



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAPÁ
CAMPUS LARANJAL DO JARI
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

PAULO SERGIO GAIA MALCHER

ENCHENTE DO RIO JARI: um problema de saúde pública:
agravos e consequências

LARANJAL DO JARI

2019

PAULO SERGIO GAIA MALCHER

**ENCHENTE DO RIO JARI: um problema de saúde pública:
agravos e consequências**

Trabalho de Conclusão de Curso do tipo
Monografia do curso de Licenciatura em Ciências
Biológicas do Instituto Federal de Educação,
Ciência e Tecnologia do Amapá – Campus
Laranjal do Jari.
Orientador: Prof. Me. Francisco Damázio de
Azevedo Segundo

LARANJAL DO JARI

2019

M242e Malcher, Paulo Sergio Gaia.

Enchente do rio Jari: um problema de saúde pública: agravos e consequências / Paulo Sergio Gaia Malcher. – Laranjal do Jari, 2019.

62 f. : il. color. enc.

Monografia (Graduação)–Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amapá, Curso de Ciências Biológicas, 2019.

Orientador: Francisco Damásio de Azevedo Segundo.

1. Laranjal do Jari (AP) - enchente. 2. Laranjal do Jari (AP) - inundações 3. Morbidades e agravos – doenças - enchente. I. Segundo, Francisco Damazio de Azevedo (orient.). II. Título.

CDD 363.3493098116 (21.

ed.)

PAULO SERGIO GAIA MALCHER

ENCHENTE DO RIO JARI: um problema de saúde pública:
agravos e consequências

Trabalho de conclusão de Curso do tipo Monografia do curso de Licenciatura em Ciências Biológicas do Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia do Amapá – Campus Laranjal do Jari.

Paulo Sergio Gaia Malcher

Data da Aprovação: Laranjal do Jari, ____ / ____ /2019

BANCA EXAMINADORA

_____ - Orientador

Prof. M. Francisco Damázio de Azevedo Segundo
Instituto Federal do Amapá – Campus Laranjal do Jari

_____ - Examinadora

Prof.^a. Esp. Vera Lúcia Silva de Souza Nobre
Instituto Federal do Amapá – Campus Laranjal do Jari

_____ - Examinador

Prof.. Dr. Jonas de Brito Campolina Marques
Instituto Federal do Amapá – Campus Laranjal do Jari

AGRADECIMENTOS

Ao Grande Arquiteto do Universo, pelo dom da vida e sabedoria.

Os meus amados filhos Ana Paula Malcher, Ana Clara Malcher, João Domingos Malcher e a minha esposa Profa. Denise Martins, por ser a verdadeira significância do meu viver.

Aos meus Irmãos e Sobrinhos por estarem sempre ao meu lado, torcendo pelo meu sucesso.

Ao Instituto Federal do Amapá - IFAP, na essência de seus Docentes, por cumprir de forma tão honrosa à missão que lhes foi dada, transmitindo-nos seus conhecimentos e capacitando-nos para que possamos, mais à frente, transformar a vida de outras pessoas.

Ao Professor e Amigo Francisco Segundo, minha admiração, agradecimento e eterno respeito.

Ao Professor e Amigo Robson Marinho pela parceria e incentivo para que caminhássemos firme nessa conquista.

Ao Amigo Alexandre Silva pela força e incentivo na realização deste trabalho.

Ao Professor Robério Santos, pelas palavras de apoio, incentivo e aprendizado diário nas caatingas do cotidiano.

Aos colegas de curso por todos os momentos imensuráveis compartilhados, por todo apoio, convivência e incentivo.

“Biologia, ciência que estuda VIDAS...”
(Autor)

RESUMO

O presente estudo visa expor a problemática que o desastre natural, entre eles a enchente, inundação urbana, está diretamente ligada à incidência do aumento de morbidades e agravos no Município de Laranjal do Jari/AP. Por demonstrar-se preocupante a esta realidade do Município, objetivou-se fazer um levantamento da incidência de agravos e das consequências nessa localidade, a faixa etária mais suscetível e elucidar a adoção de medidas profiláticas de doenças e até mesmo para o melhoramento da qualidade de vida da sociedade local. A metodologia utilizada além da pesquisa bibliográfica foi a pesquisa de campo, realizada através de análise documental dos dados referentes à notificação de agravos realizadas no Departamento de vigilância epidemiológica da secretaria municipal de saúde e na coordenadoria e estatística do Hospital Estadual de Laranjal do Jari, por meio da qual foi possível perceber através dos resultados o aumento das estatísticas de doenças presentes nessa região. A participação de entes estaduais e federais, conforme o que determina a Lei 8.080/90 tem relevante importância para o combate a esses agravos, contribuindo no melhoramento da saúde pública local. Entretanto, apenas o cuidado com a saúde não é suficiente, nessa busca por bons resultados na qualidade de vida da população, medidas sociais, políticas públicas voltadas para a sociedade atingida, também devem ser tomadas, como a investidura em saneamento básico, visto que a maior parte da cidade ainda conta com esgotos a céu aberto, facilitando a proliferação de diversas doenças. Outro fator a se melhorar é a qualidade da água disponibilizada para a população, infraestrutura adequada, canalização e distribuição regular da água, tendo em vista que boa parte da população é de baixa renda e não dispõe de recursos suficientes para custear água de qualidade. Podendo-se chegar à conclusão de que a enchente contribui como fator determinante para a incidência de morbidades e seus agravos e que se faz necessário medidas educacionais, envolvendo a saúde, educação, meio ambiente por meio de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população.

Palavras – chave: Enchente. Morbidade. Município.

ABSTRACT

The present study aims to expose the problems that the natural disaster, flood, flood, is directly linked to the increased incidence of morbidities and harms in the municipality of Laranjal do Jari/AP. for demonstrating this disturbing reality the Municipality, aimed to make a survey of the incidence of diseases and of the consequences in this location, the age group most susceptible and elucidate the adoption of prophylactic measures of disease and even to improve the quality of life of society site. The methodology used in addition to bibliographical research was field research, conducted through documentary analysis of the data relating to the notification of diseases carried out epidemiological surveillance Department of the municipal Secretary of health and and statistical coordination State Hospital of Laranjal do Jari, whereby it was possible to perceive through the results the increase of disease statistics present in this region. The participation of State and federal entities, as what determines the law 8,080/90 has relevant importance to combating these diseases, contributing in the improvement of local public health. However, only health care is not enough, in this quest for good results in the quality of life of the population, social measures, public politics p society reached, must also be taken, as the investiture in basic sanitation, Since most of the city still has open sewers, facilitating the spread of various diseases. Another factor to enhance the quality of water is made available to the population, adequate infrastructure, plumbing and regular distribution of the water, as much of the population is poor and does not have sufficient resources to pay for water quality. And come to the conclusion that the flood contributes as a determining factor in the incidence of morbidities and their harms and necessary educational measures, involving health, education, environment, public policies aimed at improving the quality of life of the population.

Keywords: Flood. Morbidity. Municipality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 e 2: Localização geográfica do município de Laranjal do Jari.
- Figura 3: Enchente do Rio Jari

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Agravos
- Gráfico 2. Agravos por Faixa Etária
- Gráfico 3. Plano de Tratamento
- Gráfico 4. Agravos por Faixa Etária
- Gráfico 5. Plano de Tratamento

LISTA DE TABELA

- Tabela 1. Agravos
- Tabela 2. Agravo por Faixa Etária
- Tabela 3. Plano de Tratamento
- Tabela 4. Agravo por Faixa Etária
- Tabela 5. Plano de Tratamento

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABS – Atenção Básica em Saúde
- CAESA – Companhia de Água e Esgoto do Amapá
- CAPS – Caixa de Aposentaria e Pensão
- CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CF – Constituição Federal
- CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
- DDA – Doença Diarreica Aguda
- EPI- Equipamento de Proteção Individual
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
- IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensão
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- LOS – Lei Orgânica do SUS
- MS – Ministério da saúde
- NTU – Unidade de Turbidez Nefelométrica
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PIASS – Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde
- Pt-Col/L – Platino Cobalto por Litro
- SUS – Sistema Único de Saúde
- SRO - Sais de Reidratação Oral
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- VE – Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

LISTAS

- Lista de Ilustrações

- Lista de Gráficos

- Lista de Tabelas

- Lista de Abreviaturas e Siglas

1 - INTRODUÇÃO	13
2 - OBJETIVOS	15
2.1 - Objetivos Geral	15
2.2 - Objetivos Específicos	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 - Histórico da Saúde Pública no Brasil	16
3.2 - A Constituição de 1988 e a Criação Do Sus: O Direito à Saúde Como Dever do Estado	21
3.2.1 Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), de 19.09.1990	21
3.2.2 Das atribuições da Lei do Sistema Único de Saúde (SUS)	22
3.2.3 Das competências da Lei do Sistema Único de Saúde (SUS)	23
3.3 - Morbidades e Agravos mais frequentes encontrados no município de Laranjal do Jari/AP, em decorrência ao período da Enchente do Rio Jari ..	24
3.3.1 Acidentes por Animais Peçonhentos	25
3.3.2 Dengue	27
3.3.3 Leptospirose	29
3.3.4 Gastoenterite	30
3.3.5 Febre Tifóide	31
3.3.6 Doenças Diarreicas Agudas	32
4 - METODOLOGIA	35
4.1 Caracterização da Área de Estudo	35
4.2 Coleta e Análise de Dados	37
4.3 Classificação da Pesquisa	37
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46

REFERÊNCIAS..... 48

ANEXOS 50

- Mapa de Morbidade / Casos Notificados 2016.
- Mapa de Morbidade / Casos Notificados 2017.
- Mapa de Morbidade / Casos Notificados 2018.
- Calendário de Notificação para o Ano de 2017.
- Casos de Doenças Diarreicas Aguda por Semana Epidemiológica – Segundo Faixa Etária, Plano de Tratamento – 2017.
- Mapa de Morbidade / Casos Notificados 2016.
- Calendário de Notificação para o Ano de 2018.
- Casos de Doenças Diarreicas Aguda por Semana Epidemiológica – Segundo Faixa Etária, Plano de Tratamento – 2018.
- Demonstrativo da Análise da Amostra da água de Monte Dourado (Mês Dez/2018).
- Memo: nº 055/2018 – Solicitação de Ofício para Coleta de Dados.
- Ofício nº 338/2018 – DIGER Campus Laranjal do Jari.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetiva identificar doenças, agravos e suas consequências relacionadas à enchente do Rio Jarí, no município de Laranjal do Jarí/AP, analisar o aumento da incidência do número de casos relacionadas no município e buscar possíveis soluções através do fornecimento dos diagnósticos levantados e direcionar aos órgãos competentes.

Este trabalho monográfico se faz necessário, a fim de compreender as consequências à saúde pública derivadas das enchentes do Rio Jarí, no município de Laranjal do Jari/AP, ocorrida no ano 2018. A pesquisa foi realizada nos meses do primeiro semestre, antes e após a enchente o ano de 2018. Realizando um comparativo e analisando os dados pesquisados nos primeiros semestres de 2016 e 2017. Dados estes fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, no Departamento de Vigilância Epidemiológica e pelo Hospital Estadual de Laranjal do Jari.

Com o objetivo de analisar e identificar a incidência dos números de casos de doenças e agravos nos últimos anos, acarretando um aumento dos atendimentos ambulatoriais nos Serviços de Saúde do município de Laranjal do Jari, buscando beneficiar a sociedade com orientações, prevenção e importância dos cuidados e riscos a saúde, em razão de doenças em um grande número de pessoas, muitas vezes por falta de conhecimento ou por ignorarem seus males.

No vale do Jari, apesar de suas particularidades, as consequências da enchente são alarmantes, em uma população compostas por famílias de baixa renda, moradia insalubre, faixa etária em potencial risco, o crescente número de casos e atendimentos nos serviços de saúde, são significativos devido aos agravos da enchente.

É evidente e clamorosa a realidade vivenciada no município de Laranjal do Jari/AP com relação à procura ambulatorial nas unidades de saúde e hospital. O modelo assistencial em saúde no município de Laranjal do Jari/AP é a Atenção Básica em Saúde (ABS), sendo uma das principais portas de entradas para o sistema de saúde, a outra é o pronto socorro do Hospital Estadual.

Espera-se muito mais da ABS do que essa função de garantir acesso ao sistema. Afirma-se que na ABS deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de

saúde da população (WHO, 1978), desta porcentagem espera-se que, somente, entre 3 e 5% dos casos seriam referenciados ao serviço hospitalar.

Sendo um dos principais motivos para esta investigação, pois se fez necessário apurar os reais motivos que levam tantos munícipes e de áreas circunvizinhas a essa procura, que com frequência apresentam quadros clínicos diversos e significativos, chegando a despertar imensa preocupação.

De fato, a ausência de conhecimento, valores e cultura dos moradores de áreas mais afetadas pela enchente, entre outros fatores estão diretamente ligados a essas consequências. Para tanto, é imprescindível conhecer a realidade e o perfil dos munícipes que são diretamente atingidos pela enchente.

Desta forma, torna-se necessário, levantar dados quanto à incidência e elucidar diagnósticos pelos quais o município de Laranjal do Jari apresenta grande preocupação com relação ao quadro clínico dos munícipes, que acaba resultando em um grande número de pacientes destinados a atendimento nas áreas de saúde.

Percebendo a frequência com que a população de Laranjal do Jari, entre outras localidades circunvizinhas recorrem ao serviço público de saúde, nesse período, e entre as inúmeras patologias recorrentes como, febre tifoide, infecção intestinal, diarreia, vômito e outros casos diagnosticado, viu-se a necessidade de um estudo sobre causas, incidência e possíveis soluções. Beneficiando a população com informações úteis para prevenção de tais anormalidades na saúde dos munícipes.

Os dados apresentados foram compilados e analisados, a partir de documentos fornecidos pelo departamento de vigilância epidemiológica do município referente aos períodos de fevereiro a setembro de 2017 e fevereiro a julho de 2018, a os dados referentes ao ano 2016, não foram informados, em virtude de não haver sido alimentado o sistema de informação do referido departamento. No hospital, os dados compilados são referentes aos meses de janeiro a dezembro dos anos de 2016, 2017 e 2018.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar um levantamento da incidência de doenças e agravos por consequência da enchente do rio jari no município de Laranjal do Jari/AP.

2.2 Objetivos Específicos

- Diagnosticar os tipos de doenças mais frequentes, devido à enchente no município de Laranjal do Jari/AP;
- Analisar a faixa etária dos pacientes atendidos nos serviços de saúde do município de Laranjal do Jari, durante o período da enchente;
- Verificar a forma de tratamento dos usuários sobre as doenças e agravos que ocorrem no período da enchente no município de Laranjal do Jari.
- Apontar medidas estatais e sociais que possam diminuir o impacto da enchente sobre os moradores.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 - Histórico da Saúde Pública no Brasil

Nos dias atuais, do total de habitantes no País, estima-se que 3/4 são usuários do sistema de saúde público, o 1/4 restante são clientes do sistema de saúde Privado. O Sistema Único de Saúde (SUS) é oriundo do direito intitulado direito à saúde, algo presente, já algum tempo, nas demais regiões do País (VARELLA, 2016a).

Desde a chegada dos Lusitanos no Brasil, houve diversas alterações nas políticas de saúde do país. Questões relacionadas com a saúde no Brasil: Qual o momento significativo? Quando o governo federal começou a atuar? Quem cuidava da saúde da população brasileira?

Antecedendo o ingresso do povo europeu em terras do Brasil, aqui os indígenas foram seus primeiros habitantes. Estes possuíam doenças características do povo indígena. A partir da colonização dos portugueses, novas doenças, ainda desconhecidas pelos índios, os acometeram. Foram por eles denominadas de Doença dos Brancos. Algumas dessas enfermidades nem existia no país, porém comuns nos países da Europa, e foi através da colonização que adentaram o Brasil. Todavia, os nossos primeiros habitantes, não apresentavam imunidade suficiente para combatê-las, causando um alarmante quadro de morbidade e mortalidade, como consequência, muitos indígenas pereceram. (VARELLA, 2016a).

Em todos os anos do período colonial, assim como do império, reduzidas ações foram realizadas à saúde. As estruturas de políticas públicas inexistiam. Extensivo a locais de atendimentos à população. Uma vez que o acesso às consultas médicas e tratamento limitava-se a quem possuísse um poder econômico privilegiado. As pessoas com menor poder aquisitivo, como pobres, escravos, viviam em condições menos favoráveis, quando adoentados, chegando a sucumbir. Aos detentores de posses, eram lhes facilitado o acesso aos serviços de saúde e quando doentes, havia medicamentos disponíveis para seu tratamento. Desta forma, com maior oportunidade de sobrevivência. (VARELLA, 2016a).

Em 1808, após a Família Portuguesa chegar ao Brasil e tendo como objetivo o desenvolvimento do mesmo, onde o propósito era trazer a realidade vivida em

Portugal / Europa. A criação de cursos universitários foi uma das primeiras medidas da corte portuguesa. As escolas de Medicina, Cirurgia e Química, foram as pioneiras. Com isso, os profissionais médicos brasileiros ou graduados no Brasil, foram substituindo os médicos estrangeiros (VARELLA, 2016a).

Segundo Dráuzio Varella (2016a), quando D. Pedro I ao declarar da Independência do Brasil, em 1822, para a saúde, objetivava o desenvolvimento da saúde pública brasileira. Todavia, não aconteceu o esperado, foi pouco eficaz esse avanço.

Realizou a criação de órgãos públicos com propósito de fiscalizar a higiene pública na nova capital do país. A capital sofreu reurbanização com iluminação pública, calçamento de ruas, higienização do centro urbano, de maneira social e sanitária. Houve a retirada dos casarios e moradores das ruas, que foram proliferando as regiões mais periféricas da cidade, desenvolvendo as futuras favelas. Na educação, foi à transformação das escolas em faculdades. (VARELLA, 2016a).

Durante esse período havia frequentes endemias em virtude a ausência de higiene urbana e saneamento básico. Estavam presentes casos de peste bubônica, devido o lixo ser desprezados em valas, favorecia a proliferação de ratos, os mosquitos eram vetores de malária e febre amarela, casos de varíola eram comuns. Essas patologias estão associadas à falta de higiene urbana e saneamento básico. Não havendo rede de esgoto, os resíduos ficavam a céu aberto. Desta maneira, o principal alvo da saúde pública, era realizar campanha para estruturar o saneamento básico da nova capital. (VARELLA, 2016a).

Com a assinatura da Lei Aurea, em 1888, a mão de obra do país, para o cultivo dos insumos, que eram a base da economia como o café, ficou dependente de mãos de obra de outros países. Nas décadas entre 1900 e 1920, o Brasil ainda apresentava problemas sanitários e epidemias. Todavia, para recepcionar os imigrantes europeus, foram necessárias reformas urbanas e reformas sanitárias nas cidades grandes, entre elas o Rio de Janeiro, com especial atenção aos portos. A capacidade produtiva e a população saudável são meios necessários para o desenvolvimento de um país. Para o governo, seria interessante que a saúde estivesse em bom estado (VARELLA, 2014a).

Nesse período, destaque para os sanitaristas, pois estavam à frente de campanhas, um dos destaques foi Oswaldo Cruz, que esteve à frente na revolta das

vacinas, a chamada Vacina obrigatória contra a Varíola, movimento ocorrido em virtude de não haver sido informado a população dos objetivos da campanha e nem do que se tratavam as vacinas. Divulgando a importância da saúde no meio rural, as ações dos sanitaristas chegaram ao sertão nordestino e mesmo com a disseminação de vacinas, muitas pessoas foram vitimadas por doenças em virtude de pobreza e moradia precária (VARELA, 2016a).

Outro Destaque importante, fora as medidas para garantir proteção na velhice e na doença, foi criado pelos trabalhadores, em 1920, a Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAPS) e depois ampliada para Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPS) pelo governo de Getúlio Vargas para outras categorias profissionais (CARVALHO, 2013).

O foco do Governo de Getúlio Vargas, na saúde pública, foi o combate a epidemias e endemias, com o objetivo de criar uma atuação centralizada. Porém sem sucesso, os recursos destinados à saúde eram desviados a outros setores, segundo Dráuzio Varella (2016b), recursos dos IAPS tiveram como destino o financiamento da industrialização.

Promulgada a Constituição de 1934, durante o governo Vargas, novos direitos aos trabalhadores foram viabilizados, entre estes a assistência médica e licença a gestante. Aos trabalhadores de carteira assinada, além do salário mínimo, benefícios à saúde que eram determinados pela CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas, em 1943.

Com dedicação exclusiva a política em saúde, foi criado em 1953, o Ministério da Saúde, com objetivo de expandir o atendimento realizado em saúde para as zonas rurais, uma vez que nas cidades a saúde era um privilégio daqueles quem tinha carteira assinada (VARELLA, 2016b).

No final de 1963, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde, apresentando estudos sobre a criação de um sistema de saúde. As conferências tiveram importante papel na consolidação de entendimento da importância da saúde pública no Brasil. Segundo Gilson Carvalho (2013), dois itens teve importância de destaque na referida conferencia: a criação de um sistema de saúde universal para todos, garantido como direito e visualizando o município, a organização de um sistema descentralizado. Todavia, a ditadura militar, com inicio em março de 1964, em poucos meses após, dizimou a proposta (CARVALHO, 2013).

Durante o regime militar, a saúde sofreu com o corte de verbas, algumas doenças se intensificaram como a dengue, meningite e malária. Aumento de epidemias, da mortalidade infantil, havendo a necessidade do governo mobilizar-se para fazer algo. Como medida inicial, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), consolidando a união dos órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930, tendo como objetivo o melhoramento do atendimento em saúde (VARELLA, 2016b).

A direção da atenção primária passa a ser responsabilidade dos municípios; cabendo a responsabilidade dos governos estadual e federal os casos mais complexos, Segundo Gilson Carvalho (2013, pag. 08), ocorreu.

Projeto privatizante como o do Vale Consulta e para as regiões mais pobres uma reedição da Fundação SESP denominado Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde (Piass). O Piass não se implantou, lamentavelmente, por falta de interesse político dos governantes da época. Possuía mais virtudes que defeitos. Faltando interesse público para levá-lo à frente.

Por volta de 1970, às verbas destinadas a saúde era reduzida, em torno de 1% do orçamento geral da União. Pouco para o desenvolvimento que se almejava. As prefeituras de cidades que mais desenvolviam, no final da década, intensificaram sua organização para receber os repasses oriundos dos governos e conceder a população atendimentos na área da saúde. Desta forma, o começo da estruturação de políticas públicas direcionando a criação das Secretarias Municipais de Saúde, estendendo da mesma forma para os estados e a união, com os Ministérios da Previdência Social e da Saúde (CARVALHO, 2013).

Ao fim da década de 1970, o movimento sanitário adquiriu a maturidade suficiente a partir de estudos acadêmicos e práticas realizadas, formados por profissionais de saúde, intelectuais de diferente correntes e tendências, estudiosos de várias áreas e movimentos sociais, apresenta significativa importância para a compreensão da saúde pública, de seu conceito e da evolução do direito à saúde dos brasileiros. A reforma sanitária apresentou como referência às ideias de mudanças e transformações necessárias à saúde do país. Levando para as universidades, a compreensão de saúde que ora se tornava mais social, e pensar a saúde como uma série de fatores coletivos, que vão além do bem-estar físico, mental e social (VARELLA, 2016b).

De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2015), o movimento sanitário possuiu importantes atores no movimento, eram os profissionais, “que na época trabalhavam sem carteira assinada e com uma carga horária excessiva”. As greves foram às primeiras manifestações para a Reforma Sanitária, realizadas. Assim como, os sindicatos que também estavam em fase de desenvolvimento. Conforme

Esse movimento entra também nos conselhos regionais, no Conselho Nacional de Medicina e na Associação Médica Brasileira – as entidades médicas começam a ser renovadas. A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, também é importante na luta pela reforma sanitária. A entidade surge com o propósito de lutar pela democracia, de ser um espaço de divulgação do movimento sanitário, e reúne pessoas que já pensavam dessa forma e realizavam projetos inovadores (FIOCRUZ, 2015).

Mesmo durante a ditadura militar existente, o movimento sanitário foi desenvolvendo inúmeros futuros projetos com o objetivo de ascensão do bem estar da sociedade. Na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz foram desenvolvidos e colocados em prática alguns projetos, através do treinamento de pessoal para implementação dos referidos projetos. Esses projetos eram direcionados para a saúde comunitária; saúde da família; pesquisas comunitárias (VARELLA, 2016b).

Com o final da ditadura, a Reforma Sanitária reuniu suas propostas em um documento denominado Saúde e Democracia, sendo posteriormente encaminhado para aprovação do Poder Legislativo. A grande conquista da reforma sanitária foi à realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde, no ano de 1986. Onde foi possível à construção do processo do novo modelo de saúde pública brasileiro, com a participação da sociedade civil organizada (VARELLA, 2016a).

Sendo essa conferência significativa, desde o seu tema apresentado “Saúde como direito de todos e dever do Estado” demonstrando como resultado documentos que precocemente seria o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a conferência se expandiu os conceitos de saúde pública no Brasil, apresentando proposta de mudanças, baseadas no direito universal à saúde (universalidade) tendo em vista melhores condições de vida e fazendo direcionamentos à saúde preventiva, assim como a descentralização dos serviços e também participação da população nas decisões, com a criação de conselhos de

saúde. Tendo sido o relatório final desta conferência, incorporado suas principais resoluções, à Constituição Federal de 1988 (VARELLA, 2016b).

3.2 - A Constituição de 1988 e a criação do SUS: o direito à saúde como dever do Estado.

A Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento a colocar o direito à saúde definitivamente no ordenamento jurídico brasileiro. A saúde passa a ser um direito do cidadão e um dever do Estado, essa posição, segundo Dráuzio Varella (2014) compartilha a responsabilidade com o cidadão sobre o cuidado da própria saúde. A Constituição ainda determina que o sistema de saúde pública deva ser gratuito, de qualidade e universal, isto é, acessível a todos os brasileiros (equidade) e/ou residentes no Brasil.

O Sistema Único de Saúde foi regulado posteriormente pela lei 8.080 de 1990, onde estão distribuídas suas atribuições e funções como um sistema público de saúde.

3.2.1 - Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), de 19.09.1990.

A Lei Orgânica do SUS (LOS) aborda as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços também relacionados à saúde. Regulada em todo âmbito nacional, agregando todas as ações e serviços de saúde, extensivo àqueles que são prestados pela iniciativa privada.

Art. 1º - Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

A saúde é um direito de todo cidadão, deve ao Estado à responsabilidade e as condições indispensáveis do seu exercício. Este dever consiste na reformulação e execução de políticas socioeconômicas que visem medidas profiláticas e redução a riscos de doenças e agravos a saúde, condições que assegurem o acesso do indivíduo de maneira universal e igual às ações e serviços objetivando sua promoção, proteção e recuperação.

Art.2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Observa-se um amplo conceito de saúde, onde a saúde não é simplesmente a ausência de doenças, em sua maioria esta intimamente ligada a outros setores do poder público.

Art.3º - Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013) § único - Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Constitui-se o sistema único de saúde, um conjunto de ações e de serviços de saúde para todos os cidadãos, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, sendo participativas da administração direta e indireta e mantida pelo Poder Público.

3.2.2 – Das atribuições da Lei do Sistema Único de Saúde (SUS)

Dentre as atribuições que compete ao estado e município na legislação do SUS, encontra-se: Estado – tem importante papel na criação de suas próprias políticas de saúde, assim como ajudar na execução das políticas nacionais de saúde. Devendo aplicar recursos próprios, além dos repassados pela união. Da mesma forma, repassar verbas para o município para o desenvolvimento da saúde municipal. Cabe ao município à garantia de serviços de atenção básicas e a prestação de serviços em sua localidade, com a parceria dos governos estadual e federal.

No Art.9º - A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do Art.198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

No que tange o tema deste trabalho, o estado e município devem dispor especial atenção aos determinantes agravos condicionados pela enchente, especificamente as inundações urbanas, levando a reflexão a quem atribuir a responsabilidade pelos danos causados à sociedade.

No Art.15 - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente; XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização; XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente; XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

3.2.3 – Das competências da Lei do Sistema Único de Saúde (SUS)

No âmbito do presente trabalho, busca refletir sobre responsabilidade e a quem atribui-la, frente aos prováveis danos que são causados pelas enchentes. A necessidade de políticas públicas que atendam de modo adequado e suficiente à comunidade, evitando a omissão da responsabilidade a quem deve ser atribuída. “O estado tem como responsabilidade fornecer prestações socioambientais às pessoas e, principalmente, àquelas atingidas por tais episódios” (CF artº 6º ao 11º, Direitos e Garantias Fundamentais).

No Brasil existem legislações, na maioria das vezes complexas para a solução de problemas. No município quando ocorrem problemas dessa natureza, o mesmo não possui o poder de gestão desses eventos, desde que a situação de enchente seja vista pelo ente federal, disponibilizando recursos para medidas cabíveis. A responsabilidade do estado está na omissão a um dever legal, desde que a enchente possua um nexo de causalidade. Cabendo ao estado o zelo e o bem estar de seus habitantes.

No Art.16 - A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

O estado tem a responsabilidade de intermediar as atribuições da união e dos municípios. Contribuir com as ações federais e repassar para os municípios os recursos provenientes da união para a implementação de políticas e ações de saúde.

No Art.17 - A direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de saúde; V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

A responsabilidade do município está em ser o ente executor, fiscalizador, colaborador das ações da união e do estado.

No Art.18 - A direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; IV - executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; d) de saneamento básico; e VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las; XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

3.3 – Morbidades e Agravos mais frequentes encontrados no município de Laranjal do Jari, em decorrência ao período da enchente do Rio Jari.

A enchente do Rio Jari traz em si diversos problemas de saúde pública, acarretando 38 doenças de notificação compulsória somente em 2018, que são agravadas por este fenômeno. Assim, para melhor entendimento, foram catalogadas neste trabalho as 6 principais doenças de ocorrência neste período, que possuem aumento significativo no período da enchente, elevando desta forma os dados na estatística de notificação.

3.3.1 Acidentes por Animais Peçonhentos

Animais peçonhentos são espécies que produzem ou alteram algum veneno possuindo um aparelho especializado com a capacidade para inocular o veneno em outro ser vivo, este sendo a presa ou o predador. No país, os principais representantes são espécies de serpentes, escorpiões, aranhas, abelhas, lagartas entre outros (BRAGA, 2015).

Os acidentes com animais peçonhentos possuem causas diversas, como a natureza das atividades humanas, os ritmos biológicos e ações antrópicas (BEZERRA, 2009). Em áreas de zona rural, os acidentes ocorrem em grande frequência e com aumento do número de casos. Esse índice ocorre, principalmente, em virtude de alterações antrópicas no meio ambiente. Essas modificações têm diminuído a condição para os habitats naturais e contribuído desta maneira para aumentar o contato entre os animais e as pessoas. (MACHADO, 2016).

Em regiões de extensa vegetação, áreas alagadas e sendo um habitat adequado, é possível encontrar diversidades relevantes de espécies de interesses médicos. Estando entre as principais espécies de animais peçonhentos no país encontram-se as serpentes, escorpiões e aranhas, com diversidade de gênero e espécie. Podendo ser encontrados nos mais variados tipos de ambientes. Em caso de ocorrência de acidentes, algumas medidas precisam precaução envolvendo, avaliação clínica minuciosa, quanto ao local da picada, tempo decorrido do acidente ao atendimento, quadro clínico do acidentado e administração do soro compatível com o tipo de envenenamento (PARISE, 2016).

A não utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), no desenvolvimento das atividades agropecuárias tem acentuado os riscos de exposição aos animais peçonhentos, desta maneira aumentando as possibilidades dos acidentes com esses animais (Lima; Vasconcelos, 2006).

Nas zonas rurais do Brasil, os acidentes com animais peçonhentos estão entre as ocorrências mais comuns. E com a ocorrência de acidentes, os primeiros cuidados recorrem ao saber popular para o tratamento imediato dos acidentados pelos ataques. A medicina popular, conhecimento construído como sistema de cura, envolve entre outros, a fitoterapia, medicina religiosa, zooterapia. Estes

conhecimentos são adquiridos na experiência praticada no cotidiano e observação, transmitido de maneira escrita e/ou oral (SASSI, 2013).

Estima-se que em virtude de região alagada, o aparecimento de animais peçonhentos aumenta, o local agrega exposição e fatores de risco para o surgimento destes animais e possível ataque a seres humanos. Com isso, torna-se importante conhecer a biologia e o comportamento destes animais, estando às pessoas que possuem suas moradias localizadas em áreas de enchentes e matas, mais suscetíveis ao ataque. Deste modo, ressalta-se a importância em levar uma discussão e conscientização às comunidades, sobretudo às mais afetadas. Uma vez que o homem vem alterando o ambiente destes animais, através do aumento de desmatamento, desenvolvimento de áreas de plantação e urbanização, fazendo com que os animais invadam ou cheguem próximo das residências (FERNANDES, 2015).

As espécies de interesses médico e dentre as apontadas nos acidentes, foram identificadas comumente serpentes do gênero *Bothrops* (Jararaca), atribuído ao fator desse gênero ter a capacidade de adaptação em diferentes tipos de ambientes. As serpentes do gênero *Lachesis* (Surucucu), também estão entre as estatísticas, porém em menor número, igualmente encontrados foram identificados escorpiões do gênero *Tityus* (escorpião amarelo) e as aranhas do gênero *Loxosceles* e *Phoneutria* (Aranha Marrom e Aranha Armadeira, respectivamente), (FERNANDES, 2015).

De acordo com Moreira (2014), os meses mais quentes e chuvosos são os que concentram maior número de ofidismo (acidentes ocasionados por serpente), devido migrarem para ambientes adaptativo e seco. E de acordo com Silva (2005), os meses de dezembro a junho são aqueles em que ocorre um notável crescimento no acidente por escorpiões, esses acidentes ocorreram devido o período chuvoso, e tendo como justificativa o maior número de acidentes, em relação aos demais representantes dos peçonhentos.

Segundo Cupo (2003), o tratamento para ocorrência das pessoas acometidas por acidentes devem ter atenção hospitalar nas primeiras 3 a 6 horas após a ocorrência do acidente, para avaliação do quadro clínico e conduta na utilização do soro específico para cada gênero. Pessoas que possuem dificuldade de acessos ou por habitarem em áreas geográficas distantes dos serviços de saúde, estão entre os fatores do déficit de procura por ajuda clínica, levando as pessoas a

optarem por buscar métodos alternativos através da medicina popular, podendo isso levar a sérias consequências.

3.3.2 Dengue

A dengue é uma doença febril aguda causada por um vírus, sendo um dos principais problemas de saúde pública no mundo. É transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, que se desenvolve em áreas tropicais e subtropicais. Atualmente, a vacina é a melhor forma de prevenção da dengue. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2018), foram registrados menos casos prováveis de dengue em 2017, foram 252.054 casos contra 1.483.623 em 2016.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) estima que entre 50 a 100 milhões de pessoas se infectem anualmente com a dengue em mais de 100 países de todos os continentes, exceto a Europa. Cerca de 550 mil doentes necessitam de hospitalização e 20 mil morrem em consequência da dengue.

Existem quatro tipos de dengue, de acordo com os quatro sorotipos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4. Quando uma pessoa tem dengue, apresenta uma imunidade relativa contra outro sorotipo. É uma doença potencialmente grave, porque pode evoluir para a dengue hemorrágica e síndrome do choque da dengue, caracterizadas por sangramento e queda de pressão arterial, o que eleva o risco de morte. A melhor maneira de combater esse mal é atuando de forma preventiva, impedindo a reprodução do mosquito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Acredita-se que o mosquito *Aedes aegypti* chegou ao Brasil pelos navios negreiros, uma vez que as primeiras aparições do mosquito se deram no continente africano. No início do século XX, o médico Oswaldo Cruz implantou um programa de combate ao mosquito, visando reduzir os casos de febre amarela. Essa medida chegou a eliminar a dengue no país durante a década de 1950 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Segundo o Ministério da Saúde (2018) a primeira ocorrência do vírus no país, comprovada laboratorialmente, ocorreu em 1981-1982 em Boa Vista (PR).

Todos os tipos de dengue causam os mesmo sintomas. Caso ocorra um segundo ou terceiro episódio da dengue, há risco aumentado para formas mais graves da dengue, como a dengue hemorrágica e síndrome do choque da dengue. Na maioria dos casos, a pessoa infectada não apresenta sintomas de dengue,

combatendo o vírus sem nem saber que ele está em seu corpo. Para aqueles que apresentam os sinais, os tipos de dengue podem se manifestar clinicamente de três formas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018):

A dengue clássica é a forma mais branda da doença, sendo muitas vezes confundida com a gripe. Tem início súbito e os sintomas podem durar de cinco a sete dias, apresentando sinais como febre alta (39° a 40°C), dores de cabeça, cansaço, dor muscular e nas articulações, indisposição, náuseas, vômitos, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A dengue hemorrágica acontece quando a pessoa infectada com dengue sofre alterações na coagulação sanguínea. Se a doença não for tratada com rapidez, pode levar à morte. No geral, a dengue hemorrágica é mais comum quando a pessoa está sendo infectada pela segunda ou terceira vez. Os sintomas iniciais são parecidos com os da dengue clássica, e somente após o terceiro ou quarto dia surgem hemorragias causadas pelo sangramento de pequenos vasos da pele e outros órgãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A síndrome de choque da dengue é a complicação mais séria da dengue, se caracterizando por uma grande queda ou ausência de pressão arterial, acompanhado de inquietação, palidez e perda de consciência. Uma pessoa que sofreu choque por conta da dengue pode sofrer várias complicações neurológicas e cardiorrespiratórias, além de insuficiência hepática, hemorragia digestiva e derrame pleural. Além disso, a síndrome de choque da dengue não tratada pode levar a óbito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A transmissão da Dengue não ocorre de forma direta. A transmissão se dá pelo mosquito que, após um período de 10 a 14 dias contados depois de picar alguém contaminado, pode transportar o vírus da dengue durante toda a sua vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O diagnóstico será realizado a partir da suspeita clínica, todavia o diagnóstico de certeza é feito com a análise do exame de sangue para dengue ou sorologia para dengue. Analisando a presença do vírus no sangue. O governo incluiu o uso de testes rápidos para dengue na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS). O diagnóstico também pode ser feito por meio do exame de PCR ou teste molecular para dengue, utilizado para determinar se uma pessoa está infectada com o vírus. Como os sintomas de dengue são semelhantes a outras patologias como

gripe e virose, o teste auxilia no diagnóstico mais preciso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Não há, ainda, tratamento específico contra o vírus da dengue, são utilizados medicamentos para tratamento sintomático. A ingestão líquida é fundamental para evitar a desidratação. Em casos de dor e febre, são utilizados analgésico e antitérmico. Havendo gravidade no quadro clínico, a necessidade de internação hospitalar para hidratação endovenosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A profilaxia torna-se o método mais eficaz de combate ao vírus da Dengue, Atualmente apenas uma vacina foi licenciada no Brasil, a desenvolvida pela empresa francesa Sanofi Pasteur. O Instituto Butantan está testando uma nova vacina feita no Brasil, o Antídoto. Medidas profiláticas como evitar o acúmulo de água, telar janelas e portas, uso de inseticidas e larvicidas, repelentes, destino adequado do lixo, contribuem de maneira significativa ao combate do mosquito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

3.3.3 Leptospirose

É uma doença infecciosa transmitida ao homem pela urina de roedores, principalmente por ocasião das enchentes. A doença é causada por uma bactéria chamada *Leptospira*, presente na urina de ratos e outros animais (bois, porcos, cavalos, cabras, ovelhas e cães também podem adoecer e, eventualmente, transmitir a leptospirose ao homem) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A doença apresenta elevada incidência em determinadas áreas, alto custo hospitalar, além do risco de letalidade, que pode chegar a casos mais graves. Sua ocorrência está relacionada às precárias condições de saneamento básico e alta infestação de roedores infectados. As inundações propiciam a disseminação e a persistência do agente causal no ambiente, facilitando a ocorrência de surtos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Os sintomas mais evidentes são febre, dor de cabeça e dores pelo corpo, principalmente nas panturrilhas. Podem também ocorrer vômitos, diarreia. Nas formas graves, geralmente aparece icterícia, sangramento e alterações urinárias. Podendo haver necessidade de internação hospitalar. O período de incubação da

doença pode variar de 1 a 30 dias, e normalmente ocorre entre 7 a 14 dias após a exposição a situações de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Durante as enchentes, a urina dos ratos, presente nos esgotos e bueiros, mistura-se à enxurrada e à lama. Qualquer pessoa que tiver contato com a água ou lama pode infectar-se. As leptospiras penetram no corpo pela pele, principalmente por arranhões ou ferimentos, e também pela pele íntegra, imersa por longos períodos na água ou lama contaminada. O contato com esgotos, lagoas, rios e terrenos baldios também pode propiciar a infecção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

As medidas preventivas como obras de saneamento básico para drenagem de águas paradas, suspeitas de contaminação, rede de coleta e abastecimento de água, construção e manutenção de galerias de esgoto e águas pluviais, coleta e tratamento de lixo e esgotos, desassoreamento, limpeza e canalização de córregos, melhorias nas habitações humanas e o controle de roedores, são necessárias para combate no período da enchente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Para o tratamento deve ser observado o quadro clínico, em casos leves são tratados em ambulatório a partir do quadro sintomático e os casos graves precisam ser observados sob vigilância hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

3.3.4 Gastroenterite

A gastroenterite trata-se de uma inflamação ou infecção no tubo digestivo, consequentemente afetando o estômago e o intestino delgado. Também conhecida como gripe gástrica, o agente etiológico são bactérias, vírus e parasitas e, assim como a Febre Tifoide, seu contágio se dá pelo consumo de alimentos e água contaminados e pelo contato direto com o paciente infectado (RUBIN, 2013). Comumente verificada a incidência de gastroenterite em locais sem condições adequadas de higiene e saneamento básico, os sujeitos com maior frequência da patologia são crianças, por meio do rotavírus, idosos e pessoas com o sistema imunológico debilitado (RUBIN, *ET al.*, 2013).

A infecção pelo Rotavírus é uma causa comum de diarreia infantil, sendo responsável por cerca de metade dos casos de diarreia aguda em crianças hospitalizadas com menos de 2 anos de idade. O rotavírus foi demonstrado em amostras de biópsia duodenal e está associado com lesão do epitélio

superficial e absorção intestinal deteriorada por períodos de até 2 meses (RUBIN, et al., p. 706, 2013).

Trata-se a gastroenterite por meio da reidratação, em sua maioria por via oral, utilizando-se terapia endovenosa apenas em casos mais graves, não sendo necessário fazer uso de antibióticos, haja vista que seu primeiro estágio decorre da desidratação e a gravidade dos sintomas vai aumentando de acordo com o tipo e quantidade de organismo ou toxina ingerida, podendo variar conforme a resistência da pessoa doente (RUBIN, et al., 2013).

3.3.5 Febre Tifoide

De acordo com Dráuzio Varella (2012) a Febre Tifoide ou Febre Entérica, trata-se de uma doença infectocontagiosa, causada pela bactéria *Salmonella enterica typhy*, podendo esta ser transmitida através do consumo de alimentos e água contaminados, ou ainda pelo contato direto, por conta de bacilos eliminados nas fezes humanas de pessoas portadoras da doença.

Essa enfermidade é verificada com maior facilidade em lugares onde são precárias ou inexistentes condições sanitárias adequadas e de higiene. Possuem basicamente três estágios, o período de incubação que diz respeito à primeira semana da doença, onde se manifesta um progressivo quadro febril acompanhado de cefaleia, mal-estar geral, astenia, anorexia, mialgia, prostração, dor abdominal difusa e vômitos; o período de estágio, equivalente a segunda e terceira semanas de evolução da doença.

Além da intensificação dos demais sintomas anterior, ainda ocorrem toxemia, desidratação, torpor, olhar inexpressivo, obstipação intestinal alternada com diarreia líquida esverdeada, icterícia, hepatoesplenomegalia e dor abdominal e o período de convalescença ou declínio, que condiz à quarta semana de evolução, devendo ocorrer à diminuição do quadro febril e dos demais sintomas, a partir de então o paciente entra na fase de recuperação clínica (RUBIN, et al., 2013).

Os pacientes experimentam anorexia, dor abdominal, inchaço, náusea, vômitos e diarreia sanguínea, seguidos por uma curta fase assintomática, que abre caminho para bacteremia e febre, com sintomas semelhantes à gripe (KUMAR, et al., p.809, 2010).

No tratamento da Febre Tifoide devem ser utilizados antibióticos específicos, no caso em que os antibióticos específicos não gerem efeito positivo, deve-se fazer o uso de antibióticos alternativos; em casos de pacientes com quadros preocupantes, estes devem receber soro por via oral ou endovenosa. Normalmente os sujeitos com maior frequência são menores de cinco anos, idosos e mulheres com patologias biliares. Nas complicações verificadas em crianças, em alguns casos a conduta pode ser cirúrgica. Para prevenção da Febre Tifoide utiliza-se a vacinação, todavia é imprescindível que o tratamento da água seja adequado, assim como os alimentos, não descartando o cuidado com o esgoto, lixo e higiene (KUMAR, *et al.*, 2010).

3.3.6 Doenças Diarreicas Agudas

As doenças diarreicas agudas (DDA) como patologia podem ser consideradas como uma síndrome caracterizada por fezes líquidas e aumento do número de evacuações que podem ser acompanhada de outros quadros como náusea, vômito, febre e dor epigástrica. Seguido da presença de muco e sangue (Melena), quadro diagnosticado como disenteria. Quando infecciosa, a diarreia apresenta diferentes agentes etiológicos, como bactérias, vírus e parasitos. Podendo ser classificadas em três tipos: diarreia sem desidratação, diarreia com desidratação, diarreia com desidratação severa (VE-DDA, MS, 2017).

O agente etiológico mais comum da diarreia e das doenças diarreicas agudas é a infecção por vírus, bactérias ou outros parasitas que acometem o organismo, causando gastroenterite, uma inflamação que compromete os órgãos do sistema gastrointestinal. Outra causa comum, se dá por intoxicação alimentar, consumo de água e alimentos contaminados com fezes humanas ou animais, principalmente por ocasião de enchentes, condições precárias de saneamento básico (VE-DDA, MS, 2017).

A diarreia é o principal sinal e sintoma, mas traz acompanhados outros sinais que podem variar de intensidade, conforme quadro clínico. O principal quadro clínico que se apresenta é a presença de fezes líquidas na evacuação,

cólicas e dor abdominal, melena, náuseas, vômitos, distensão abdominal (VE-DDA, MS, 2017).

O tratamento para diarreia e doenças diarreicas agudas pode ser realizado em casa, por meio do aumento da ingestão de líquidos para evitar a desidratação. Ao iniciar o tratamento faz-se necessária avaliação clínica do paciente e do seu estado de hidratação. O exame físico, com enfoque na avaliação do estado de hidratação, torna-se a principal conduta para avaliar a presença de desidratação e a instituir o tratamento adequado, além disso, o paciente deve ser pesado, quando possível, com objetivo de realizar o balanço hídrico (VE-DDA, MS, 2017).

O ministério da saúde (2017) preconizou um protocolo de atendimento aos pacientes com diagnóstico de DDA's a partir da avaliação do quadro clínico: O PLANO A consiste em etapas direcionadas para o paciente HIDRATADO a ser realizado no domicílio: Aumento da ingestão de água e de outros líquidos assim como de solução de Sais de Reidratação Oral (SRO) principalmente após cada evacuação, pois dessa forma evita-se a desidratação (VE-DDA, MS, 2017).

O PLANO B consiste em etapas direcionadas ao paciente COM DESIDRATAÇÃO, porém sem gravidade, com capacidade de ingerir líquidos, devendo ser tratados com SRO no serviço de Saúde, onde os mesmos deverão permanecer até a reidratação completa. Ingestão de solução de SRO, inicialmente em pequenos volumes e aumento da oferta e da frequência aos poucos. A quantidade a ser ingerida dependerá da sede do paciente, devendo ser administrada gradativamente até que desapareçam os sinais da desidratação (VE-DDA, MS, 2017).

O Plano C consiste em fase de reidratação endovenosa, requer maior atenção ao paciente COM DESIDRATAÇÃO GRAVE. Nessa situação o paciente requer cuidados mais próximos e deverá ser observado em serviço hospitalar de saúde (VE-DDA, MS, 2017).

A Transmissão das doenças diarreicas agudas (diarreia) pode ocorrer pelas vias oral ou fecal-oral. *Transmissão Indireta* – ocorre através do consumo de água e alimentos contaminados e contato com objetos contaminados, como por exemplo, utensílios de cozinha, acessórios de banheiros. *Transmissão Direta* - Pelo contato com outras pessoas, por meio de mãos contaminadas, e contato de animais com as pessoas infectadas, manipulação e alimentos. Os mecanismos de

profilaxia utilizados para as Doenças Diarreicas Agudas são através de água potável, saneamento básico e higiene adequada (VE-DDA, MS, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização da área de estudo

O *Locus* da pesquisa é o município de Laranjal do Jari. O município situa-se na região ocidental do Estado do Amapá, fazendo limites com os municípios de Vitória do Jari, Mazagão, Pedra Branca do Amapari, e, com o estado do Pará e também, com o Suriname e a Guiana Francesa (CLARETO, 2003).

Figura 1: Localização geográfica do município de Laranjal do Jari.

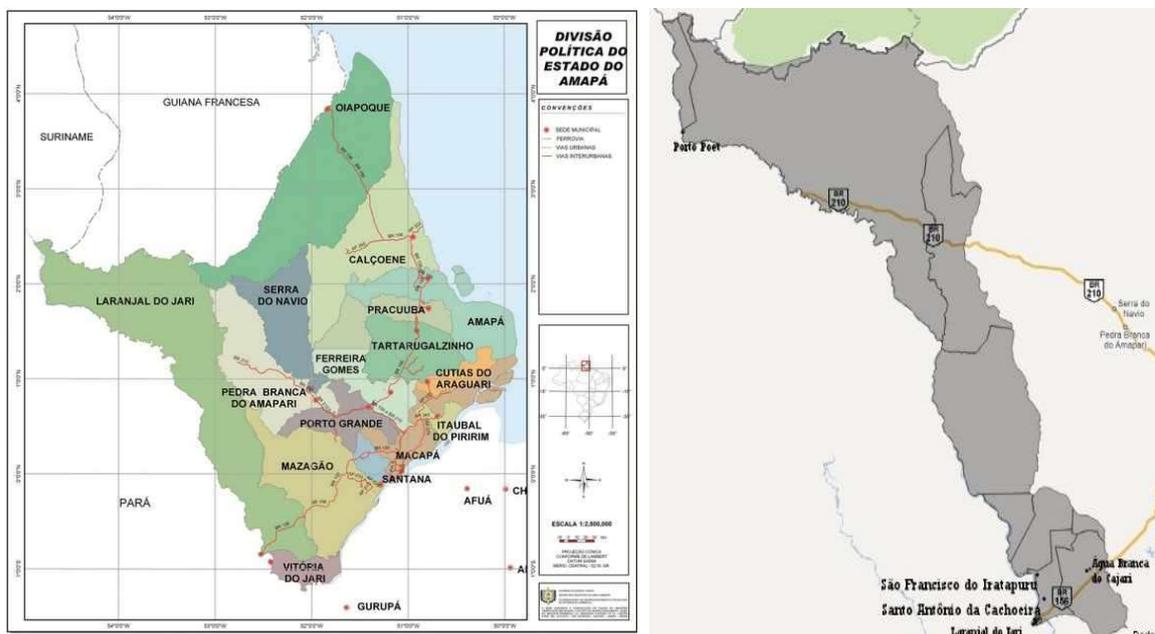
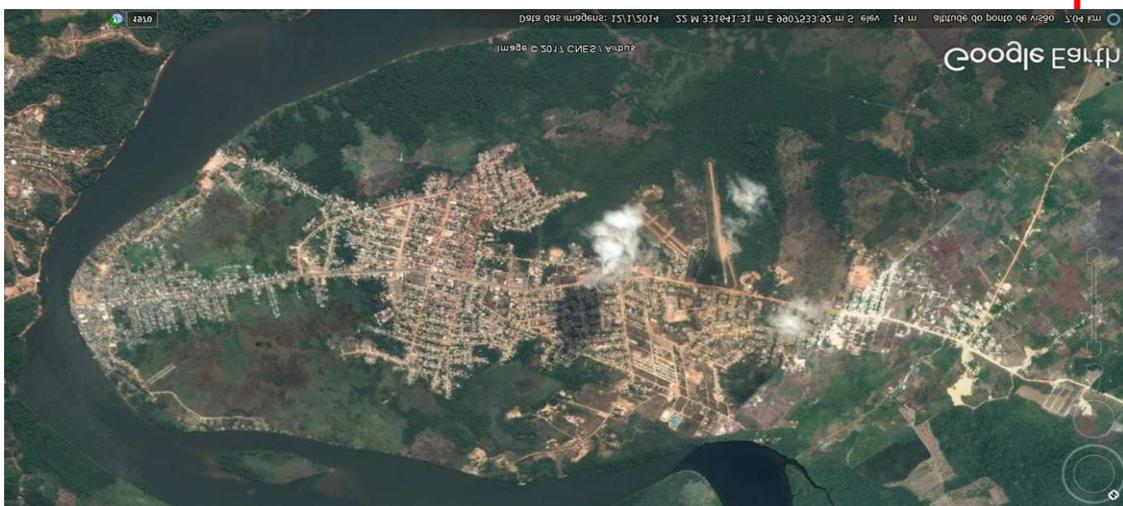


Figura 2: Localização geográfica do município de Laranjal do Jari.



O vigente estudo foi estabelecido por meio de pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo, sendo a coleta de dados realizada por meio de análise documental.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Assim, como o estudo faz uso de uma pesquisa bibliográfica, torna-se indispensável expor o significado de pesquisa documental e documento.

É muito parecida com a bibliográfica. A diferença está na natureza das fontes, pois esta forma vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Além de analisar os documentos de “primeira mão” (documentos de arquivos, igrejas, sindicatos, instituições etc.), existem também aqueles que já foram processados, mas podem receber outras interpretações, como relatórios de empresas, tabelas etc. O documento por sua vez, é qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova. Incluem impressos, manuscritos, registros audiovisuais, sonoros, magnéticos e eletrônicos, entre outros (FONSECA, 2002, p. 32).

Sobre a pesquisa de campo, cabe saber:

A pesquisa de campo caracteriza-se pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa (pesquisa ex-post-facto, pesquisa-ação, pesquisa participante, etc.) (FONSECA, 2002, p.32).

Destarte, sobre a abordagem utilizada, trata-se de qualitativa, sobre a qual esclarece Fonseca (2002):

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre

variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (FONSECA, 2002, p.20).

4.2 Coleta e Análise de Dados

Como supracitado, a metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo, através de coleta de dados, realizados no Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde de Laranjal do Jari/AP. A abordagem utilizada neste trabalho foi quantitativa e qualitativa. Conforme Barros e Silva (2010), para os dados quantitativos foram utilizados: estatística descritiva, calculando-se os valores em porcentagem. Já os dados qualitativos foram analisados por meio da categorização dos dados encontrados. Os resultados são determinados por valores numéricos e tem como centro a objetividade de análise a contribuição de material formal imparcial, recorrendo a sistema matemático para explicar fundamentos como as relações entre os fatores investigado.

4.3 Classificação da pesquisa

Com o objetivo de nortear o delineamento da pesquisa, foi feita a sua classificação em conformidade com Barros e Silva (2010). Do ponto de vista de sua natureza, trata-se de uma pesquisa aplicada; quanto à abordagem do problema, trata-se de uma pesquisa tanto qualitativa quanto quantitativa; em relação aos objetivos, é classificada como descritiva; e quanto aos procedimentos técnicos, trata-se de um levantamento.

A coleta de dados se deu por meio de análise documental, logo, é imprescindível que seja exposto o significado dos termos que serão utilizados na elaboração do estudo. Portanto, no que concerne a levantamento, aponta Fonseca (2002, p. 33) que “este tipo de pesquisa é utilizado em estudos exploratórios e descritivos, o levantamento pode ser de dois tipos: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população (também designado censo)”. Na mesma linha de raciocínio declara Gil (2008):

A coleta de dados realiza-se em ambos os casos através de questionários ou entrevistas. Entre as vantagens dos levantamentos, temos o conhecimento direto da realidade, economia e rapidez, e obtenção de dados

agrupados em tabelas que possibilitam uma riqueza na análise estatística. Os estudos descritivos são os que mais se adéquam aos levantamentos. Exemplos são os estudos de opiniões e atitudes (GIL, 2008, p. 52).

Este trabalho foi realizado no 1º semestre de 2016, 2017 e 2018, a investigação teve como lócus informações notificada pelas unidades básicas de saúde (UBS) e compiladas pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde de Laranjal do Jari/AP.

A escolha da investigação desta pesquisa foi baseada na história e cultura dos munícipes, pois a enchente é tratada como um fenômeno comum e esperado no calendário anual da cidade, região possui ainda o distrito de Monte Dourado (PA), e o município de Vitória do Jari (AP), com populações tradicionais que praticam costumes com forte influência da floresta Amazônica.

Para a investigação sobre a incidência de doenças, agravos e consequências no município de Laranjal do Jari/AP, foi realizado um levantamento dos atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município e no Hospital Estadual local. Primeiramente houve um contato com a Direção Administrativa do Departamento de Vigilância Epidemiológica para a explicação da pesquisa e o agendamento das visitas através de ofício. As análises foram descritas em planilhas além da observação direta.

Os dados obtidos foram analisados para verificar a incidência de doenças e agravos, ocorridos antes, durante e após o período da enchente em Laranjal do Jari/AP. Os dados socioeconômicos dos pacientes atendidos na Atenção Básica em Saúde (ABS) foram obtidos através de levantamentos retirados do banco de registro e estatística das do Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Nesse contexto foram envolvidos profissionais do setor de estatística do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde de Laranjal do Jari/AP, relevantes para o estudo do problema abordado. Os dados levantados foram tabulados e analisados de forma a contemplar os objetivos da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

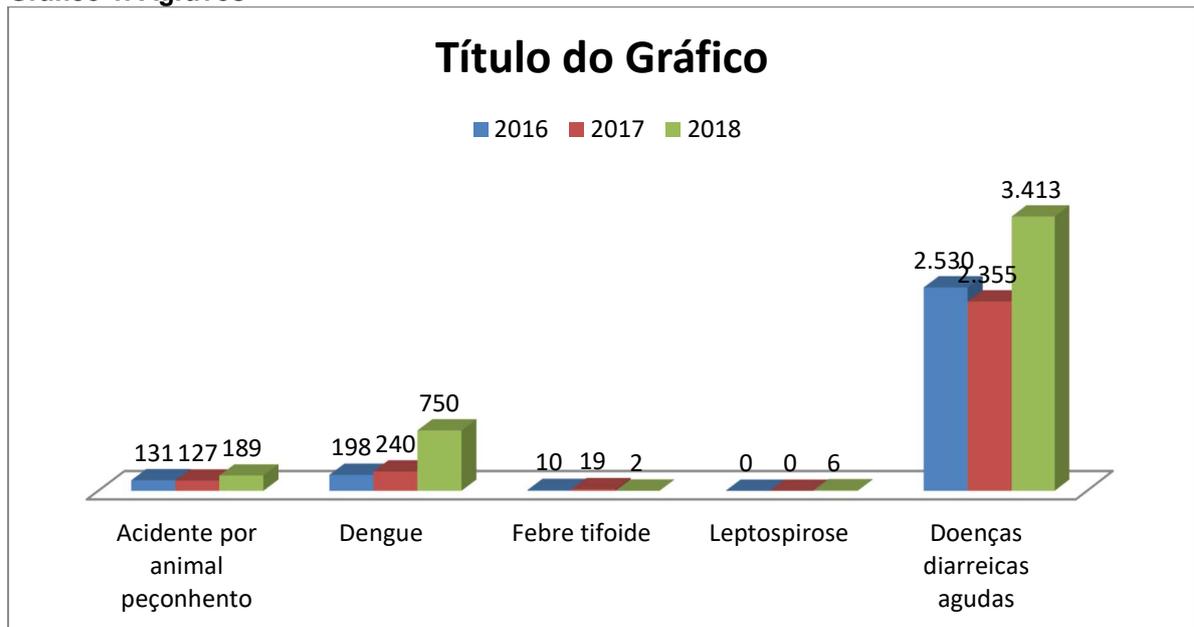
Aos dados coletados e as análises aplicadas, confirmam os fatores que levaram a elaboração e a ideia principal do presente trabalho. Dados coletados no período de janeiro a dezembro de 2018 na Coordenadoria de Estatística e Faturamento do Hospital Estadual de Laranjal do Jari, quanto aos números crescentes de doenças em 2016 e 2107, decorrentes da falta de infraestrutura sanitária, falta de informação e importância de cuidados com a saúde, conhecimento a respeito das consequências entre outros aspectos, revelou números significantes, sendo eles, de janeiro a dezembro de 2016, de 2017, de 2018 (Tabela 1).

Tabela 1. Agravos

AGRAVOS	Ano 2016	Ano 2017	Ano 2018
Acidente por Animal Peçonhento	131	127	189
Dengue	198	240	750
Febre Tifoide	10	19	2
Leptospirose	0	0	6
Doenças Diarreicas Agudas	2.530	2.355	3.413

Fonte: Coordenadoria de Estatística e Faturamento do Hospital Estadual de Laranjal do Jari/AP.

Gráfico 1. Agravos



Fonte: Coordenadoria de Estatística e Faturamento do Hospital Estadual de Laranjal do Jari/AP.

Após análises dos dados verificou-se que ocorreu um número crescente das morbidades relacionadas ao período da enchente. Segundos os dados fornecidos pela Coordenadoria de Estatística e Faturamento do Hospital Estadual de Laranjal do Jari/AP, entre as diversas morbidades notificadas destaca-se o alto índice de casos de doenças diarreicas agudas (DDA) (Gráfico 1).

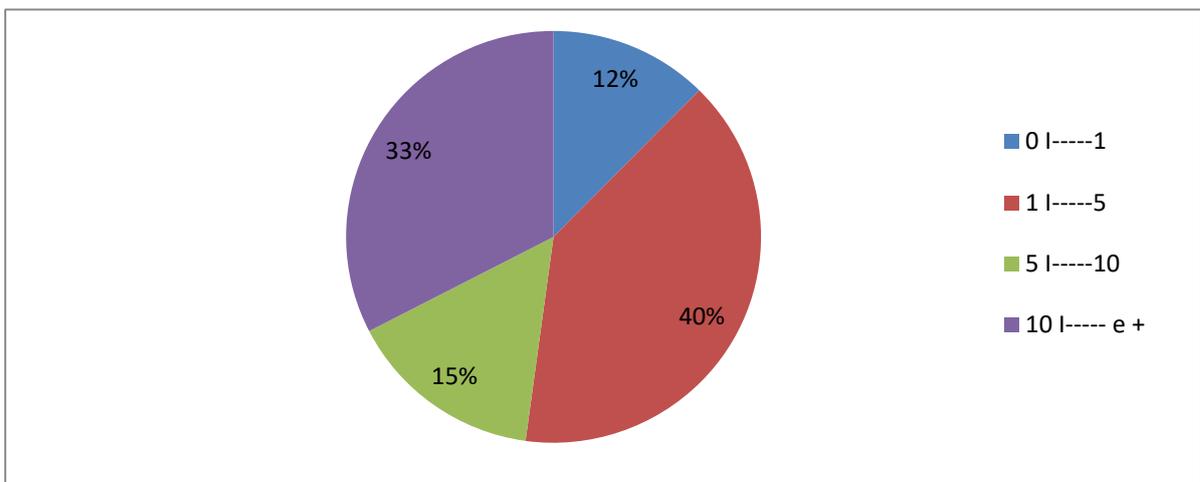
No período de janeiro a dezembro de 2017, com o achado das DDA's a média de idade mais afetada foi a amplitude 2 (926 casos), onde as crianças entre 1 e 5 anos foram mais atingidas, em virtude do potencial risco pela idade e serem mais suscetível pela baixa imunidade do sistema imunológico (Tabela 2).

Tabela 2. Agravo por faixa etária

Faixa Etária	Nº de Casos	Percentual
0 -----1	289	12,27%
1 -----5	926	39,33%
5 -----10	356	15,11%
10 ----- e +	784	32,22%
Total	2.355	

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde de Laranjal do Jari/AP - Ano 2017.

Gráfico 2. Agravo por Faixa Etária



Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde de Laranjal do Jari/AP - Ano 2017.

Aproximando-se dos resultados encontrados no ano de 2017, os indivíduos mais atingidos pelas DDA's, foram aproximadamente 40% (1 a 5 anos) do total de casos notificados (Gráfico 2).

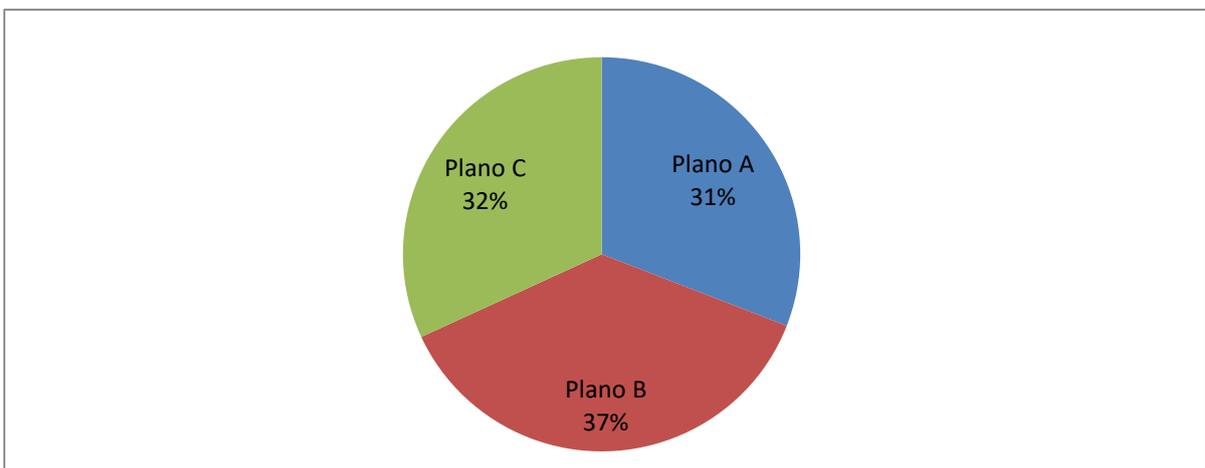
Os resultados anteriormente expostos indicam a necessidade de um tratamento preconizado pelo ministério da saúde e implementados nos serviços de saúde quando clinicamente analisados e diagnosticado (Tabela 3).

Tabela 3. Plano de tratamento

Plano de Tratamento	Nº de_Casos	Percentual
Plano A	728	30,91%
Plano B	876	37,19%
Plano C	751	31,88%
Total	2.355	

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde de Laranjal do Jari/AP – Ano 2017.

Gráfico 3. Plano de Tratamento

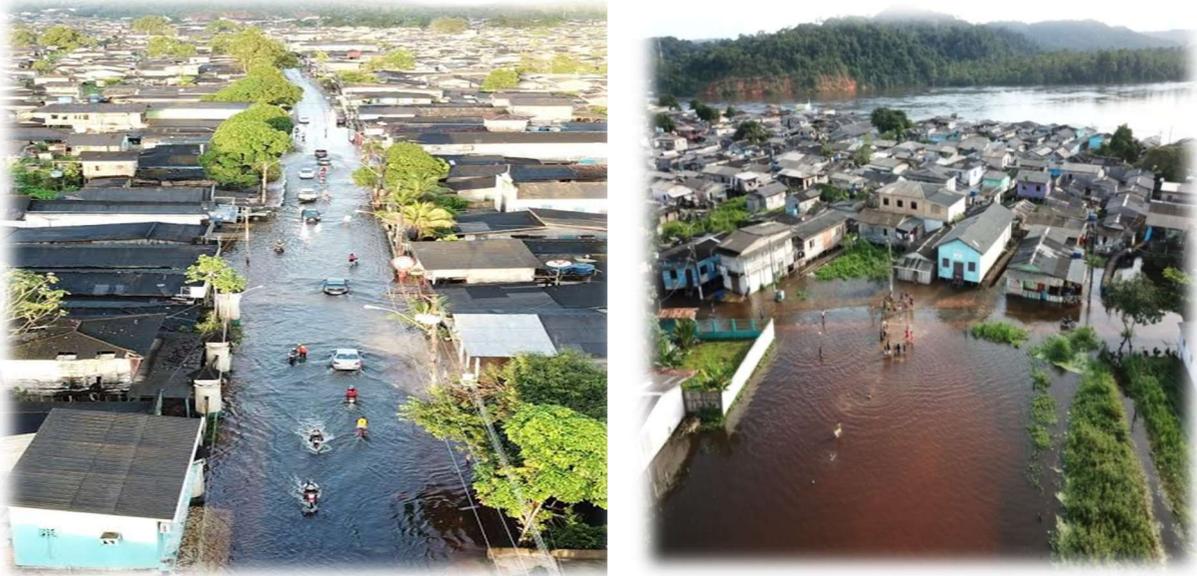


Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde de Laranjal do Jari/AP – Ano 2017.

Desta forma, observa-se no Gráfico 3, que o plano B (37%) foi tratamento de escolha para os 876 casos afetados nos indivíduos atingidos.

No Vale do Jari, o município Laranjal do Jari/AP neste período destaca-se as doenças, argumentação que o homem vem invadindo o ambiente natural com o aumento do desmatamento, desenvolvimento de áreas de plantio e urbanização (Figura 3).

Figura 3: Enchente do Rio Jari

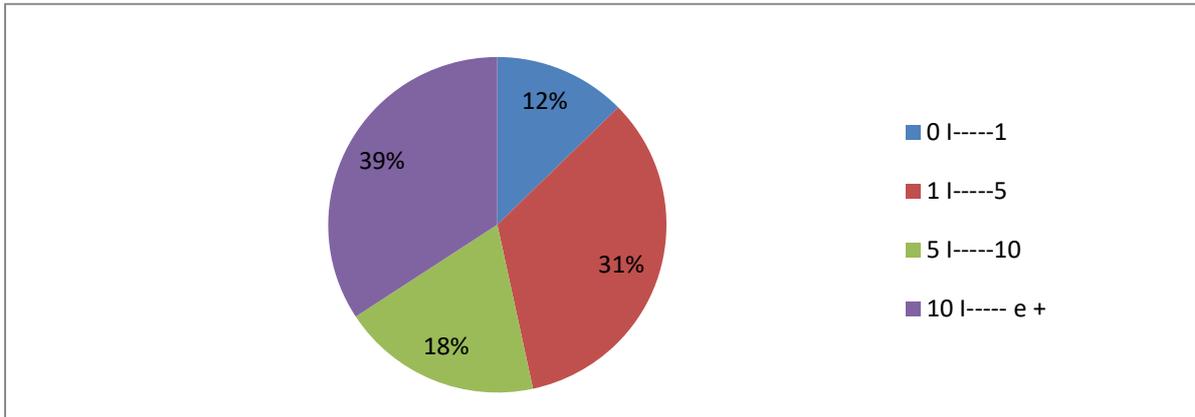


De acordo com os dados verificados no setor de estatística do Hospital Estadual de Laranjal do Jari/AP, 17.034 atendimentos foram registrados no Mapa de Morbidade / Casos Notificados, no período de 01/01/2018 a 31/12/2018. Sendo 3.413 casos notificados de doenças diarreicas agudas, numa faixa etária entre crianças de 10 anos de idade e indivíduos adultos, sendo 1.345 casos (Tabela 4). Correspondendo a porcentagem de 39,40% (Gráfico 4)

Tabela 4. Agravo por faixa etária

Faixa Etária	Nº de Casos	Percentual
0 ----1	398	11,66%
1 ----5	1.067	31,26%
5 ----10	603	17,66%
10 ---- e +	1.345	39,40%
Total	3.413	

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde de Laranjal do Jari/AP – Ano 2018.

Gráfico 4. Agravo por Faixa Etária

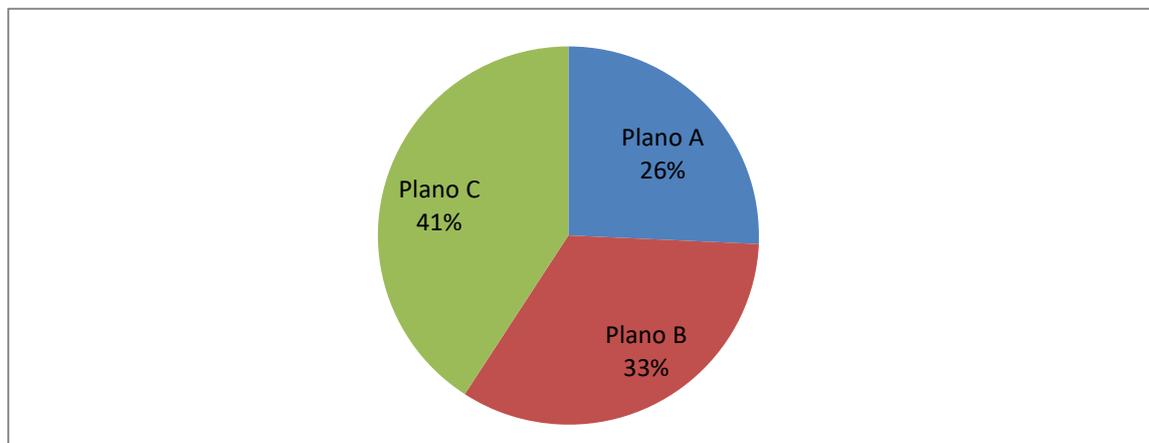
Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde de Laranjal do Jari/AP – Ano 2018.

Na Tabela abaixo, prevalece à predominância dos casos de DDA's e a necessidade de tratamento. Conforme análise, a escolha do plano de tratamento, foi o Plano C teve aos usuários do sistema de saúde.

Tabela 5. Plano de tratamento

Plano de Tratamento	Nº de Casos	Percentual
Plano A	874	25,75%
Plano B	1.143	33,48%
Plano C	1.396	40,90%
Total	3.413	

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde de Laranjal do Jari/AP – Ano 2018.

Gráfico 5. Plano de Tratamento

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde de Laranjal do Jari/AP – Ano 2018.

As crianças na faixa etária de 10 anos e os adultos, foram afetados com maior intensidade no período, foram submetidos a tratamento sob observação hospitalar, sendo em alguns casos de desidratação severa a necessidade de internação para o restabelecimento da saúde, o que corresponde a aproximadamente a porcentagem 41% do número de casos de tratamento (Gráfico 5).

Um segundo fator de forte relevância observado nos registros, é que 31,26% (Faixa etária de 1 a 5 anos) dos casos, comparados ao ano 2017, permanecem como uma faixa etária de potencial risco e suscetíveis a apresentarem casos mórbidos e permanecendo nas estatísticas dos agravos.

Conforme estudos de Neto *et al.* (2013), professor do Instituto Federal de Ciências e Tecnologia do Amapá (IFAP), com relação ao tratamento de água de Laranjal do Jari/AP e Vitoria do Jari/AP, revelou um alto teor de partículas em suspensão nas amostras coletadas, além de um pH ácido de 4,5 fator esse causador de distúrbios gastrointestinais como desequilíbrio orgânico.

Comparada ao Serviço de Água e Esgoto do distrito vizinho de Monte Dourado, a análise de amostra na água conta: Coliformes fecais: 0%; Cloro residual livre: 0,45 ppm; PH: 7,31; Cor 0,0 mg Pt-Co/L e Turbidez: 1,52 NTU (Dados de Dezembro de 2018). Segundo colaboradores da Companhia de Água e Esgoto do Estado do Amapá (CAESA), a mesma já foi informada quanto ao pH da água tratada, no entanto nenhuma providência foi tomada até a data da conclusão do trabalho.

A respeito da água que chega às torneiras da população de munícipes, observa-se este como um dos grandes agravantes para os problemas gastrointestinais no Município, pois o tratamento de água de Laranjal do Jari revela um alto teor de partículas em suspensão de acordo com amostras coletadas, além de um pH ácido de 4,5, fator esse, causador de distúrbios e desequilíbrio orgânico.

Turbidez é uma característica da água devida à presença de substâncias em suspensão, com tamanho variando desde materiais grosseiros a particulados coloidais. A presença dessas partículas provoca a dispersão e a absorção da luz, reduzindo a produtividade primária dos ambientes aquáticos e dando a água uma aparência nebulosa, esteticamente indesejável e potencialmente perigosa (ALMEIDA, *et al.*, p. 7, 2013).

Portanto, comprova-se que a água disponibilizada para a população de Laranjal do Jari influencia negativamente para a ocorrência de morbidades, tendo

em vista que a maior parte da população é de baixa renda e o consumo dessa água é indispensável para a população. Portanto, melhorias devem ser feitas para garantir o mínimo possível de qualidade no fornecimento da água para os habitantes.

A cidade convive com graves questões socioambientais, as quais, historicamente, naturalizam-se à vida de seus moradores, relacionadas ao lixo, água, esgoto, moradia, dentre outros, as quais ratificam o índice de pobreza na ordem de 46,2% e se destacam em sua configuração urbana (PAIXÃO, 2016).

Não diferente dos demais municípios do Estado do Amapá, Laranjal do Jari conta com precárias condições de infraestrutura, saneamento básico, o esgoto de grande parte da cidade a céu aberto, disseminando a proliferação de doenças, principalmente em período de calamidade pública. Visto que a cidade é acometida por enchentes, sendo aumentadas significativamente as ocorrências de atendimentos nos serviços de saúde durante o período.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento da incidência de morbidades e seus agravos com consequências no município de Laranjal do Jari/AP permitiram comprovar o elevado número de casos / atendimentos realizados no município e a correlação entre as inúmeras necessidades da população Laranjalense.

Com o objetivo de compreender as consequências à saúde pública derivadas das enchentes do Rio Jarí, fator agravado pelo aumento do número de morbidades, provenientes da inundação urbana, serviços básicos deficitários, infraestrutura precária, encontrar meios possíveis para amenizar tal situação.

Os resultados destes levantamentos sugerem a importância de educação, cuidados com a saúde, busca de informação por parte das pessoas para alívio e/ou prevenção doenças que acometem o dia a dia da população.

Com uma sociedade formada por famílias com poder aquisitivo diminuto, moradias, muitas das vezes, inadequadas para suportar várias famílias no mesmo ambiente, acabam por contribuir com a precariedade do perfil da sociedade.

O Histórico da saúde pública local, ainda caminha lentamente, como nos primórdios da saúde do país, com necessidades básicas ainda em fase de melhoramento e desenvolvimento, exige que o apoio do estado possa estar presente.

A competência que dispõe a lei orgânica do SUS necessita serem cada vez mais desenvolvidas, como a aplicabilidade de recursos em saúde, políticas públicas, recursos materiais, objetivando o avanço ao combate das mazelas sazonais, através da participação que compete ao estado, assim como a união.

Com esse subsídio participativo presente, será possível fazer a previsibilidade do acontecimento, criar mecanismo de defesa, suporte básico à saúde, educar a sociedade quanto à potencialidade dos agravos e suas consequências.

A enchente, fator natural aguardado temerosamente todos os anos, trás a certeza de inúmeras consequências para os moradores locais, sobretudo em virtudes das dificuldades que passa a sociedade durante esse período.

O aumento dos números de casos de doenças, durante o período, surge às doenças que através da água, contribuem para o acréscimo das estatísticas, como

por exemplo, a dengue, a gastroenterites, doenças diarreicas, que agridem a integridade da saúde de faixa etária em potencial risco.

A doença torna-se fator determinante, pois à procura pelos serviços de saúde aumentam, situações como a dificuldade de acesso, demora no atendimento, falta de materiais e medicamentos, são acrescidas, em virtude ao aumento da demanda nas UBS e hospital.

Com tantos problemas socioeconômicos e ambientais a qualidade da assistência em saúde, tanto na atenção básica, assim como no hospital estadual, à população local, configura-se ineficiente, acarretando uma demanda expressiva com falta de materiais e insumos necessários, que acabam por corroborar com as mazelas vivenciadas nesse local.

A expectativa da chegada do inverno acompanha o temor vivenciado pelos moradores local, no período que antecede a enchente, medidas preventivas são realizadas pelo município, através das secretarias de saúde, educação, meio ambiente com orientações aos cuidados com o tratamento da água para o consumo e com os alimentos, sobre os riscos eminentes de doenças, cuidados com crianças e idosos.

Entretanto, não é impossível reverter esse quadro, com a implementação de políticas públicas voltadas para esses problemas, onde a atribuição que cabe às esferas federal, estadual e municipal sejam desenvolvidas e aplicadas, viabilizando infraestrutura adequada com saneamento básico, tratamento, canalização e distribuição regular de água, construções de outro hospital regional são de grande valia para a qualidade de vida da população em geral. Todavia, sabemos que são desenvolvimento em longo prazo, que requer a educação expansiva de informações nas escolas, instituições municipal, estadual e federal conscientizando a sociedade da necessidade de desenvolvimento e dias melhores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAS, A. K; ASTER, J. C.; FAUSTO, N.; KUMAR, V. Robbins & Cotran, **Patologia: Bases Patológicas das Doenças**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2010.

ALMEIDA, W. L.; BEZERRA, H.P.; CAMPOS, V.B.; NETO, R.M.R.; SIQUEIRA, K.F. **Avaliação do sistema de tratamento e da qualidade das águas de abastecimento público em Laranjal do Jari, AP**. Scientia Plena: vol. 9, num. 11, 2013.

ALUNOS ONLINE (UOL) – **Modernização, expulsão e reurbanização do Rio de Janeiro**. (2015). Disponível em: <https://www.alunosonline.uol.historia-do-brasil/modernizacao-expulso-reurbanizacao-rio-janeirohtml>. Acesso 05 de dezembro de 2018.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO MINISTERIO DA SAÚDE. **DENGUE**. (2108). Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/minhavidacom.br/saude/temas/dengue>. Acesso em 20 de dezembro de 2018.

BRAGA, Z. A. A. de S. et al. Levantamento epidemiológico dos acidentes por animais peçonhentos no Brasil: 2000 a 2008. **Acta Veterinária Brasileira**, v. 3, n. 3, p. 127-131, 2015.

BEZERRA, R. de O. L., **Prevenção E Primeiros Socorros Em Acidentes Com Animais Peçonhentos**: Um trabalho com turmas do ensino fundamental. In: Encontro Regional de Ensino de Biologia, 4, 2007. Seropédica-RJ. **Anais...** Seropédica-RJ: UFRJ, 2009.

CARVALHO, G. Artigo: **A Saúde Pública no Brasil**. (2013). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso 05 de dezembro de 2018.

CUPO, P. **Acidentes por Animais Peçonhentos: Escorpiões E Aranhas**. Medicina, Ribeirão Preto, v.36, p.490-497, abr./dez. 2003.

FERNANDES, V. C. de C. **Acidentes por Animais Peçonhentos: Saberes Locais e Medicina Popular**. PB: UFCG, 2017

FILHO, Geraldo Brasileiro. Bogliolo. **Patologia**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

FIOCRUZ – **500 anos de história da saúde pública no Brasil**. (2016) Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7usg60nme8>. Acesso 03 de dezembro de 2018.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GALVÃO, M. A. M. **Origens da saúde pública no Brasil.** (2013). Disponível em: <https://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/origem-politica-brasil.pdf>. Acesso 05 de dezembro de 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GORSTEIN, F.; RUBIN, E.; RUBIN, R.; SCHWARTING, R.; STRAYER, D. **Patologia: Bases Clinicopatológicas da Medicina.** 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

LIMA, K. E. C.; VASCONCELOS, S. D. **Acidentes com animais peçonhentos: um estudo etnozoológico.** *Sitientibus Série Ciências Biológicas*, v. 6, n. 2, p. 138-144, 2006.

MACHADO, C. **Análise epidemiológica dos acidentes ofídicos no período de 2007 a 2010.** *Revista Ciência Plural*, v. 2, n. 2, p. 28-41, 2016.

MARCONI. M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1999.

MOREIRA, J. P. L., **Incidência e Ocorrência de Ataques Ofídicos no Brasil em 2012.** In: Simpósio Mineiro de Geografia, 1, 2014. Alfenas-MG. **Anais...** Alfenas-MG: UFA, 2014. Online.

PAIXÃO, Eliana do Socorro de Brito. **Questões socioambientais da cidade de Laranjal do Jari/AP: Reflexões na perspectiva da educação popular.** *Revista de Gestão em Secretariado*, 2016. Disponível em: <https://www.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/544/pdf>. Acesso em 09 de novembro de 2017.

PARISE, E. V. **Vigilância e Monitoramento dos Acidentes Por Animais Peçonhentos no Município de Palmas, Tocantins, Brasil.** *Hygeia*, v. 12, n. 22, p. 72-87, 2016.

PENSE SUS – **Reforma Sanitarista.** (2016). Disponível em: <https://www.pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>. Acesso 13 de dezembro de 2018.

SASSI, R. **Relatos de Acidentes por Animais Peçonhentos Medicina Popular em Agricultores**, Paraíba, Brasil. *Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 16, p. 633-643, 2013.

SILVA, S. T. da, et al. **Escorpiões, aranhas e serpentes: aspectos gerais e espécies de interesse medico.** Maceio-AL: EDUFAL, 2005.

VARELLA, Dráuzio. **Raios-X da Saúde Pública no Brasil.** (2016). Disponível em: <https://drauziovarella.com.br/>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

VARELLA, Dráuzio. **Sistema de Saúde no Brasil**. (2016). Disponível em: <https://drauziovarella.com.br/>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

VARELLA, Dráuzio. **Doenças e Sintomas: Febre Tifoide**. (2012). Disponível em: <https://drauziovarella.com.br/doencas-e-sintomas/febre-tifoide/>. Acesso em: 14 de novembro de 2017.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças Diarreicas Agudas (DDA)**. (2107). Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/doencas-diarreicas-agudas>