

Kailany Silva de Souza

Discutindo os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no município de Mesquita (RJ), a partir do contexto de sindemia da COVID-19

Rio de Janeiro

2022

Kailany Silva de Souza

Discutindo os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no município de Mesquita (RJ), a partir do contexto de sindemia da COVID-19

Monografia apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Biotecnologia.

Orientador: Marcello de Moura Coutinho.

Rio de Janeiro

2022

*Dedico esta monografia a todas as vítimas e a seus familiares que morreram
de COVID-19.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me fortalecido durante esses quatro anos, bem como a cada dia ter mostrado que a vontade dele é a melhor para mim.

Agradeço a minha mãe, por ter abdicado da vida dela durante dezoito anos para que eu pudesse ter um bom futuro. Agradeço pelas palavras de apoio, por todo amor, carinho, cuidado e proteção. Tudo isso foi essencial para que me tornasse quem sou hoje.

Agradeço ao meu pai, por todos os conselhos, mesmo sem saber como dizer, senti o carinho que sempre teve por mim e o cuidado para que eu pudesse obter minhas conquistas.

Agradeço a minha prima, Rafaela Cavalcante, por toda palavra de incentivo, todas as nossas conversas e pelo maior presente que ela me deu: meu afilhado Valentim Cavalcante, a quem também agradeço, pois, mesmo sendo uma criança de dois anos, me dá uma força imensa todos os dias. O meu maior incentivo é poder dar orgulho a ele e vê-lo crescer.

Agradeço à toda minha família, por sempre ter acreditado e me incentivado. Cresci num lar de pessoas muito trabalhadoras, que sempre me deram bons exemplos, passando valores e princípios.

E, em especial, eu agradeço ao meu avô, que não está mais comigo, mas contribuiu muito para que eu conquistasse o que estou conquistando com a conclusão de minha formação no Ensino Médio, no âmbito da Habilitação de Biotecnologia.

Agradeço também ao meu orientador, Marcello Coutinho, por todo apoio para a elaboração desta monografia. Assim como também agradeço a todos os professores politécnicos, pois foram fundamentais na minha trajetória. Levarei comigo um pedacinho de cada um.

Por fim, agradeço à Escola Politécnica da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio pelo apoio institucional e acadêmico, por meio da concessão de uma bolsa de iniciação científica.

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”
(Art. 196 da Constituição Federal do Brasil de 1988).

RESUMO

O presente trabalho pretendeu relatar a realidade socio sanitária dos moradores do município de Mesquita (RJ), durante a sindemia da COVID-19. Pretendeu-se também, apresentar as noções de “determinação social da saúde”, “determinantes sociais da saúde” e o conceito de “sindemia”, bem como mostrar como surgiu a COVID-19 no mundo. Objetivou-se, de forma geral, identificar os seus determinantes sociais da saúde, a partir do contexto de sindemia da COVID-19. E, mais especificamente, discutir os principais aspectos ligados aos determinantes e condicionantes sociais da saúde, a partir contexto de sindemia da COVID-19, bem como problematizá-la. A abordagem é quali-quantitativa e utilizou como estratégia de pesquisa, levantamento bibliográfico e documental, consultas ao portal da Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita (RJ).

Palavras-chave: Mesquita. Sindemia da COVID-19. Determinantes Sociais da Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
METODOLOGIA.....	11
CAPÍTULO 1 – MESQUITA (RJ): UMA BREVE CARATERIZAÇÃO SÓCIO- HISTÓRICA E DEMOGRÁFICA.....	12
CAPÍTULO 2 – COVID-19: UMA SINDEMIA.....	24
CAPÍTULO 3 – DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM MESQUITA (RJ).....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	42

INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretendeu relatar a realidade socio sanitária dos moradores do município de Mesquita, localizado na Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro, durante a pandemia¹ da COVID-19. Entende-se, que por mais que o vírus não escolha quem infectar, as possibilidades de proteção, tratamento e cura são diferenciadas, de acordo com a classe social, cor, cultura e, até mesmo religião dos indivíduos.

A autora sempre teve muito interesse em aprofundar reflexões acerca das condições de vida da classe trabalhadora em seu cotidiano para que de alguma forma pudesse vir a contribuir na conscientização da referida classe. Portanto, a motivação em estudar o tema desta monografia está ligada à indignação em relação ao imenso abismo social existente entre a classe trabalhadora (desfavorecida) e a classe proprietária dos meios de produção (burguesia).

Pretende-se contribuir também com estudos e pesquisas que visem desconstruir os estigmas que a sociedade tem em relação às pessoas residentes em favelas e periferias.

Cabe destacar, que o locus do estudo está no município de Mesquita (RJ). A escolha deste município se deveu ao fato de que a autora reside nele. Vale destacar, que por conta da opção por esse caso empírico será possível retratar as injustiças a que essas pessoas são submetidas, bem como analisar como essa situação vem sendo agravada com a pandemia da COVID-19, a qual agudizou ainda mais a desigualdade social, no que diz respeito às populações favelizadas e periféricas.

Isto porque, a desigualdade social no Brasil é evidente, sendo possível enxergar com clareza que historicamente um grupo pessoas é favorecido pelo Estado e, outro é esquecido.

Com efeito, a segregação urbana, da qual as favelas e periferias são resultado, é um grande problema e reflexo da desigualdade social no Brasil, pois se refere à marginalização de uma parcela considerável da sociedade por fatores culturais, étnico-raciais, econômicos e ambientais.

¹ Este conceito será trabalhado no Capítulo 2.

Vale ressaltar, que tais fatores impossibilitam, em certa medida, que populações favelizadas e periféricas tenham condições de vida adequadas e acesso a serviços de saúde de qualidade, por exemplo. Entende-se, a saúde numa lógica de atenção integral, incluindo o conceito ampliado de saúde, o que conforme Matta:

[...] aponta para a crítica da atenção à saúde como algo exclusivamente biológico, incorporando o conceito ampliado de saúde que compreende as diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, e que envolvem o sujeito, seu corpo e suas relações com a sociedade e o meio ambiente. Desta forma, as ações e serviços de saúde devem se organizar para atender as necessidades diversas das pessoas e dos grupos sociais (MATTA, 2010, p. 249).

Nesse sentido, discutir o contexto das desigualdades é fundamental para tornar possível a compreensão de uma dada realidade social. Cabe afirmar, que o referido contexto contempla as condições sociais, econômicas, culturais, ambientais e sanitárias.

Objetivou-se, de forma geral, identificar os determinantes sociais da saúde no município de Mesquita (RJ), a partir do contexto de sindemia da COVID-19. E, mais especificamente, discutir os principais aspectos ligados aos determinantes e condicionantes sociais da saúde no município de Mesquita (RJ), a partir contexto de sindemia da COVID-19; e, problematizar a questão da sindemia da COVID-19, no âmbito do referido município.

A monografia está estruturada da seguinte forma: **Introdução**, na qual é apresentada de forma geral a temática e o interesse por ela; **Metodologia**, na qual é demonstrado o escopo do estudo; **Capítulo 1 – Mesquita (RJ): Uma breve caracterização sócio-histórica e demográfica**, no qual são apresentados dados sociais, históricos e demográficos de Mesquita (RJ). No **Capítulo 2 – COVID-19: Uma Sindemia**, é discutido contexto desta doença, no âmbito do conceito de sindemia e, no **Capítulo 3 – Determinantes Sociais da Saúde em Mesquita (RJ)**, dados apresentados no Capítulo 1 são analisados à luz da noção de Determinantes Sociais da Saúde. Há ainda, as **Considerações Finais**, as quais encerram a discussão da monografia; e, por fim, as **Referências** que trazem a bibliografia utilizada para a realização deste estudo

Diante do exposto, o presente trabalho será desenvolvido com base na seguinte questão norteadora: ***“É possível evidenciar o contexto de desigualdades sócio-sanitárias no Mesquita (RJ), partindo da caracterização dos respectivos determinantes sociais da saúde?”***.

METODOLOGIA

A monografia está baseada na abordagem qualitativa e utilizou como estratégias de pesquisa, o levantamento bibliográfico e documental, bem como consultas a portais de notícia e da Prefeitura Municipal de Mesquita. Utilizou-se também, trabalhos acadêmicos acerca do histórico de Mesquita.

Vale ressaltar, que foi pretendido inicialmente, realizar entrevistas semiestruturadas com cerca de 10 (dez) moradores do bairro / favela da Chatuba, maiores de 18 (dezoito) anos que sejam usuários das Clínicas da Família Valter Borges ou França Leite, indicados pelas coordenações gerais e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) destas unidades de saúde.

Contudo, por conta da grande dificuldade na obtenção de informações básicas junto à Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita, a proposta de realização do trabalho de campo foi abandonada.

Com efeito, o estudo em questão foi desenvolvido com vistas a responder a seguinte questão norteadora: ***“É possível evidenciar o contexto de desigualdades sócio-sanitárias no município de Mesquita (RJ), partindo da caracterização dos respectivos determinantes sociais da saúde?”***.

CAPÍTULO 1 – MESQUITA (RJ): UMA BREVE CARATERIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA E DEMOGRÁFICA

Do ponto de vista histórico, há quinhentos anos, a região do atual município de Mesquita era habitada pelos indígenas da etnia Tupinambá (Tamoios), conhecidos como “jacutingas²” que se enfeitavam com penas de uma ave chamada jacu branco. Conforme Lima (2019):

O termo “jacutinga” é oriundo de “jacu”, nome de uma ave de grande porte que habita as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste do Brasil, estando hoje praticamente extinta no território do estado do Rio de Janeiro, mas que no século XVI fornecia os penachos que serviam de adorno dos índios que habitavam a região [...] (LIMA, 2019, p. 23).

Lima (op. cit.), ainda coloca que a colonização portuguesa exterminou as populações indígenas locais no século XVI, não deixando restar nenhuma comunidade que pudesse ser considerada descendente dos povos que habitavam a região.

O extermínio começou quando passaram a participar da Confederação dos Tamoios (1554-1567) com outras nações indígenas, tais como os Terminós, por estarem revoltados com a ação violenta dos portugueses. Vale ressaltar, que a luta entre nativos e portugueses, seguida de doenças contraídas pelo contato com o “branco”, acabou dizimando centenas de indígenas que lutavam para resistir à escravidão.

Conforme Silva (2005), a partir do século XVI, principalmente após a fundação da cidade do Rio de Janeiro, em 1565, nas terras das aldeias indígenas ocorreu, o mesmo processo de estabelecimento dos portugueses no restante da colônia brasileira. Isto é, a distribuição de sesmarias³ com o objetivo de colonização e ocupação. Esta autora afirma também, que as terras de *Igassú*, das quais a região da atual Mesquita era integrante, foram sendo repassadas a diversos sesmeiros, no decorrer do referido século. Além disso, em paralelo às atividades econômicas desenvolvidas nas sesmarias, a Igreja organizava a

² Nome dado pelos colonizadores portugueses.

³ Do termo *sesmo* ou *sesma*, ou seja, a sexta parte de uma porção. Os reis de Portugal e os seus representantes doaram terras para ocupar, de fato, a colônia.

devoção de seus fiéis, sendo assim, as freguesias se estruturavam com uma igreja matriz e capelas localizadas geralmente, em grandes propriedades rurais, o que conseqüentemente acabou levando em meados do século XVII, à fundação da freguesia de Santo Antônio de Jacutinga, a qual posteriormente veio a se transformar em um bairro de Mesquita.

De acordo com a publicação de 2016, do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro – “Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro”, o bairro de Jacutinga ainda preserva a memória da nação indígena guerreira. A mesma publicação informa também que:

[...] por volta de 1700, um engenho funcionava na descida da serra da Cachoeira, produzindo açúcar e aguardente com mão-de-obra escrava. Nos arredores desse engenho, cresceu um arraial para fazer frente à demanda de tropeiros e carroceiros que por ali passavam e abasteciam-se na cachoeira que havia nos arredores. O engenho era situado onde hoje está o parque municipal, e seu proprietário era o capitão Manoel Corrêa Vasques. As terras passaram por vários donos até parar nas mãos de Jerônimo José de Mesquita, o primeiro barão de Mesquita. Em 1884, quando a estrada de ferro chegou às terras, a parada de trem passou a se chamar Barão de Mesquita. Nessa época, as fazendas começaram a não dar mais lucros, principalmente por conta da abolição dos escravos, e a fazenda da Cachoeira foi vendida e transformada em chácaras de plantio de laranjas. No início do século XX, surgiram as olarias, atraídas pela qualidade do barro e as áreas alagadas da região. Com a expansão do sistema ferroviário, foram implantadas várias estações, sendo que uma delas ficou localizada no centro do antigo arraial da Cachoeira, o qual logo mudou de nome para Jerônimo de Mesquita, posteriormente simplificado para Mesquita (TCE-RJ, 2016, p.7).

Com efeito, no século XVIII, havia o cultivo da cana-de-açúcar, mas com a chegada da primeira estrada de ferro do Brasil, ligando o porto de Mauá à serra da estrada de

Petrópolis houve grandes mudanças na paisagem e organização social dos habitantes da atual Baixada Fluminense⁴ (SILVA, 2005).

Cabe destacar, que todo o território do que hoje conhecemos como Baixada Fluminense, depois do cultivo da cana conseguiu se manter, de certo modo, devido à sua condição de “área de passagem”, inclusive, com a abertura de caminhos alternativos da mineração, em razão da rede pluvial navegável no transporte do café. Contudo, ao longo do tempo esses caminhos foram sendo desativados, perdendo a sua relevância para o Rio de Janeiro (SILVA, op. cit.).

E, com relação à construção da Estrada de Ferro D. Pedro II, atual Central do Brasil, Silva (op. cit.), postula que:

[...] teve o primeiro trecho, ligando Maxambomba (hoje Nova Iguaçu) a Queimados, inaugurado em 1858, e no mesmo período os trilhos chegariam à Belém, atual município de Japeri. Em 1884, foi inaugurada uma parada de trem nas terras cedidas pelo Barão de Mesquita para passagem dos trilhos, que recebeu o nome de Jerônimo de Mesquita (posteriormente Mesquita). Alguns autores e documentos se referem a Mutambó para nomear as terras que compunham essa região antes da inauguração oficial da parada do trem [...] (SILVA, op. cit. p. 48).

Como afirmado anteriormente, a lavoura canavieira também entrou em declínio, atingindo as fazendas da região, tendo entre os motivos, o esgotamento do solo, concorrência com o norte-fluminense⁵, epidemia de cólera *morbis* que atingiu, principalmente, os negros escravizados (força de trabalho dos engenhos), leis que proibiram o tráfico negreiro, a partir de 1850; e, por fim, a abolição da escravatura em 1888 (SILVA, 2005).

⁴ A Baixada Fluminense localizada na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) é composta por quatorze municípios, quais sejam: Belford Roxo; Duque de Caxias; Guapimirim; Itaguaí; São João de Meriti; Japeri; Magé; Mesquita; Nilópolis; Nova Iguaçu; Paracambi; Queimados; São João de Meriti; e, Seropédica). De acordo com dados de 2020, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui uma população estimada de 3.908.510 habitantes, sendo que a maioria (62,25%) se identifica como preta ou parda, o que faz desta região, a mais negra do estado do Rio de Janeiro.

⁵ O norte-fluminense possuía uma técnica de produção mais sofisticada de fabricação do açúcar.

Em consonância com esse postulado, Simões (2006) afirma que:

Em 1885 o primeiro Barão de Mesquita adquire a Fazenda Cachoeira, mas a epidemia de cólera impede a recuperação da região que entra novamente em decadência. O próprio Barão veio a morrer neste ano. Seu irmão, o Visconde de Bonfim, à época tutor do filho do Barão, cedeu parte das terras para a passagem dos trilhos EFCB [Empresa Ferroviária Central do Brasil] que viria a ser inaugurada em 1858. [...] O segundo Barão de Mesquita (Jerônimo de Mesquita) iniciou um processo de saneamento procurando viabilizar a sua ocupação. No entanto, adoeceu e pouco antes de adoecer foi homenageado com a mudança do nome da estação de Mutambo para Mesquita em 1884. Com a sua morte coube ao seu filho Jerônimo Roberto a conclusão das obras, mas a abolição da escravatura inviabilizou este projeto, lançando a região, mais uma vez, no abandono e as terras do Barão foram retalhadas. No rio da Cachoeira duas fazendas: Mata Fome e Dona Eugênia se transformam numa só, chamada Dom Felipe. É nesse período que se constrói o casarão da sede da fazenda que permanece de pé até os dias de hoje. Com a mudança da Vila de Iguazu para Maxabomba, Mesquita inicia, ainda que timidamente, um processo de crescimento econômico. As obras de saneamento no rio Sarapuí em 1896 permitem uma recuperação das terras alagadas e o início do cultivo da laranja, principalmente na encosta da Serra de Gericinó (SIMÕES, 2006, p. 157-158).

A citricultura, surgida como uma alternativa econômica na região no século XIX, teve o seu apogeu nas décadas de 1920-40⁶, atraindo uma migração camponesa nacional. Mesquita, como já era conhecida à época, acompanhou essas mudanças, sendo que o espólio da antiga fazenda Cachoeira foi dividido, tendo se transformado em chácaras, sítios de cultivo e beneficiamento de laranjas, os quais deram um novo impulso econômico.

⁶ Conforme Simões (2006, p. 157-158): “[...] o ciclo da laranja só deslanchará na década de 20, nesse período a população será predominantemente rural e o pequeno núcleo em torno da estação só receberá alguma melhoria em 1916.”.

Dessa maneira, Silva (op. cit.), esclarece que:

As áreas alagadas (do lado oposto às fazendas), facilitaram o surgimento das olarias [...]. Considera-se que a agricultura e as olarias tenham retardado a explosão demográfica em Mesquita. Dessa forma, durante as primeiras quatro décadas do século XX, sua paisagem era composta de laranjais, olarias, poucas residências e algum pequeno comércio, se comparamos com hoje em dia. Por volta de 1940, sua população atingia cerca de 9109 habitantes. A decadência da produção de laranjas provocou a venda das chácaras e o aparecimento dos primeiros loteamentos em Mesquita, entre o pé da serra e a estrada de ferro. Por outro lado, pouco a pouco, também as olarias deram lugar aos loteamentos (do lado oposto das chácaras). Já em 1950, observa-se que a população triplicou para 28835, fruto do retalhamento das chácaras ex-produtoras de laranja. [...] A Ludolf & Ludolf fecha as suas portas por volta de 1950, sua área é vendida à imobiliária Santo Elias, ocorrendo os primeiros loteamentos em 1954, e tendo, a partir daí, uma aceleração progressiva do povoamento [...] com a venda, por volta de 1960 de quase todos os lotes (SILVA, op. cit, p. 49-50).

Cabe destacar, que a partir da década de 1950, principalmente, a atração estimulada pelos loteamentos ofertados à beira da estrada, financiados a baixo custo pode ser considerado um dos fatores para a aceleração do povoamento de Mesquita, bem como de toda a Baixada Fluminense. Isto porque, provocou o deslocamento de um enorme contingente de trabalhadores de baixa renda, os quais habitavam os subúrbios, bem como de migrantes de estados fronteiriços ao Rio de Janeiro.

Desse modo, é possível confirmar a presença desses aspectos históricos da ocupação de Mesquita e/ou da Baixada Fluminense, isto é, a busca por terrenos de valor mais acessível e com grande prazo maior de financiamento, por famílias de baixa renda (SILVA, 2005). Não obstante, há um outro processo econômico importante na região, o industrial (fabril).

Para Silva (2005):

[...] em finais da década de 40 e início da década de 50, intensifica-se também o estabelecimento de indústrias estas que darão um grande impulso notadamente à economia de Nova Iguaçu. Destacam-se, neste período, a BRASFERRÓ (demolida em 2003), metalúrgica de grande porte e a IBT, também metalúrgica. A elas somam-se a PUMAR, a indústria de sombrinhas que empregava grande parte da mão-de-obra feminina, implantada em Mesquita em um período anterior: 1927. Esta fábrica permanece até os dias de hoje. A fase de industrialização do quinto distrito de Nova Iguaçu iria empregar centenas de famílias, mesquitenses, que já estavam fixadas na cidade. Os viajantes e moradores mais antigos que passaram ou viveram nestas terras em outras épocas e que foram testemunhas de uma Mesquita rica em florestas e laranjais; residências grandes e arejadas; escutaram o apito da locomotiva pela primeira vez e viram fábricas erguerem-se, contribuindo, dessa forma, para o desenvolvimento econômico da Baixada Fluminense, assistiram também tudo isso mudar: o surgimento dos loteamentos, o não investimento em infraestrutura e saneamento, a decadência das fábricas e a transformação da localidade em um lugar-dormitório, assim como as demais cidades da Baixada. Da mesma forma, assistiram e/ou participaram do movimento que elevou Mesquita, quinto distrito de Nova Iguaçu, à categoria de cidade (SILVA, 2005, p. 51-52).

No que diz respeito aos aspectos demográficos, a referência utilizada é o sítio Cidades@ do Portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A população estimada em 2021 era de 177.016 pessoas, sendo que no censo de 2010, Mesquita contava com 168.376 habitantes, correspondendo a 1,4% do total da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, tendo 90,1 homens para cada 100 mulheres. Também em 2021, a área territorial era de 41,169 km², a densidade demográfica de 4.310,48 km² e, a taxa de urbanização corresponderia a 100% da população. E, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2010, de 0,737.

Oliveira (2018) pontua que a alta densidade de Mesquita ocorre em razão de sua pequena área urbana de 14,6 km², o que colocaria o município na vigésima posição no ranking nacional e, na quinta estadual. Importante, destacar, que a maior parte de seu território é composta pela formação montanhosa Maciço Gericinó-Mendanha (divisa com o Rio de Janeiro), sendo que territorialmente é cortado em toda a sua extensão por duas linhas férreas e uma rodovia estadual, a Via Light, além do acesso à BR-116, a rodovia Presidente Dutra.

Quanto aos dados relativos à educação, Mesquita contava em 2010, com 97,9 % de sua população de 6 a 14 anos escolarizada. O número de matrículas no ensino fundamental em 2020 é de 19.086 e, no ensino médio, de 4.933, sendo que no Fundamental havia 1.146 docentes e, no médio, 413. O número de estabelecimentos de ensino fundamental era de 73 escolas e, 14 escolas, no médio. No tocante a Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), o índice na rede pública foi de 4,8 nos anos iniciais do ensino fundamental, bem como nos anos finais, de 4,0.

Em relação aos dados sanitários, o município teve em 2019, 12,75 óbitos por mil nascidos vivos (mortalidade infantil). Cabe destacar, que as internações devido a diarreias são de 0,1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado do Rio de Janeiro, Mesquita fica nas posições 54 de 92 e 63 de 92, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2396 de 5570 e 4734 de 5570, respectivamente.

Já em relação aos dados socioeconômicos, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era no ano de 2019 de 1,9 salários mínimos. O pessoal ocupado neste mesmo ano era 17.094 pessoas, chegando a uma taxa média de 9,7%. Além disso, o percentual da população com rendimento nominal mensal *per capita* de até ½ salário mínimo, em 2010 era de 36,5% e, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* em 2019, de R\$13.166,48. As atividades econômicas que compreendem o PIB do município, destacam-se a agropecuária, indústria, serviços, administração, defesa, educação, saúde e seguridade social.

Cumprir informar, que o município compõe a região metropolitana do Rio de Janeiro, tendo se emancipado⁷ no ano de 1999, de Nova Iguaçu (município vizinho). Nesse sentido, Mesquita é o município mais novo da Baixada Fluminense e do estado do Rio de Janeiro. Oliveira (2018) afirma que:

O Município de Mesquita no Estado do Rio de Janeiro, assim como muitos municípios do país detêm um alto número de moradias precárias em localidades afastadas da zona central, aonde o poder público não pôde, ainda, implementar serviços ou infraestrutura básica, como ruas asfaltadas, saneamento básico e serviços sociais de saúde, assistência e educação próximos à comunidade. Mesquita em 2018, comemora 19 anos de emancipação da Cidade de Nova Iguaçu e apesar da autonomia e dos investimentos realizados pelo Programa de Aceleração do Crescimento - PAC, ainda existe um passivo cruel para vários cidadãos relacionado à falta de habitação digna, saneamento, trabalho, transporte, educação e saúde (OLIVEIRA, 2018, p.4).

O autor supracitado afirma no mesmo trabalho, que o histórico fundiário de Mesquita é irregular, contando com uma ocupação desordenada de 35,5% do território marcado por assentamentos precários de moradias inadequadas, tais como loteamentos irregulares, favelas, vilas e conjuntos habitacionais degradados.

De acordo com o levantamento de dados do Diagnóstico Final do Plano de Habitação de Mesquita (PMM, 2012), o maior percentual de inadequações está nos agrupamentos dos seguintes bairros: Chatuba (42%); Banco da Areia, Santa Terezinha e Coréia (35,5%); BNH⁸, Rocha Sobrinho, Jacutinga e Santo Elias (38%).

Vale ressaltar, que cabe fazer algumas considerações em relação à Chatuba, a qual seria o lócus da pesquisa exploratória. Isto porque, apesar de ser o mais populoso, periférico e estigmatizado da região é considerado oficialmente, um bairro, sendo um dos

⁷ Conforme Oliveira (2018, p. 21): “O Município de Mesquita já foi o quinto distrito da Cidade de Nova Iguaçu entre os anos de 1952 e 1999, tendo sido desmembrado pela Lei Estadual nº 3.253, de 25 de setembro de 1999, e instalado em 01 de janeiro de 2001, após a primeira eleição municipal realizada no ano de 2000.”.

⁸ Conforme Oliveira (2018), a existência de conjuntos habitacionais do extinto BNH reduziria o índice.

dezessete constituintes de Mesquita, predominantemente habitado por negros, marcados pela pobreza e risco social (VETERINARIO, 2009).

Com efeito, a primeira edição do Boletim do Fórum Grita Baixada, lançado em julho de 2021, aponta que em Mesquita, 62,17% de sua população se declara preta ou parda.

Em um estudo sobre a ocupação das encostas do Maciço do Gericinó-Mendanha no bairro/favela da Chatuba em Mesquita, Barbosa et al. (2006) postulam que a forma de ocupação se daria de maneira a degradar área verde desse território, o que ocorreria mais especificamente, na subida da encosta, por conta da busca por terrenos menos valorizados.

Esse fenômeno provocado pela segregação urbana, segundo estes autores teria potencializado a erosão e o “movimento de massa”, degradando assim, a paisagem, a segurança da população e a sua qualidade de vida, principalmente, no tocante aos eventos pluviométricos de grande intensidade que seriam típicos da estação chuvosa. O fenômeno em questão estaria ocorrendo na vertente sul da Chatuba, uma das áreas mais antigas de Mesquita, na qual a comunidade estaria promovendo o desmatamento e as queimadas para ocupar o mais rápido possível as encostas. Para tanto, Barbosa et al. (op. cit.) argumentam que:

Ao longo do processo de ocupação da Chatuba, as glebas do centro urbano foram sendo ocupadas pela população de baixa renda, a princípio lentamente, nas últimas décadas, de forma acelerada. É importante destacar que nessa região, a ocupação tem ultrapassado o limite de cota 100, atingindo a área de Proteção Ambiental (APA). O processo de ocupação nas encostas do bairro da Chatuba é caracterizado pelo desmatamento e cortes em taludes para o estabelecimento das construções. Além de edificações nos terrenos inclinados, a população de baixa renda também se utiliza de atividades agropastoris, como forma de complementação de renda, usando práticas de queimadas para a limpeza do terreno, auxiliando ainda mais no processo de fragilização do solo frente às intempéries encostas (BARBOSA et al., 2006 [s/p.]).

Percebe-se, que os argumentos de Barbosa et al. (2006) destacados evidenciam uma visão estigmatizante e elitista típica de representantes da classe dominante em relação a populações favelizadas e periféricas. Os autores desconsideram a problemática da segregação urbana e questionam de forma reducionista, a ocupação irregular da área de encosta da Chatuba, a qual seria, inclusive, área de proteção ambiental.

Contudo, há bairros mais organizados do ponto de vista da infraestrutura urbana e com maior poder aquisitivo, os quais são o Centro e Juscelino (28,5%), Cosmorama, Vila Emil e Edson Passos (19,4%).

Oliveira (2018) cita dados do Censo de 2010 do IBGE, pelo qual foi verificada a existência de 53.108 imóveis instalados em Mesquita, divididos segundo o material construtivo da seguinte forma: a) alvenaria com revestimento: 46.855; b) alvenaria sem revestimento: 6.099; c) madeira aparelhada: 22; d) madeira aproveitada: 123; e, e) taipa não revestida: 10. E, ainda em relação aos dados do IBGE (2010), Oliveira (op. cit.) coloca que:

[...] amostras do IBGE 2010 demonstram que 79.548 pessoas declararam ter ocupação, sendo que 42.862 dessas declararam ter ocupação fora de Mesquita. Com relação ao deslocamento da população para o trabalho, grande parte da população exerce atividade na Cidade do Rio de Janeiro (sede da Região Metropolitana), definindo Mesquita como cidade dormitório, que por meio das três estações ferroviárias (além da conexão da linha 2 Metrô Pavuna acessada pela Via Light também), transladam milhares de trabalhadores à Capital, num ciclo vicioso da pobreza, pois não há consumo no local nem retenção de riqueza, o que inibe criação de empresas e postos de trabalho na região (OLIVEIRA, 2018, p.11).

No que diz respeito ao cadastro imobiliário de Mesquita, Oliveira (op. cit.) utiliza dados da Secretaria Municipal de Fazenda de 2018, informando que:

[...] o Cadastro Imobiliário Municipal georeferenciado com 65.851 mil imóveis cadastrados, distribuídos conforme a Lei de Abairramento, Lei Complementar nº 009 de 25/08/2009, que estabeleceu três (03) distritos e respectivos bairros, a saber: 1º Distrito: Centro,

Coréia, Chatuba, Santa Terezinha, Alto Uruguai e Edson Passos; 2º Distrito: Vila Emil, Cosmorama, Juscelino e Cruzeiro do Sul; 3º Distrito: Banco de Areia, BNH, Rocha Sobrinho, Vila Norma, Bairro Industrial, Jacutinga e Santo Elias (OLIVEIRA, 2018, p.11).

Com relação aos dados de desenvolvimento humano e socioeconômico do referido município, Oliveira (op. cit.) pontua que:

No que tange ao Índice de Desenvolvimento Humano – IDHM, dados Brasil, estatísticos do Atlas do Desenvolvimento Humano no elaborado em parceria pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea e Fundação João Pinheiro – FJP, apontam uma ligeira vantagem municipal em relação as outras cidades do Estado (43ª posição, com IDHM de 0,737), principalmente da RM (6ª posição), mas ainda assim, verifica-se a inserção num mapa de pobreza e de vida precária. A renda per capita local estimada em 2015 é de R\$ 640,37 reais e conforme apontado no Texto Analítico do PIB dos Municípios elaborado pela Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio CEPERJ, de Janeiro – Mesquita detinha um dos menores PIB do Estado (R\$12.206,00 reais) ao lado de Japeri (R\$ 13.441,00 reais) e Pinheiral (R\$13.562,00 reais), alavancados pelo setor de serviços e Administração Pública (OLIVEIRA, op. cit., p.11-12).

É possível afirmar, a emancipação que completa em 2022, vinte e três anos não garantiu a melhoria dos serviços públicos, muito pelo contrário, o município como os demais da Baixada Fluminense sofrem com o descaso governamental e, com a falta de políticas públicas estruturantes que visem de fato, a melhoria da qualidade de vida para os mesquitenses.

E, a partir da breve caracterização sócio-histórica e demográfica realizada, ficou patente que Mesquita experimentou diversos processos de segregação socioespacial,

legando a sua população ao longo do tempo, uma grande desigualdade social e econômica, o que acaba sendo refletido em sua condição sanitária.

No Capítulo 2, a seguir, será discutida a COVID-19, enquanto uma sindemia.

CAPÍTULO 2 – COVID-19: UMA SINDEMIA

No contexto da pandemia de COVID-19⁹ foi retomado o conceito de “sindemia”. Para tanto, Guimarães e Pinheiro (2021) apontam que este conceito seria o mais adequado para dar conta das desigualdades sociais e sanitárias, bem como do conjunto de comorbidades existentes em cada realidade nacional ou subnacional. O conceito de “sindemia” então, vem sendo utilizado mais recentemente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pesquisadores que entendem a COVID-19, enquanto uma questão sanitária, mas também socioeconômica. Com efeito:

Utilizado pela primeira vez pelo antropólogo e médico norte-americano Merrill Singer, na década de 1990, o termo sindemia consiste na combinação de fatores biológicos e sociais, cuja compreensão é essencial para prognósticos e para formulação de políticas de saúde. A palavra sindemia é a combinação de outras duas palavras: “sinergia”, que significa cooperação e “pandemia”, que pode ser definida como uma enfermidade que se espalha por diversos países. Partindo do pressuposto que o coronavírus não se limita a uma simples comorbidade, o combate ao SARS-CoV-2 requer uma atenção especial, conforme assinala Horton (2020), tanto às doenças crônicas quanto às desigualdades socioeconômicas e reforça o argumento, assinalando que “as sindemias são caracterizadas por interações biológicas e sociais entre condições e estados, interações que aumentam a suscetibilidade de uma pessoa a prejudicar ou piorar seus resultados de saúde” (GUIMARÃES e PINHEIRO, op. cit., p.41).

Para corroborar esse postulado Júnior e Santos (2021) em um ensaio argumentam que:

A teoria sindêmica fundamenta-se no entendimento abrangente de saúde e na perspectiva holística relacionada às influências

⁹ Conforme Dominguez (2021, p. 19): “Inicialmente chamada de 2019-n-CoV, a infecção provocada pelo novo coronavírus recebeu no nome oficial de covid-19, em 11 de fevereiro [2020]: um acrônimo do termo ‘doença por corona vírus em inglês’ (corona vírus deceased 2019).”.

dos contextos na determinação e potencialização das doenças. Conforme ressalta Mendenhall, o conceito possui três principais características: envolve o agrupamento de duas ou mais doenças em uma população; é decorrente da interação entre fatores biológicos, sociais e psicológicos; os fatores sociais, na maior parte dos casos, constituem-se na maior força para o desenvolvimento das doenças. Assim, uma sindemia ocorre a partir da interação entre doenças e condições de saúde e tem maior probabilidade de surgir em situações de desigualdade social causadas por pobreza, estigmatização, estresse ou violência estrutural. Sobre as interações, essas abrangem condições de saúde de todos os tipos. Podem ser interações entre duas ou mais doenças, potencializadas por contexto social desfavorável, ou a interação direta entre doenças e o ambiente social. No pioneiro estudo sobre sindemia, os fenômenos observados envolviam uma doença, a aids, e duas outras condições de saúde, o uso abusivo de drogas e a violência. Especificamente sobre as doenças, as sindemias podem envolver DIP, DCNT, problemas de saúde mental, obesidade e desnutrição. O quadro teórico da sindemia possibilita a construção de pontes entre a visão biológica de desenvolvimento das doenças e as forças sociais de grande escala que as favorecem, demonstrando como esses fatores interagem tanto no nível populacional como individual para agravar a carga de doenças. Além do mais, fornece uma estrutura para análise das interações entre doença-doença e condição social-doença, chamando a atenção para as conexões biossociais e as causas e consequências para a vida e o bem-estar humanos (JÚNIOR e SANTOS, 2021. p. 3).

A partir desta perspectiva, é possível observar que se trata de uma doença gravíssima, a qual somada a um conjunto de fatores socioeconômicos ganhou dimensão

catastrófica, principalmente, em países periféricos, tendo como consequência, milhões de vidas perdidas, atingindo um saldo devastador pelo mundo¹⁰.

Com o vírus se espalhando, a melhor estratégia de combate tomada foi cortar qualquer via de transmissão oral, implementando a quarentena, distanciamento social, fechamento de escolas e comércios, controlando assim a sua propagação, enquanto não havia uma solução à vista para esta grande crise sanitária e socioeconômica.

Em concordância, Dominguez (2021) afirma que:

Segundo o Boletim [Boletim Epidemiológico de 17 de janeiro de 2021 do Ministério da Saúde], a primeira medida ao atender uma pessoa considerada como caso suspeito é o isolamento – o paciente deve usar máscara cirúrgica e ser mantido preferencialmente em quarto privativo, os profissionais devem aplicar medidas de precaução padrão, de contato e de gotículas (máscara cirúrgica, luvas, avental não estéril e óculos de proteção). O segundo passo é coletar amostras respiratórias e prestar os cuidados de assistência. O terceiro é encaminhar casos graves a um hospital de referência (DOMINGUEZ, 2021, [s/p]).

Vale ressaltar, que a população mais vulnerável foi e continua sendo atacada desproporcionalmente pela COVID-19. No Brasil, pessoas com doenças pré-existentes e que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), também foram muito afetadas, pois os hospitais e as unidades básicas de saúde ficaram superlotadas com os inúmeros casos que aumentavam em progressão geométrica a cada dia, enquanto o Governo Federal não parecia querer dar uma solução efetiva ao problema socio sanitário.

Em entrevista concedida à Stéfani Fontanive do sítio Humanista (Jornalismo e Direitos Humanos), o professor Alcides Miranda¹¹, declarou que a “Troca de ministros é o sintoma de doença mais grave”, pois durante no período mais crítico da pandemia, o Brasil

¹⁰ Em reportagem do Portal de Notícias G1, de 07 de março de 2022, a qual se baseou em um recente monitoramento da Universidade de Johns Hopkins, mais de 6 milhões de pessoas morreram de COVID-19 no mundo.

¹¹ Coordenador da Comissão de Política, Planejamento e Gestão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

teve quatro ministros da saúde, e nenhum entrava em consenso com o presidente da República. A cada aparição do presidente ou do ministro da saúde, era visível que as opiniões eram contrárias, ficando claro que os ministros até então, não concordavam com a forma de condução política sanitária contra a COVID-19, pelo presidente, principalmente, em relação às vacinas. Observou-se, um “festival” de *fakenews* e a defesa de tratamentos ineficazes, confundindo a população que muitas vezes não conseguia definir muito bem quais eram as informações verdadeiras.

Até a chegada das vacinas ao Brasil, inúmeras opiniões negativas foram dadas a respeito, vindas até mesmo do Governo Federal. Porém, no dia 17 de janeiro de 2021, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aprovou o uso emergencial da vacina CoronaVac¹², dando assim início à vacinação no Brasil. Em um primeiro momento, a vacinação foi exclusiva aos profissionais de saúde, que estavam na linha de frente no combate à COVID-19, aos idosos que estavam em instituições de longa permanência e pessoas acima de dezoito anos com deficiência e que, estivessem em residências inclusivas (institucionalizadas).

A primeira pessoa a ser imunizada no Brasil foi a enfermeira Mônica Calazans¹³, em São Paulo. A vacinação da enfermeira foi transmitida em rede nacional, o que pode ser entendido como uma forma de conscientização da população para que quando chegasse a sua vez, fosse de se vacinar. Vale destacar, que cabe ao Ministério da Saúde fazer a divisão das doses e distribuí-las para os estados e municípios brasileiros.

Neste sentido, o pensador e ativista Deivison Faustino¹⁴ (2020) afirma que:

Curiosamente, o que se assistiu, em primeiro lugar, foi a sabotagem governamental às condições reais de proteção epidemiológica das pessoas mais vulneráveis no contexto da pandemia de COVID-19 e, em segundo lugar,

¹² Vacina produzida pelo laboratório chinês Sinovac em parceria no Brasil, com o Instituto Butantan. Por sua vez, após receber o Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) do referido laboratório e produzir a vacina no estado de São Paulo, o Instituto Butantan faz a distribuição nacional, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

¹³ Segundo reportagem do Portal G1 SP, a referida enfermeira, mora em Itaquera, Zona Leste da capital de São Paulo, tem cinquenta e cinco anos e atuou na linha de frente do combate à COVID-19. E mais recentemente, se desfilou do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), tendo se filiado ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). A enfermeira deve concorrer a um cargo eletivo em 2022.

¹⁴ Também conhecido como Deivison Nkosi.

teve-se a curiosa convivência dessas mortes com o projeto de austeridade defendido pelo Governo Federal. Segundo dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, a proporção de negros mortos no Brasil é 40% maior que a de brancos. Ao mesmo tempo, a análise da faixa etária, gênero e classe social dos mortos indica que o vírus pode até ser democrático, mas a sociedade brasileira não. As condições sociais e históricas de desigualdade e discriminação têm permitido distribuição desigual das condições de prevenção, tratamento e morte (FAUSTINO, 2020, p. 2).

O mesmo autor continua o raciocínio, trazendo a questão para o tema do racismo e dos interesses do Estado burguês no Brasil:

Sem políticas públicas sanitárias, a escolha de “ficar ou não em casa”, seja para o trabalho ou lazer, ficou a cargo de cada indivíduo. Diante disso, restou um debate moralizador que culpa indivíduos por irem à praia, ao bar, ao parque etc., sem, contudo, discutir a inexistência de uma política governamental articulada que evite que essas mesmas pessoas se arrisquem diariamente no transporte coletivo (sempre superlotado) e, sobretudo, em seus trabalhos assalariados ou supostamente autônomos. Para além disso, em quase nenhum momento se discutiu o quanto o racismo reserva acesso desigual às condições de proteção ao SarsCov2 e, principalmente, aos equipamentos e serviços de saúde, em caso de infecção. Em geral, espera-se que o Estado busque proteger minimamente a saúde dos seus cidadãos de forma que a própria reprodução ampliada do capital seja indefinidamente possível. O que se tem assistido no Brasil contraria essa expectativa e levanta o questionamento a respeito do que está se passando e como, e em função de quais interesses, as classes dominantes brasileiras permitem e continuam apoiando uma gestão pública com essas características (FAUSTINO, 2020, p. 2-3).

Concordando com a análise de Faustino (2020), Correia e Alvez (2021) argumentam que:

A pandemia coloca em xeque o atual modelo econômico e social no mundo e seus sistemas de saúde mercantis. Expõe o fracasso das tentativas de enfrentar as crises do capitalismo por meio do neoliberalismo e do ultraliberalismo, mais recentemente. O Estado máximo para o capital tem provocado a destruição da natureza, o aprofundamento da precarização do trabalho e o aumento exponencial da pobreza. O capitalismo na sua fase de financeirização, é devastador, pois em plena pandemia, em que o desemprego e a miséria crescem, os ricos ficam mais ricos e os bancos crescem seus lucros. Segundo um levantamento da ONG OXFAM, durante a pandemia 73 bilionários da América Latina e do Caribe aumentaram suas fortunas em US\$ 48,2 bilhões entre março (início da pandemia) e junho deste ano [2021] (CORREIA e ALVES, 2021, p. 12).

Cabe destacar, que curiosamente os registros de COVID-19 por “raça” e “cor” não estavam sendo feitos, tanto pelo Governo Federal, quanto por alguns estados e municípios, mesmo com a vigência da Portaria nº 34 GM/MS, de 01 de fevereiro de 2017, a qual dispõe sobre a inclusão e preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação e saúde (CORREIA e ALVES, 2021).

Tal ocorrência é ainda mais grave, quando é observado que o Ministério da Saúde iniciou os registros de “cor” e “raça” apenas três anos depois, a partir de 11 de abril, ao atender solicitação do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra, vinculada à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMSFC). Os argumentos em questão davam conta de que 67% dos(as) brasileiros(as) que dependem exclusivamente do SUS serem negros(as), além de serem a maioria dos pacientes com diabetes, tuberculose, hipertensão e doenças renais crônicas (DOREA, 2020).

Por sua vez, Guimarães e Pinheiro (2021) informam que após declarar oficialmente a COVID-19 como pandemia, a OMS exigiu das autoridades mundiais providências imediatas, no sentido de evitar, principalmente, o avanço da curva de contágio e impedir o

colapso dos sistemas de saúde nacionais. Os autores entendem que cada país possui especificidades sociais, econômicas, políticas e culturais, resultando em impactos diferenciados, por conta da pandemia. Tal circunstância deveria, portanto, moldar as ações governamentais de acordo com os critérios e particularidades sócio-históricas.

Quanto ao contexto de surgimento da COVID-19, Carbinatto (2020) relembra que:

Em 31 de dezembro de 2019, quando a maior parte do mundo se preparava para comemorar o ano novo, o governo da China enviou um comunicado oficial à Organização Mundial da Saúde. A mensagem alertava para um surto de “pneumonia de causa desconhecida” em Wuhan, cidade da província de Hubei. Os primeiros casos foram identificados mais cedo naquele mês. Dias mais tarde, cientistas chineses descobriram que a causa da doença era um coronavírus, da mesma família que havia causado os surtos de SARS e MERS no passado. Na época, a notícia não chamou muita atenção do mundo: não havia sequer a certeza de que a doença poderia ser transmissível entre humanos. Nem mesmo um ano estudando a Covid-19 foi suficiente para traçar suas origens. A pandemia parece ter tido início em Wuhan, na China, onde os primeiros casos foram identificados em dezembro de 2019. No começo do ano, foi amplamente noticiado que um *wet market* (um mercado de rua que vende produtos como carnes, frutos do mar e animais exóticos, geralmente com baixas condições de higiene) havia sido o epicentro da crise. Mas as informações que a ciência conseguiu ao longo do ano questionam essa ideia; hoje, acredita-se que o vírus provavelmente estava circulando antes de dezembro em outros países. A Organização Mundial da Saúde está atualmente fazendo uma investigação oficial da origem da doença. É provável, mas não totalmente confirmado, que Wuhan tenha sido mesmo o epicentro, já que a cidade foi a primeira a ter seu sistema de saúde sobrecarregado devido aos casos de pneumonia (CARBINATTO, 2020, [s/p]).

Com efeito, é a sexta vez que a OMS decreta emergência de saúde pública internacional. De acordo com Dominguez (2021):

A primeira, em 2009, foi devido à pandemia de gripe provocada pelo vírus H1N1, que estava restrito aos suínos e por uma mutação começou a infectar humanos no México, antes de se espalhar. Pelos dados oficiais da época, forma 18,5 mil mortes no mundo (mas que teriam totalizado 200 mil segundo revisões posteriores, sendo 2.060 delas no Brasil. Em 2014, a poliomielite – doença infecciosa gerada por um vírus que invade o sistema nervoso e pode causar paralisia total – saiu dos três países em que era endêmica (Paquistão, Afeganistão e Nigéria) depois de ataques contra campanhas de vacinação, atingindo Camarões, Guiné Equatorial, Etiópia, Iraque, Israel, Somália e Síria. Em 2016, a epidemia de ebola (febre hemorrágica) transmitida por contato próximo com pessoas ou animais infectados, incluindo chimpanzés, morcegos, frugívoros e antílopes da floresta), detectada na África Ocidental em março de 2014, foi decretada emergência, quando já havia perto de mil mortos na Giné, Libéria, Serra Leoa e Nigéria. No total morreram mais de 11 mil. No mesmo ano, cerca de 30 países relataram casos de bebês nascidos com microcefalia e outras malformações congênitas relacionadas com o vírus zika, disseminado principalmente por picada de mosquito. Só no Brasil foram mais de 2.100 casos. Em 2019, outro surto de ebola, na República Democrática do Congo, também recebeu o status de emergência, quando já havia 1.600 mortos (DOMINGUEZ, 2021, [s/p]).

No que diz respeito a Mesquita (RJ), de acordo com dados oficiais, o município teve 5.737 casos e 543 mortos pela COVID-19 até o presente momento, sendo que mesmo com os avanços da vacinação, os cuidados não foram suspensos, o uso de máscara ainda foi obrigatório durante um grande período.

Já em consulta ao sítio Bem Estar¹⁵, do Portal de Notícias G1 SP, o número de casos é um pouco abaixo, 5.746, mas o número de mortos pela COVID-19 permaneceu o mesmo, sendo que o número de casos por 100 mil habitantes é de 3.246,03. Há ainda, outros dados relevantes, o de mortes por 100 mil habitantes, 306,75, bem como o de letalidade que identifica no município a média de 9,45% e, no Brasil, de 1/91%.

Não obstante, por um determinado período ficou sem doses da vacina contra a COVID-19, mas a Clínica da Família França Leite, promoveu uma campanha de conscientização sobre a COVID-19 para os moradores da Chatuba, onde está localizada, alertando que os cuidados não poderiam parar, e que com isso, cada vez mais os casos tenderiam a diminuir, e com a chegada das doses, tudo retornaria ao “normal” (PMM, 2021).

Um ponto positivo neste contexto é o de que Mesquita é considerado um município de pequeno porte, o que pode contribuir sensivelmente para uma rápida vacinação, promovendo uma queda nos atendimentos e internações de casos graves. Além disto, de acordo com a coordenadora de Atenção Básica, Tayllany Zimmerer, em uma publicação no portal de notícias da Prefeitura Municipal, Mesquita adotou uma estratégia de descentralização dos atendimentos, evitando aglomeração, possibilitando uma maior proximidade com os moradores e, o retorno de profissionais de saúde para os locais onde são mais necessários (PMMb, 2021).

Como afirmado no Capítulo 1, Mesquita faz parte Baixada Fluminense, contando com um ciclo de disputas entre os setores que detinham interesse na exploração da economia agrícola, bem como dos setores interessados na expansão das fronteiras urbanas da metrópole do Rio de Janeiro.

Vale ressaltar, que todo este contraditório contexto de disputas e modificações, acabou levando à desestruturação da economia agrícola e, à predominância da periferização da Baixada Fluminense, o que por sua vez, legou uma extrema desigualdade socioeconômica. Isto porque, Mesquita, assim como toda a região, foram palco do início de uma urbanização acelerada e incorporação de seu território à metrópole fluminense, até

¹⁵ Os dados em questão foram atualizados no dia 09 de abril de 2022, às 21 horas e 15 minutos, sendo tabulados pelo pesquisador Wesley da Costa, da Universidade Federal de Viçosa.

então, distrito federal, tendo abarcado por um tempo, tanto regiões urbanas periferizadas, quanto áreas rurais (SILVA et al, 2019).

Com efeito, as desigualdades sociais da Baixada Fluminense estão presentes desde a sua criação, fazendo com que não possua de forma efetiva infraestrutura, bastando perceber as dificuldades de acesso em relação à mobilidade urbana, saneamento básico, violência urbana, serviços de saúde, habitação popular, entre outros aspectos, o que não é diferente para Mesquita.

Com relação aos dados de 2013, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Índice Gini, o qual mede a desigualdade social, apontou que o referido município apresentou um aumento de 0,02%, no período de 1991 a 2010. E que, no ano de 1991, o Índice de Gini era de 0,45, tendo passado para 0,47 em 2000 e se mantendo neste patamar no ano de 2010, último ano de informação.

Diante do exposto, é possível afirmar que Mesquita vivencia um contexto de sindemia de COVID-19. Isto porque, para Júnior e Santos (2021):

O nível social denota a importância determinante das condições de vida na saúde de indivíduos e populações. Em última análise, fatores sociais como pobreza, estigmatização, racismo, sexismo, ostracismo e violência estrutural podem ser muito mais decisivos na determinação das doenças do que a natureza dos patógenos ou condição corporal dos indivíduos. As interações das doenças nos níveis biológico e populacional são amplificadas diante de condições de vulnerabilidade estrutural e extrema desigualdade. A teoria sindêmica fornece estratégias potentes para identificar como fatores sociais, políticos, econômicos e ambientais criam e perpetuam as vulnerabilidades que influenciam no aumento da morbimortalidade das populações (JÚNIOR e SANTOS, 2021, p. 4).

A seguir, a questão das desigualdades sociais será retomada no Capítulo 3, no âmbito da discussão sobre os determinantes sociais da saúde no município de Mesquita.

CAPÍTULO 3 - DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM MESQUITA

(RJ)

Além de realizar uma breve caracterização sócio-histórica e demográfica de Mesquita (RJ) e discutir a COVID-19 como uma sindemia, neste Capítulo serão problematizadas as noções de “determinação social da saúde” e, de “determinantes sociais da saúde” para que seja possível compreender os possíveis impactos neste município.

Quanto à noção de “determinação social da saúde” é importante destacar que o seu referencial teórico é o materialismo histórico-dialético, de Marx e Engels, consistindo no processo de trabalho, a dimensão da determinação do processo de adoecimento, pois é o mediador das relações estabelecidas entre o homem e a natureza e, entre os próprios homens, ou seja, a crítica central é ao sistema capitalista. Deste modo, a noção de “determinação social da saúde” tem um contexto histórico explicitado em Garbois et al. (2017), quando cita Laurell (1983), conforme trecho destacado abaixo:

No final dos anos 1970, houve um profundo questionamento do paradigma biomédico da doença, que a conceituava como um fenômeno biológico individual. Esse movimento de crítica se situa em um contexto social marcado pela dificuldade da Medicina na produção de um novo conhecimento que fosse capaz de compreender e explicar a causalidade dos principais problemas de saúde que emergiam nos países industrializados, como as doenças cardiovasculares e os tumores malignos (LAURELL, 1983 apud GARBOIS et al., 2017, p. 64).

Entretanto, a noção de “determinação social da saúde” foi substituída pela de “determinantes sociais da saúde” como afirmam os autores supracitados, mesmo tendo ocupado na virada do século XX para o XXI, posição central nos debates internacionais acerca das relações entre saúde e sociedade. Assim, a referida noção foi retomada posteriormente na agenda mundial, tendo como base uma perspectiva teórico-metodológica bem diferenciada, ou seja, a noção de “determinantes sociais da saúde” (ALMEIDA-

FILHO apud GARBOIS et al., 2017, p. 65). E, em relação à noção de determinantes sociais da saúde, Garbois et al. (2017) afirmam ainda que:

[...] na entrada do século XXI, a OMS [Organização Mundial da Saúde], por meio da criação da já citada comissão [Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde], retoma a discussão do social na análise e compreensão do processo saúde-doença, a partir da noção de ‘determinantes sociais da saúde’. Essa noção explicita a reificação do social e a necessidade de caracterizá-lo como um domínio específico e limitado da realidade, além de tratá-lo como algo externo ao sujeito coletivo/individual, algo estabelecido ‘a priori’: uma medida precisa, estática, fixa [...] (GARBOIS et al., 2017, p.73).

A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) foi criada em 2005, tendo sido convocadas autoridades de diversos países com o intuito de se chegar a uma decisão coletiva para combater as expressivas desigualdades em saúde. Dessa maneira, as condições de vida são entendidas como as determinadas pela posição ocupada pelos indivíduos na hierarquia social. Segundo Garbois et al. (2017), o referido conceito teria sido inspirado no modelo de Dahlgren e Whitehead. E, com base no documento da CDSS de 2008, Garbois et al. (op. cit.) afirmam que:

Nesse modelo, os determinantes sociais da saúde são abordados em camadas, desde aquelas que expressam as características individuais, até as que incluem os macrodeterminantes do processo saúde-doença. Assim, conforme a figura, os indivíduos encontram-se na base desse modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos. A camada seguinte, representada pelos comportamentos e estilos de vida individuais, encontra-se no limiar entre aqueles fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, além de serem dependentes de opções individuais, são também dependentes dos DSS, como o acesso a informações e alimentos saudáveis, lazer, entre outros. A camada seguinte

é representada pelas redes comunitárias e de apoio, que conformam redes de solidariedade e expressam, em maior ou menor grau, de acordo com a sua organização, o nível de coesão social. Logo após, encontram-se os fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho dos indivíduos, disponibilidade de alimentos, assim como o acesso a serviços essenciais, como saúde e educação, indicando os diferenciais de vulnerabilidade a que estão expostos os indivíduos que se encontram em condição de pobreza. Por fim, a última camada expressa os macrodeterminantes relacionados com as condições econômicas, sociais e ambientais em que vive a sociedade, assim como os determinantes supranacionais como o processo de globalização (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008 apud GARBOIS et al., 2017, p. 66-67).

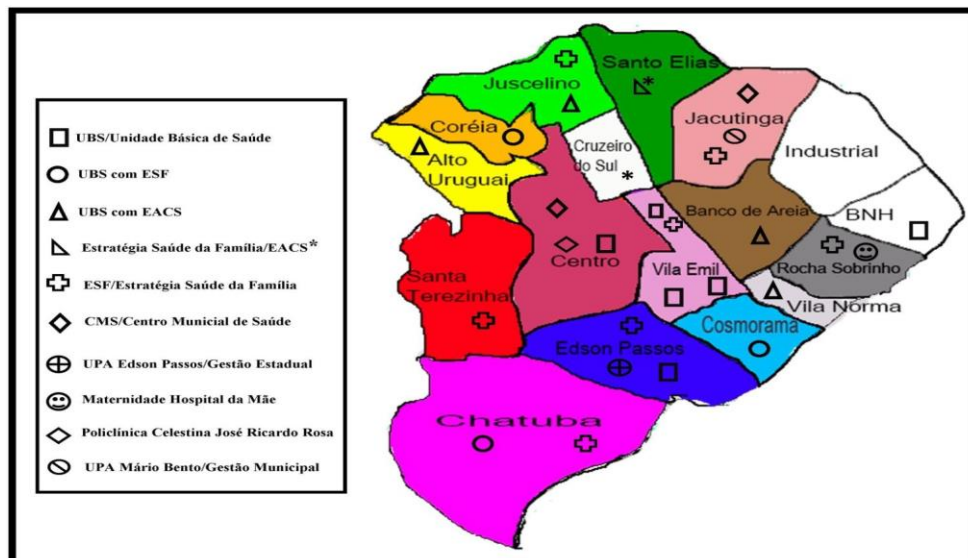
No ano de 2010, a OMS estabeleceu uma nova mudança conceitual relativa à noção dos “determinantes sociais da saúde” (DSS), a partir do modelo de Solar e Irwin (2010). Garbois et al. (op. cit.) postulam o seguinte a respeito:

Em 2010, a OMS estabelece um novo marco conceitual sobre os DSS, sintetizado a partir do modelo proposto por Solar e Irwin (2010), e que foi adotado no ano seguinte, na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde de 2011, sendo incluído no relatório 'Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde' (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011). Nesse modelo [...], os determinantes estruturais operam por meio de um conjunto de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde. A 'estrutura' expressa como os mecanismos sociais, econômicos e políticos dão origem a um conjunto de posições socioeconômicas, em que as populações são estratificadas de acordo com a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia e outros fatores. Essas posições socioeconômicas, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde

(determinantes intermediários) e refletem o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais. Entre os fatores contextuais relacionados com a produção e manutenção da hierarquia social, os autores destacam: 1) estruturas de governança formais e informais relacionadas com mecanismos de participação social da sociedade; 2) políticas macroeconômicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de mercado e a estrutura do mercado laboral; 3) políticas sociais nas áreas de emprego, posse de terra e habitação; 4) políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, assim como a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social e 5) aspectos relacionados com a cultura e com os valores sociais legitimados pela sociedade (SOLAR; IRWIN, 2010 apud Garbois et al., 2017, p. 67).

Tendo tratado das noções de “determinação social da saúde” e “determinantes sociais da saúde”, cabe discuti-las no contexto do município de Mesquita, o qual teria uma grande vantagem por ser pequeno e novo, pois neste ano completará vinte e três anos de emancipação do município de Nova Iguaçu, tendo conseguido avançar bastante na vacinação contra a COVID-19. Segue abaixo, o **Mapa – Unidades de Saúde por Bairro de Mesquita (RJ)**.

MAPA – UNIDADES DE SAÚDE POR BAIRRO DE MESQUITA (RJ)



Fonte: PMM (2017, p. 9).

Vale destacar, que apesar de ser considerado o mais novo município da Baixada Fluminense, não tem hospitais de referência, e muito menos Unidades Básicas de Saúde (UBS) em boas condições. Até mesmo antes da pandemia, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), eram ambientes totalmente degradados com infraestrutura deficiente, não garantindo o mínimo de dignidade aos seus usuários. A maioria dos moradores que dependem da rede pública de saúde, acaba tendo que se dirigir ao Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI), o qual é referência em toda a Baixada Fluminense.

De todo modo, é importante pontuar que durante os momentos de pico da pandemia o HGNI não suportou o aumento progressivo de demanda, tendo ficado superlotadas, assim como outros hospitais no estado do Rio de Janeiro.

Em dois anos de pandemia, ficou evidenciada a influência dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) na vida da população mais pobre, num país extremamente marcado pela desigualdade como o Brasil, muitas pessoas foram impossibilitadas de seguir as medidas de prevenção propostas pela OMS, e se expuseram ao vírus aumentando o risco de infecção, o que não foi diferente em Mesquita.

Para tanto, basta citar que o nível de mortalidade foi tão alto no Brasil, também por conta de a população não ter tido condições para ficar em casa, ou então por não ter água limpa e não poder seguir as orientações de higiene para a prevenção contra a COVID-19. Cumpre lembrar, que os indicadores de acesso à água potável e saneamento básico em toda a Baixa Fluminense demonstram a ineficiência do serviço e os impactos na saúde de sua população.

Quanto ao Governo Federal, houve a estratégia de auxílio aos mais vulneráveis, a partir do desenvolvimento do “auxílio emergencial”, o qual teria o objetivo de manter as pessoas em casa para não haver propagação do vírus.

Contudo, este auxílio foi mal distribuído e muitas pessoas que não se enquadraram nos critérios de recebimento, receberam, e pessoas que realmente precisavam, não foram consideradas aptas, tendo que sair de casa para buscar o seu sustento e o de sua família. O aplicativo criado continha muitas falhas em seu sistema, o que contribuiu enormemente para que muitas pessoas como militares e servidores públicos recebessem o benefício de maneira indevida.

Como afirmado no Capítulo 1, em Mesquita, o salário médio mensal dos trabalhadores formais no ano de 2019 era de 1,9 salários mínimos, sendo que o pessoal ocupado no mesmo ano era de 17.094 pessoas, gerando uma taxa média de 9,7%. E, o percentual da população com rendimento mensal per capita de até ½ salário mínimo era de 36,5% em 2010. A partir desses dados, é possível inferir que a população mesquitense é de baixa renda, possuindo baixa inserção no mercado formal de trabalho, o que leva à conclusão de que necessitou em grande medida do “auxílio emergencial” do Governo Federal. Além disso, uma população de baixa renda, acaba tendo mais problemas de saúde, necessitando utilizar mais os serviços públicos, do qual dependem exclusivamente.

Deste modo, Souza (2020) argumenta que:

[...] não se pode deixar de reconhecer que a pandemia, evidentemente, agravará algumas expressões da questão social, especialmente, o desemprego. Inclusive, a narrativa neoliberal oscila entre um discurso a favor das medidas de prevenção (como afastamento social) e a famigerada defesa da economia, sob o subterfúgio de que a bancarrota (e a miséria que supostamente surge daí) matará mais do que a COVID-19. É necessário analisar essa questão tendo em vista sua dimensão histórico-social, bem como sopesar esse discurso, uma vez que boa parte dos seus porta-vozes são grandes empresários, personificações do grande capital, ou ainda, seus aliados no âmbito político ou midiático. Trata-se de uma tergiversação que ignora ou falsifica o fato de que é o capitalismo que, historicamente, gera a desigualdade social e o desemprego, sendo elementos que lhes são estruturais (SOUZA, 2021, p. 2476).

Cumprido lembrar, que com os hospitais superlotados em situação crítica por conta da COVID-19, os leitos foram sendo ocupados crescentemente a cada dia, na mesma medida do aumento do número de casos, fazendo com que os hospitais públicos entrassem em colapso. A falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), falta de cilindros de oxigênio e de profissionais de saúde para suprir a demanda fizeram com que o sistema

público começasse a dar sinais de saturamento, o que não foi diferente no caso da Baixada Fluminense, inclusive Mesquita.

Como medida emergencial, o Governo Federal brasileiro desenvolveu mais uma estratégia, construir hospitais de campanha. Estes hospitais foram construídos com o objetivo de suprir a superlotação nos hospitais e, dessa forma garantir o acesso aos serviços de saúde, no âmbito do enfrentamento e tratamento de casos graves de COVID-19.

No entanto, assim como a outra estratégia, essa também foi burlada. Os políticos viram nos hospitais de campanha uma oportunidade de desvio de verba, ou seja, uma alternativa para ajudar a população foi surrupiada, desfavorecendo ainda mais as minorias que continuavam a morrer a cada dia por falta de leitos.

Quanto aos dados em relação à COVID-19, Mesquita não teve destaque negativo, apresentando até o momento, como já afirmado anteriormente, 5.737 casos e 543 mortos. Contudo, é importante lembrar que há grande possibilidade de subestimação, pois a subnotificação é frequente a nível mundial.

Outro conjunto de dados que chama atenção é o relativo à violência, o qual indica que há no município, 306,75 mortes por cem mil habitantes e, o de letalidade que identifica que a média de Mesquita, 9,45% supera em muito a do Brasil, 1/91%.

Diante do exposto, foi possível evidenciar o contexto de desigualdades sócio-sanitárias no município de Mesquita (RJ), partindo da caracterização dos respectivos determinantes sociais da saúde. Isto porque, foram identificadas as condições de vida precária de grande parte da população mesquitense, o que não é diferente das demais áreas periféricas no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em todos os dados apresentados na monografia, é possível observar inúmeras críticas ao Governo Federal no enfrentamento à pandemia de COVID-19. Estratégias de apoio à população mal sucedidas por conta da corrupção, demora no início da vacinação, recomendações de medicamentos sem eficácia comprovada, informações incoerentes e falsas divulgadas pelo próprio presidente da república.

A troca de ministros da saúde por não entrarem em acordo com as decisões do presidente, deixou a população sem saber o que fazer. Pois, para alguém que é responsável pelo sustento de sua casa e família é inviável ficar em casa sem trabalhar, porém naquele período a quarentena era primordial para evitar a circulação do vírus.

No entanto, as informações vindas do Governo Federal diziam o contrário, para que a população não parasse de trabalhar porque o Brasil não tinha condições de parar com a economia.

E com esses pronunciamentos, a população foi desacreditando cada vez mais nas medidas de proteção e começando a não acreditar no que a OMS dizia. E, a partir disso, milhões de brasileiros morreram, por conta da irresponsabilidade de um governante, pela falta de posicionamento e preocupação com a população do país. Portanto, o grande número de mortos é de responsabilidade das autoridades, que não tiveram competência para lidar com esta situação.

Para a realização da monografia, inúmeras dificuldades foram enfrentadas para o recolhimento de dados. Por muitas vezes entrar em contato com profissionais que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita foi um esforço em vão, pois eles não deram o mínimo de credibilidade.

No recolhimento de informações sobre o município de Mesquita durante a pandemia da COVID-19, também houve dificuldades, pois as informações foram completamente encobertas e não havia informações claras nos portais de transparência. Porém, com muito esforço a monografia foi concluída com as informações disponíveis.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, D. R.; SOUZA, R. H. L. de; SILVA, B. R. da; MENDONÇA, J. R. A *ocupação das encostas do Maciço do Gericinó-Mendanha no bairro da Chatuba em Mesquita*. Anais do VI Simpósio Nacional de Geomorfologia (VI SINAGEO), Goiânia (GO), 7 e 10 set. 2006.

BEM ESTAR CORONAVÍRUS/PORTAL G1 SP. *Mortes e casos de coronavírus nos municípios brasileiros*. [Mesquita – RJ]. Publicado em: 10 abr. 2022. Disponível em: <<http://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/2021/mapa-cidades-brasil-mortes-covid/rj/mesquita/>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

CARBINATTO, B. *Há um ano, a Covid-19 era identificada. Veja o que aconteceu desde então – mês a mês*. Super Interessante. Publicado em: 31 dez. 2020. Disponível em: <<https://super.abril.com.br/sociedade/ha-um-ano-a-covid-19-era-identificada-veja-o-que-aconteceu-desde-entao-mes-a-mes/>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

CORREIA, M. V. Costa; ALVES, P. K. L. Pandemia, desigualdade social, determinação social do processo saúde e doença: quem são os mais atingidos? In: LIMA, A. S.; CORREIA, M. V. C. (orgs.). *Determinação Social da saúde e enfrentamento da COVID-19: o lucro acima da vida*. Maceió, AL: EDUFAL, 2021, p. 9-23.

DOMINGUEZ, B. Alerta Global – Novo Coronavírus é a sexta emergência em saúde pública de importância internacional declarada pela OMS. Rio de Janeiro, *RADIS*, n. 10, mar., p. 14-20, 2021.

DOREA, M. *Ministério da Saúde mostrará etnia das vítimas da pandemia*. Publicado em: 10 abr. 2020. Disponível em: <<https://blogdadacidania.com.br/2020/04/ministerio-da-saude-mostrara-etnia-das-vitimas-da-pandemia/>>. Acesso em: 05 mar. 2022.

FAUSTINO, D. M. *A questão étnico-racial em tempos de crise*. [Boletim 18]. ANPOCS/SBS/ABA/ABCP/ACSRM, 20 nov. 2020.

FONTANIVE, S. *Covid-19: “Troca de ministros é sintoma de doença mais grave”, afirma especialista em saúde coletiva*. Publicado em: 25 mar. 2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/humanista/2021/03/25/covid-19-troca-de-ministros-e-sintoma-de-doenca-mais-grave-afirma-especialista-em-saude-coletiva/>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

FÓRUM GRITA BAIXADA. *Boletim Racismo e Violência na Baixada Fluminense*. Baixada Fluminense, jul., p. 1-4, 2021.

GARBOIS, J. A.; Sodré, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.41, n.112, p.63-76, jan.-mar., 2017, p.63-76.

GUIMARÃES, K. C.; PINHEIRO; S. S. M. O desgoverno Bolsonaro e o Novo Coronavírus: uma análise preliminar sobre o impacto social dessa combinação no Brasil. *Serviço Social em Perspectiva*, Montes Claros (MG), vol.5, n.1, jan./jun. 2021, p.32-50.

JÚNIOR, J. P. B.; SANTOS, D. B. dos. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. Rio de Janeiro, *Cad. Saúde Pública*, vol. 37, n. 10, p. 1-14, 2021.

LIMA, F. C. M. de. *Mesquita-RJ em foco: a história da Baixada Fluminense e as relações identitárias na educação básica*. Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado Profissional em Ensino de História (PROFHISTÓRIA), Departamento de História da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2019, 216 p.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da História*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, p. 249, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MESQUITA. *Clínica da França Leite conscientiza moradores sobre a COVID-19*. Publicado em: 13 fev. 2021. Disponível em: <mesquita.rj.gov.br/semus/2021/02/13/clinica-da-familia-franca-leite-conscientiza-moradores-sobre-a-covid-19/>. Acesso em: 25 mar. 2022.

_____. *Diagnóstico Final do Plano de Habitação de Mesquita*. [Plano Municipal de Habitação de Mesquita]. Brasília: Ministério das Cidades/Prefeitura Municipal de Mesquita, 2012.

_____. *Carteira de Serviços – Relação de Serviços Prestados na Atenção Básica (inclui Carta dos Direitos aos Usuários da Saúde)*. Prefeitura Municipal de Mesquita/Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MESQUITA. *Atendimento a casos da COVID-19 será descentralizado em Mesquita*. Publicado em: 03 jul. 2021. Disponível em: <mesquita.rj.gov.br/semus/2021/07/03/atendimento-descentralizado-covid-19-mesquita/>. Acesso em: 25 mar. 2022.

OLIVEIRA, D. S. M. de. *Habitação e regularização fundiária em Mesquita/RJ*. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola Nacional de Administração Pública: Brasília (DF), out., 2018.

PNUD. *Atlas de Desenvolvimento Urbano do Programa das Nações Unidas*. [Perfil Mesquita (RJ) – 2013]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/saojoaodemereti_rj>. Acesso em: 10 abr. 2022.

PORTAL G1. *Mais de 6 milhões de pessoas morreram de Covid-19 no mundo, diz levantamento.* Publicado em: 07 mar. 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2022/03/07/mundo-ultrapassa-6-milhoes-de-mortes-por-covid-19-diz-universidade.ghtml>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

PORTAL G1 SP. *Enfermeira Mônica Calazans, 1ª pessoa a ser vacinada contra a Covid no Brasil, filia-se ao MDB.* Publicado em: 05 jan. 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/01/05/enfermeira-monica-calazans-1a-pessoa-a-ser-vacinada-contr-a-covid-no-brasil-filia-se-ao-mdb.ghtml>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SIMÕES, M. R. *A Cidade Estilhaçada: reestruturação econômica e emancipações municipais na Baixada Fluminense.* Tese de Doutorado. Doutorado em Geografia, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Departamento de Geografia, Instituto de Geociências, Centro de Estudos Gerais, Universidade Federal Fluminense. Niterói: Universidade Federal Fluminense (UFF), 2006. 315 p.

SILVA, M. F. de S. *Das Terras de Mutambó ao município de Mesquita-RJ: memória da emancipação nas Vozes da Cidade.* Dissertação de Mestrado. Linha de Pesquisa, Mestrado em Memória Social e Documento, Centro de Ciências Humanas, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro: UNIRIO, 2015. 167 p.

SILVA, P. C. B. da; JUNIOR, R. R. de O.; BORGES, M. S. *Cenários de desigualdades territoriais no Brasil: Um estudo sobre a Baixada Fluminense (RJ).* Anais do XVIII ENAMPUR, Natal (RN), 27 a 31 mai., 2019.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health. *Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: WHO, 2010.

SOUZA, D. de O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre a sua determinação social. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 25 (supl.1), p. 2469-2477, 2020.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: TCE-RJ, 2016.

VETERINARIO, T. S. de O. *Atravessamentos do feminismo, periférico e pedagógico; o ser-mulher na comunidade da Chatuba: uma análise dos sujeitos femininos de uma escola municipal.* Anais do IV Seminário Internacional Desfazendo Gênero: corpos dissidentes, corpos resistentes: do caos à lama. Recife (PE), 13 a 15 nov. 2019.