saude-publica-como-indicador-de-saude/>. Acesso em: 28 de maio de 2015.

SOUZA, Maria De Fátima Marinho de. KALICHMAN, Artur Olhovetchi. **Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida**. In: Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro. 4 ed. Medsi, 2004.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho. KALICHMAN, Artur Olhovetchi. **Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida**. In: Epidemiologia e Saúde, disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/epidemiologiaesaude.pdf. Acesso em: 10 de junho de 2015. P. 467-476., 4 ed. Medsi, Rio de Janeiro – RJ, 1994.

TUAN, Yi-Fu. **Corpo, Relações Pessoais e Valores Espaciais**. In: Espaço e Lugar: a perspectiva da experiência. Londrina: Eduel, 2013.