



GT – “5”: “Crise e crítica: a urbanização contemporânea e os limites da reprodução social”

VIGILÂNCIA EM SAÚDE INTEGRADA A TERRITORIALIZAÇÃO:

A importância do uso de indicadores de saúde, em Seropédica (RJ), no contexto da pandemia da COVID-19.

Débora Gaspar Soares
Escola Nacional de Ciências e Estatísticas – ENCE/IBGE.
deboragirassol@ufrj.br

Wagner Lopes Soares
Escola Nacional de Ciências e Estatísticas – ENCE/IBGE.
wagner.soares@ibge.gov.br

Ivan Paulo Bianco da Silva
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ.
ivanrural@gmail.com

RESUMO:

Este artigo discute a importância da territorialização em saúde para manejo e prevenção da COVID-19 em Seropédica no Rio de Janeiro, Brasil. O objetivo desse trabalho foi identificar o grau de desigualdades sociais em Seropédica, durante a pandemia da COVID-19, e analisar se essas áreas são de saneamento inadequado. Foi realizada uma pesquisa quantitativa utilizando os indicadores de saúde do Painel Síntese por Município desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e o Índice de Desigualdades Sociais para Covid-19 (IDS-COVID-19) elaborado pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS). Apresenta uma avaliação da capacidade instalada (estrutura) desse município para

atender as necessidades da população durante a pandemia da COVID-19. Por fim, esse trabalho reverbera que os indicadores apresentam alto grau de desigualdades sociais para o município de Seropédica. Como também, que a pandemia não está sendo igual para todos. A morte por COVID-19 tem cor!

Palavras-chave: COVID-19, Indicadores de saúde, Vulnerabilidade Social.

1. INTRODUÇÃO

Um diagnóstico socioambiental dos espaços territoriais é um elemento chave para o diagnóstico das áreas vulneráveis à maior incidência da COVID-19, preestabelecendo-as como prioritárias nas ações preventivas, principalmente aquelas atinentes à informação que visa à redução do contágio, assim como as políticas de transferência de renda e apoio social à população, pois representam uma espécie de colchão ao ajudar amortecer os impactos de uma pandemia. Por consequência, o presente trabalho enfatiza o entendimento do espaço em saúde como uma ambiência constante, e de modo algum como um sistema encerrado, que necessita, urgentemente, lutar por justiça territorial. Nesse Brasil em que me agrada apenas a alegre prata, a “queda dos referenciais” (LEFBREVE, 2009) comum para um constante porvir, não possibilita futuro sem mudanças.

A justiça territorial como mixórdia, deflagra as milhares de pessoas sem teto, comida, energia, acesso a água, e segurança, para o *Globalitarismo* (SANTOS, 2000) avesso à identidade da pluralidade sociocultural. Nesse sentido, esse estudo discutiu tanto a pandemia da COVID-19 quanto os grupos que foram mais afetados, reconhecendo que a doença não se propagou tampouco teve o mesmo efeito indistintamente. Em outras palavras, esse debate interno da Geografia apresentou que o espaço em saúde reflete as desigualdades socioeconômicas e socioambientais implacáveis para os estratos sociais minoritários, marginalizados, considerados residuais, desnecessários ou não relevantes para uma economia da saúde globalizada e financiadora de um Sistema de Políticas em Saúde.

Como efeito, torna-se importante ressaltar que as doenças virais emergentes são consideradas ameaças ao saneamento ambiental. Duas experiências que servem de lição sobre o impacto de problemas de saúde global são as pandemias de influenza ocorridas no século XX (nos anos 1918, 1957 e 1968) (KILBOURNE, 2006) e a

pandemia de HIV/AIDS (PIOT e QUINN, 2013). Dessa forma é necessária memória, história, e uma cultura de prevenção para a reconstrução dessa sociedade globalizante, da qual necessita tanto do revigoramento do convívio familiar e comunitário, quanto de ações em saúde de prevenção e atenção a condição de violência, isolamento e exclusão¹, que se caracterizam como conjunturas específicas de vulnerabilidade social.

Em consonância com a Pesquisa Nacional de Saúde - Indicadores de saúde e mercado de trabalho (IBGE, 2013), o presente estudo posiciona-se no sentido contrário ao pedantismo de um arquétipo de Sistema Único de Saúde (SUS) com todas as condições para promover a todos o acesso a cuidados de saúde de qualidade (Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável), isso seria enxugar gelo. Torna-se importante reiterar que a pandemia da COVID-19 asseverou, especialmente no Brasil, as precariedades no acesso a saúde impostas pelas desigualdades sociais. Não se pode apenas versejar ou isso ou aquilo, nessa conjuntura é imprescindível o uso de Indicadores de saúde porque subsidiam as ações de promoção da saúde, fundamental aparato e instrumental para o fortalecimento da atuação do (SUS) que possibilita ações preventivas, melhora das condições de vida e consequente redução das vulnerabilidades e riscos provindos dos determinantes sociais de saúde.

Diante do exposto, esse estudo evidencia o conceito elaborado em 2008 e que foi deliberado de maneira conjunta com a proposta *One World, One Health* (Um Mundo, uma Saúde) pela OMS², que orienta sobre a promoção da saúde coletiva a partir da análise da interação entre as três dimensões – humana, animal e ecossistêmica – constituindo-se como fundamento para a compreensão da história natural de algumas condições ou surto, epidemia, pandemia e endemia. Por conseguinte, esse trabalho traz, contiguamente, à apresentação da contextualização da proposta, objetivos, justificativa e metodologia empregadas no mesmo.

¹ Segundo Bezerra e Salaroli, (2022, p.21): No entanto, boa parte da massa trabalhadora não teve acesso a esse auxílio.

² O Conceito de Saúde Única (One Health) trata-se: Esse conceito, bastante utilizado na medicina veterinária, busca contribuir para o desvelamento da complexa causalidade de algumas doenças, em especial as zoonóticas, e, assim, promover a saúde coletiva (ONE HEALTH COMMISSION, 2019; ARAUJO; SILVA; LEAL, 2020).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a elaboração desse trabalho foi necessária a análise do Painel Síntese por Município desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e o Índice de Desigualdades Sociais para Covid-19 (IDS-COVID-19) elaborado pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS). Essa seleção de indicadores de saúde permite analisar a situação de desigualdade social em saúde por município em relação a todos os municípios do Brasil. Notadamente, o presente estudo estratificou para área de atuação da Unidade de Pronto Atendimento (UPAs) de Seropédica no bairro Incra.

Diante do exposto, o software utilizado nesse trabalho, e para aplicação das ferramentas de Sistemas de Informações Geográficas (SIG) foi o Quantum GIS 2.8, versão Wien, um software livre licenciado sob a GNU General Public License. Esse constitui um projeto oficial da Open Source Geospatial Foundation (OSGeo) já consolidado há alguns anos. O Quantum GIS fornece um conjunto vasto de operações através de suas principais funções e complementos (plug-ins). Portanto, o presente estudo tanto conseguiu visualizar, gerenciar, editar, analisar os dados de saúde como compor mapas impressos para análise da cartografia temática em saúde.

Abaixo o quadro 1 apresenta os indicadores analisados para esse trabalho.

Quadro 1: Indicadores utilizados no estudo.

Indicador	O que mede?	Como mensura?	Limitação	Fonte
IDS-COVID-19	Este índice mede as desigualdades sociais em saúde associadas com a Covid-19. Ele é formado por três domínios: Socioeconômico, Sociodemográfico e Dificuldade de acesso a serviços de saúde.	- Mapas coropléticos. - Séries temporais. - Os quintis que variam de situação: de muito baixa desigualdade social em saúde (quartil 1) para a situação de muito alta desigualdade social em	Falta de disponibilidade de dados atualizados para todos os municípios que deem conta da múltipla determinação da desigualdade social em saúde para Covid-19. Assim, não foi possível incorporar dados sobre comorbidades, desemprego, clima, socioambientais, entre outros. Impossibilidade de identificação dos casos epidemiológicos por bairros.	Portal CIDACS: CIDACS. Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde. Índice de Desigualdade Social para Covid-19 (IDS-Covid-19), Definições do Índice. FIOCRUZ/BAHIA. 2022. Disponível em: https://cidacs.bahia.fiocruz.br/idsocovid19/ Acesso em: junho 2022.

		saúde (quartil 5).		
Painel COVID-19 síntese por Municípios	O Painel reúne dados provenientes de pesquisas do IBGE, bem como dados do Ministério da Saúde (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES) e da Fiocruz/Brasil.IO, apresentados em três categorias: população vulnerável, capacidade de resposta do Sistema de Saúde e acompanhamento da pandemia.	- Mapas coropleticos. - Séries Temporais. - Graduação por quartil como baixa, média, alta, e muito alta complexidade.	Falta de disponibilidade de dados atualizados para todos os municípios que deem conta da múltipla determinação da desigualdade social em saúde para Covid-19. Assim, não foi possível incorporar dados sobre comorbidades, desemprego, clima, socioambientais, entre outros. Impossibilidade de identificação dos casos epidemiológicos por bairros.	Portal IBGE: IBGE.COVID-19. in IBGE.Painel Síntese por Municípios. Disponível em: < https://covid19.ibge.gov.br/paineis-sintese/ >. Acesso em 04 de agosto de 2022.

Fonte: Elaboração própria.

O presente estudo também trouxe graficamente a identificação das curvas do padrão epidemiológico dos casos confirmados e de óbitos pela Doença do Coronavírus (COVID-19) em Seropédica no Rio de Janeiro no período pandêmico, ou seja, traz a observação do comportamento geral de novos casos – também conhecido como incidência – e dos óbitos ao longo das semanas epidemiológicas do período de março de 2020 a fevereiro de 2022.

Em continuidade, são expostos e debatidos os resultados a partir do estudo desse conjunto de vários indicadores de saúde importantes para o planejamento de ações de apoio ao enfrentamento da pandemia, como o Painel Síntese por Município desenvolvido pelo IBGE, e

o Índice de Desigualdades Sociais para Covid-19 (IDS-COVID-19) pelo CIDACS-FIOCRUZ, com o desígnio de desenredar o tema proposto.

3. SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

A partir dessa conjuntura excruciante, torna-se primordial analisar onde estava o Município de Seropédica. Visto que, essa pandemia tornou mais intensa a reprodução da naturalização das desigualdades estruturais da população brasileira. Além disso, essa realidade dolorosa obriga ao fortalecimento de uma consciência sobre o impacto das nossas ações, já que o direito à saúde promove a dignidade do trabalho e esse extraordinário que é a vida. Segundo o ativista ambiental Krenac (KRENAC, 2020, p.72):

“Enquanto isso - enquanto seu lobo não vem -, fomos nos alienando desse organismo de que somos parte, a Terra, e passamos a pensar que ele é uma coisa e nós outra: a Terra e a humanidade. [...] Tudo é natureza.”

O quadro 2 apresenta o Escore Geral da Atenção Primária a Saúde, por tipo de esgotamento sanitário em 2019, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde – IBGE.

Quadro 2: Escore Geral da Atenção Primária à Saúde, por tipo de esgotamento sanitário em 2019.

Tabela 7629 - Pessoas de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da Atenção Primária de Saúde, nos últimos seis meses antes da data da entrevista, e Escore Geral da Atenção Primária à Saúde, por tipo de esgotamento sanitário		
Variável - Percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade que utilizaram algum serviço da Atenção Primária de Saúde, nos últimos seis meses antes da data da entrevista (%)		
Ano - 2019		
Grande Região	Tipo de esgotamento sanitário	
	Rede geral de esgoto ou pluvial	Outro tipo
Norte	13,2	86,8
Nordeste	30,6	69,4
Sudeste	83,5	16,5
Sul	42,1	57,9
Centro-Oeste	41	59
Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde		

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional de Saúde. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/7629#resultado>. Acesso em 15 de setembro de 2023.

Em relação ao quadro 2 acima, observa-se que há uma desigualdade de acesso a rede geral de esgotamento sanitário em 2019 pelas grandes regiões do país e que continua mantendo-se ainda hoje, essa Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo IBGE em 2019, apresenta um panorama de Desigualdade Social enfrentado pelas grandes regiões do Brasil durante a COVID-19. Esse fato sinaliza que, em relação à pandemia de COVID-19 há múltiplas dimensões que envolvem a determinação social, socioeconômica e sociocultural com a pandemia. Nesse entendimento, esse estudo destaca que se necessita de um olhar da gestão em saúde, metódico e *suis generis*, entre cada cidade e estados, ou seja, a vigilância em saúde na atenção primária necessita de informações fidedignas³ sobre esse padrão epidemiológico para que o diálogo entre cidades e estados apresentem ações em saúde efetivas de respostas para os grupos em vulnerabilidade social na pandemia, tais como para: as novas variantes do coronavírus – SARS-CoV-2 em relação o incremento da transmissão, a alta mortalidade em idosos, as pessoas com sequelas da COVID-19 e com comorbidades, as condições para realização das medidas de proteção e distanciamento social para o grupo em vulnerabilidade social, o aumento da SRAG, bem como o acesso a vacinação. Por consequência, o Portal CIDACS (2022) explica a razão da grande preocupação das recentes pesquisas com as variantes no Brasil:

“As novas variantes trazem uma alta capacidade de contagiar pessoas que estejam vacinadas, em comparação as primeiras variantes que surgiram no início da pandemia. [...], esse fato serviu de evidência para discutir sobre o tempo de isolamento necessário em pessoas com Covid-19”. (PORTAL CIDACS, 2022)

Essa estimativa de onde estava Seropédica na pandemia é apenas uma das múltiplas dimensões dessa rede complexa de determinação social para a saúde. Por essa complexidade, esse trabalho não pode alcançar esclarecer e esgotar sobre a natureza e o dinamismo dentro do

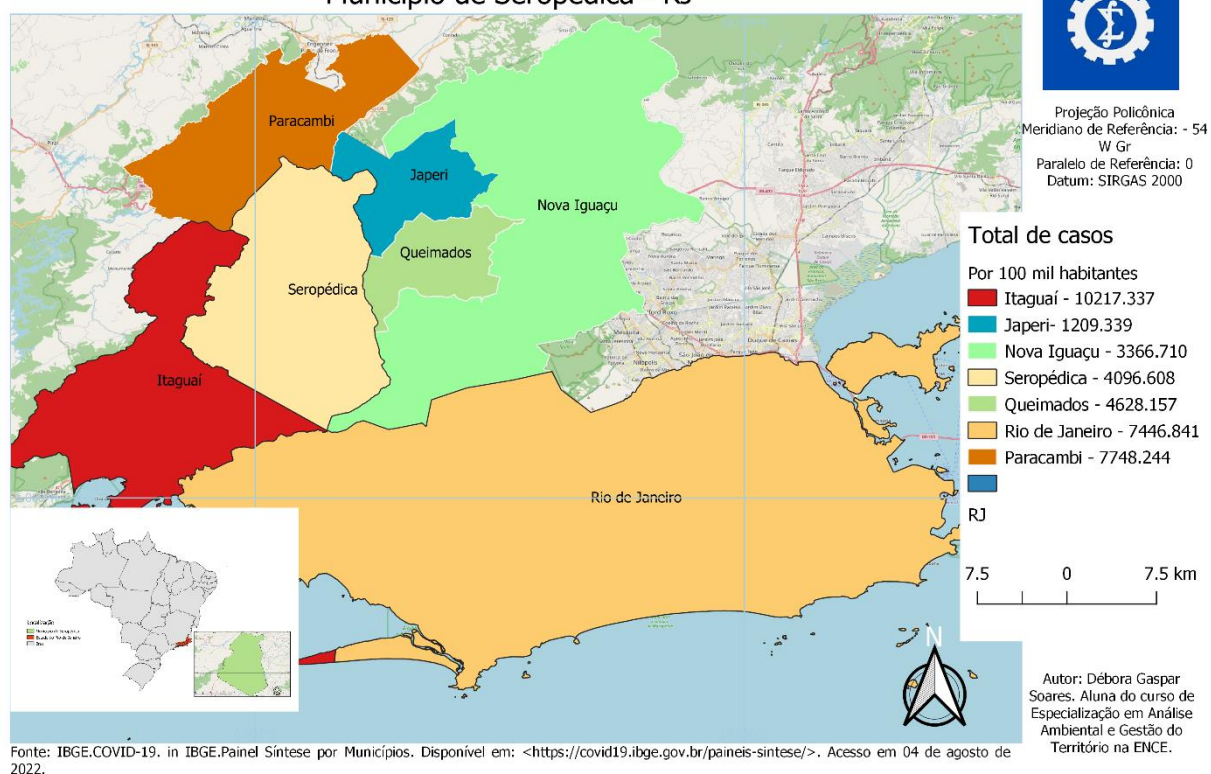
³ Sobre a importância da atualização da rede de vigilância e atenção a saúde, Maziero e Ferreira (2021, p.129) destacam que: “A articulação entre os setores da saúde, como vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, sistemas de informação, laboratório, atenção básica, assistência hospitalar e farmacêutica e assessoria de imprensa, é essencial para o bom desempenho das atividades regulares e a preparação para resposta adequada em caso de novas epidemias. Lembramos também da necessidade de articulação com outras secretarias, como educação, turismo, agricultura e pecuária, desenvolvimento econômico, transporte e outras, além da participação da iniciativa privada e do terceiro setor. Em se tratando de doenças virais respiratórias com potencial zoonótico, a vigilância deve ser integrada, com a participação da saúde humana, saúde animal e meio ambiente e os dados compartilhados.”

processo de determinação da saúde na cidade. Isto é, para essa investigação o uso de indicadores de saúde é uma caracterização com os números e dados oficiais para análise do território em saúde do Município de Seropédica, reconhecendo que a pandemia se expressou como um fluxo maior, de particularidades, de historicidades, de territorialidades, de teias de correlações complexas desses determinantes sociais de saúde. Mas apresentaremos algumas informações, bem como as análises de alguns resultados.

Primeiramente, a figura 1 mostra a taxa dos casos confirmados de COVID-19 por 1000 habitantes de Seropédica e dos municípios circunvizinhos. Já as figuras 19 e 20, de acordo com o Painel síntese da COVID-19 por Município do Portal do IBGE, o Município de Seropédica, que pertence a Macrorregião II situando-se na Região de saúde: Metropolitana I, apresentou um padrão epidemiológico para os casos confirmados de COVID-19 de alteridade, tal que por volta de maio de 2020 a semana epidemiológica apresenta uma ascendência na transmissão do coronavírus, mantendo essa predominância intermitente ao longo de 2021, e que a partir de outubro de 2021 atenuou-se.

Figura 1: Total dos Casos Confirmados de COVID-19 Acumulados por 100 mil habitantes na cidade de Seropédica.

Total de Casos Confirmados de COVID-19 Acumulados por 100 mil habitantes - Município de Seropédica - RJ



Fonte: IBGE.COVID-19, in IBGE.Painel Síntese por Municípios. Disponível em: <<https://covid19.ibge.gov.br/paineis-sintese/>>. Acesso em 04 de agosto de 2022.

A Figura 2 apresentou que o grau de Desigualdades Sociais para a COVID-19 em Seropédica foi alto. Convém destacar a necessidade de criticidade espacial para análise desses indicadores de saúde, já que a compreensão das desigualdades sociais para a COVID-19 em Seropédica (Figura 2) está para além do espaço geográfico da área de atuação das UPAs de Seropédica. Outrossim, da compilação, do arranjo e da combinação dos sujeitos econômicos, sociodemográficos, culturais, e socioambientais. Ora, a pandemia foi sendo desigual também pelas nossas escolhas, porque os dados apresentam, robustamente, as notificações de endemias antes da COVID-19. Vis a vis o índice de Gini (Figura 2 – Desigualdade de renda) não foi suficiente para apresentar o alto grau de desigualdades sociais do município de Seropédica, nem para se refletir sobre a insalubridade, ocorrências de epidemias, decorrentes da ausência de infraestrutura, associadas a problemas de saneamento básico, e a alta densidade urbana, pontos que já evidenciavam a tônica dessa desigualdade. Assim, essa condição desigual espacial desse município foi o produto da construção das nossas trajetórias e das nossas relações sociais em

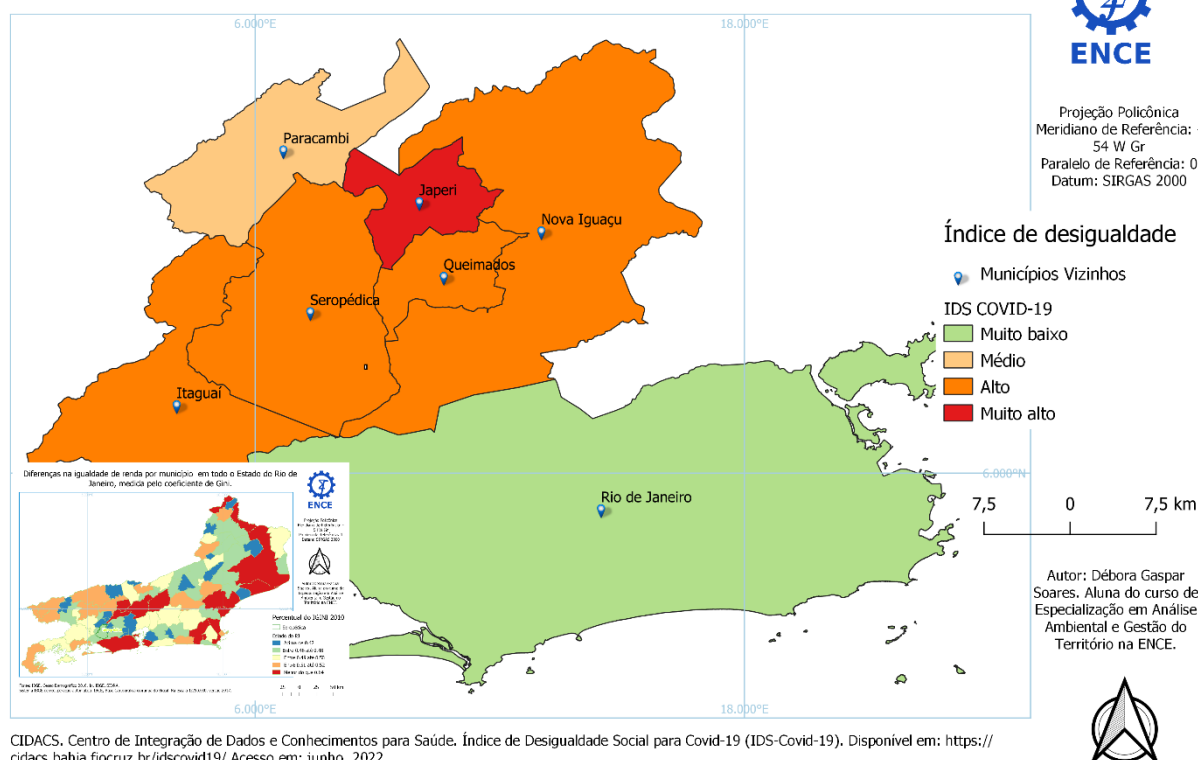
sentido mais amplo. Os estudos recentes da Fiocruz alertam para as desigualdades de condições de saúde entre brancos e pretos. Assim, essa conjuntura sindêmica da COVID-19 abrangeu uma rede complexa de determinação social, econômica, cultural, e esse padrão epidemiológico deve ser investigado, com um olhar especial para cada cidade, estado, e grupo de vulneráveis. Cabe reiterar que esse índice alto de desigualdade social para o município representou o alto percentual de idosos em situação de pobreza e o alto percentual de pessoas pretas, pardas e indígenas – evidenciando-se uma perspectiva étnico-racial inovadora ao índice. A morte por COVID-19 tem cor!⁴

Abaixo a Figura 2 apresenta o Índice de desigualdades sociais para COVID-19 em Seropédica.

Figura 2: Índice de desigualdades sociais para COVID-19 em Seropédica.

⁴ O artigo *Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a Covid-19 e o racismo estrutura* revela queda de internações e óbitos em brancos e o aumento em negros, em poucas semanas, o que indica o percurso trilhado pelas desigualdades raciais no país. O trabalho foi destaque na Agência Brasil. Maiores informações em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/50204>.

Índice de Desigualdades Sociais para a COVID-19 relacionado a Seropédica - Rio de Janeiro



Fonte: Portal CIDACS. Disponível em: <https://cidades.bahia.fiocruz.br/ids-covid-19/>. Acesso em: 12 de setembro de 2022.

De acordo com o Painel síntese da COVID-19 por Município do Portal do IBGE e o com o Índice de Desigualdades Sociais para COVID-19 por Município do Portal CIDACS, o Município de Seropédica, que pertence a Macrorregião II situando-se na Região de saúde: Metropolitana I, apresentou um alto índice de desigualdades sociais, com um padrão epidemiológico para os casos confirmados de COVID-19 de alteridade, tal que por volta de maio de 2020 a semana epidemiológica apresentou uma ascendência na transmissão do coronavírus, mantendo essa predominância intermitente ao longo de 2021, e que a partir de 2022 atenuou-se.

Em relação à caracterização dos indicadores da categoria “População vulnerável” (Painel síntese da COVID-19) e “Sociodemográfico” (IDS-COVID-19), que informam o grau alto dos quantitativos de pessoas potencialmente mais suscetíveis à doença, foram observados os domicílios com 3 ou mais moradores por dormitório do Censo (2010), representando 12,82%

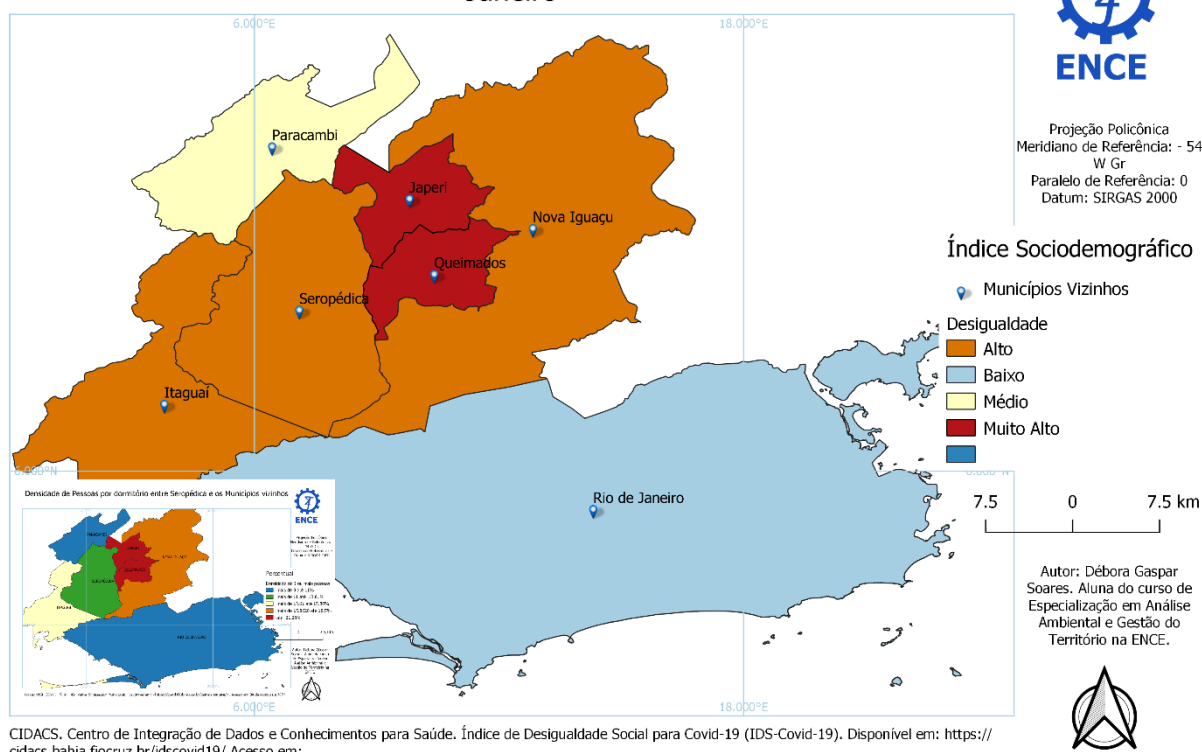
cerca de 10.024 unidades no município, e na unidade da federação representa 11,52%. Além disso, a população com 60 anos ou mais (2010) corresponde a 10,25% aproximadamente 8.014 habitantes do município, e na unidade da federação representa 13%. Ainda, que os domicílios em aglomerados subnormais (estimativa 2019) constituem-se em 2,81% cerca de 703 unidades no município, e na unidade da federação representam 12,63%. Bem como não há Localidades Indígenas (estimativa 2019) nem Localidades Quilombolas, destacando-se que cerca de 103 habitantes correspondendo a 0,13% da população do Município se declararam indígenas (2010). Por fim, a população do município por faixa etária (2010) corresponde a 8.014 pessoas com mais de 59 anos – 10,25%; a 30.593 pessoas entre 30 e 59 anos – 39,13%; e 39. 579 pessoas entre 0 a 29 anos – 50,62%.

Com essas informações, pode-se afirmar que foi indispensável o reforço das medidas de proteção como o distanciamento social no Município, já que o índice de mortalidade foi preeminente e de impacto a vida decisivo para os idosos (ver apêndice 1), especialmente, entre os que já estavam vacinados e por isso podem ter relaxado no cuidado impactando a vida das outras famílias da cidade.

Abaixo a Figura 3 apresenta o Percentual da População em Risco em Seropédica.

Figura 3: Índice da População em Risco em Seropédica.

Índice de Desigualdade Sociodemográfica relacionado a Seropédica - Rio de Janeiro



Fonte: Portal MonitoraCovid-19. Disponível em: < <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em 09 de agosto de 2022.

No que concerne aos indicadores da categoria “*Capacidade de Resposta do Sistema de Saúde*” (Painel síntese da COVID-19) e “*Dificuldade de acesso a serviços de saúde*” (IDS-COVID-19), que informaram o alto grau de dificuldade de acesso a serviços de saúde, bem como sobre a infraestrutura existente no início da pandemia no que diz respeito a recursos físicos e humanos para cada município. Notificaram que foram observados que os Leitos de UTI no SUS (2019) representam 0/100 mil habitantes, não haviam unidades disponíveis no município, na unidade da federação representa 6,96/100 mil habitantes, e corresponde a 0% do Percentual disponibilizado pelo SUS (2019). De mais a mais, que os Leitos hospitalares no SUS (2019) equivaleram a 6,07/100 mil habitantes, refletindo 5 unidades para o município, na unidade da federação representaram 72,32/100 mil habitantes, e corresponderam a 100% do Percentual disponibilizado pelo SUS (2019). Além disso, que os Respiradores no SUS (2019) constituem 13,36/100 mil habitantes, configurando que foram 11 unidades para o município, na unidade da federação representaram 24,29/100 mil habitantes, e corresponderam a 84,62% do Percentual

disponibilizado pelo SUS (2019). Ademais, que os Médicos no SUS (2019) corresponderam a 34,02/100 mil habitantes, exprimindo 28 médicos para o município, na unidade da federação representaram 165,03/100 mil habitantes, e corresponderam a 75,68% do Percentual disponibilizado pelo SUS (2019). Outrossim, que os Enfermeiros no SUS (2019) igualaram-se a 32,8/100 mil habitantes, constituindo 27 enfermeiros para o município, na unidade da federação representaram 113,32/100 mil habitantes, e corresponderam a 96,43% do Percentual disponibilizado pelo SUS (2019). Por fim, que os Estabelecimentos de saúde com suporte de observação e internação disponíveis no município foram 3 unidades (Hospital de Campanha COVID-19, Maternidade, e UPA), e 560 estabelecimentos disponíveis na unidade da federação, como também, que os Estabelecimentos de saúde de atenção primária disponíveis no município foram 21 unidades, e 1.925 estabelecimentos na unidade da federação.

Como consequência do que foi observado, no município o acesso aos serviços de saúde foi intermediário, portanto, ao se correlacionar com o perfil das famílias da cidade e o modal exclusivo rodoviário como meio de transporte público para locomoção até o trabalho⁵. Isso fez com que as medidas de controle da transmissão do coronavírus fossem ineficazes, como se manter o distanciamento social? Nesse entendimento, o presente estudo destaca que a gestão em saúde precisava responder com efetividade sobre as condições para superação de acesso aos serviços de saúde da cidade, bem como dos reverses para proteção da infecção, e da busca do tratamento adequado. Cabe enfatizar, que as pesquisas da Fiocruz alertaram que a cobertura vacinal⁶ no país não foi tão boa. Apesar de no início alcançar 85% da população não houve uma continuidade, e com a diminuição das doses posteriores, acarretou uma redução para cerca de 50%. Por consequência, na atualidade com a população vacinada não há sequer uma garantia de proteção contra a contaminação. Então, esse momento foi de garantir o acesso à vacinação. Sem vacinação da população, não há proteção!

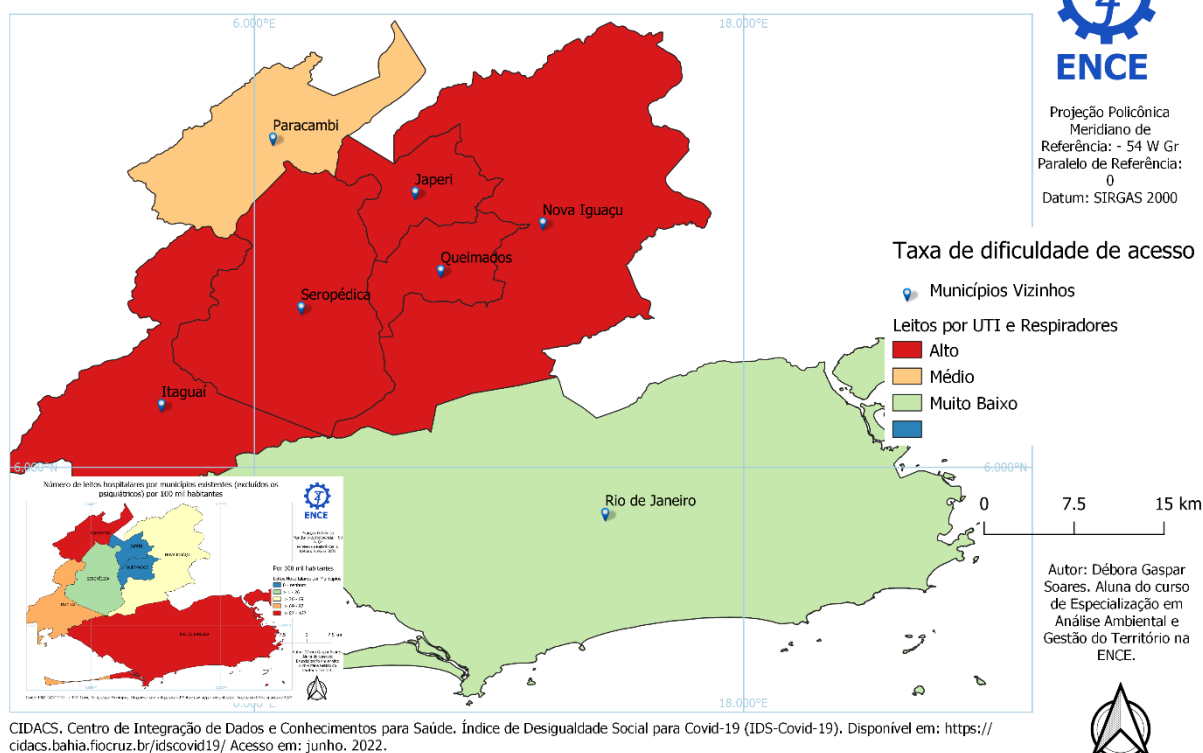
Abaixo a Figura 4 apresenta o Índice de dificuldade de acesso a serviços de saúde em Seropédica.

⁵ Os riscos ocupacionais sociais, segundo Bahia (2012): “Os sociais, associados às características das relações de trabalho e suas consequências aos trabalhadores, como contratação precária, baixos salários, moradia insalubre, situações de violência, entre outros;”

⁶ Segundo Maziero e Ferreira (2021, p.125): “o objetivo atual da vacinação contra a COVID-19 é a redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus, bem como a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais, preservação da força de trabalho e assistência à saúde.”

Figura 4: Índice de dificuldade de acesso a serviços de saúde em Seropédica.

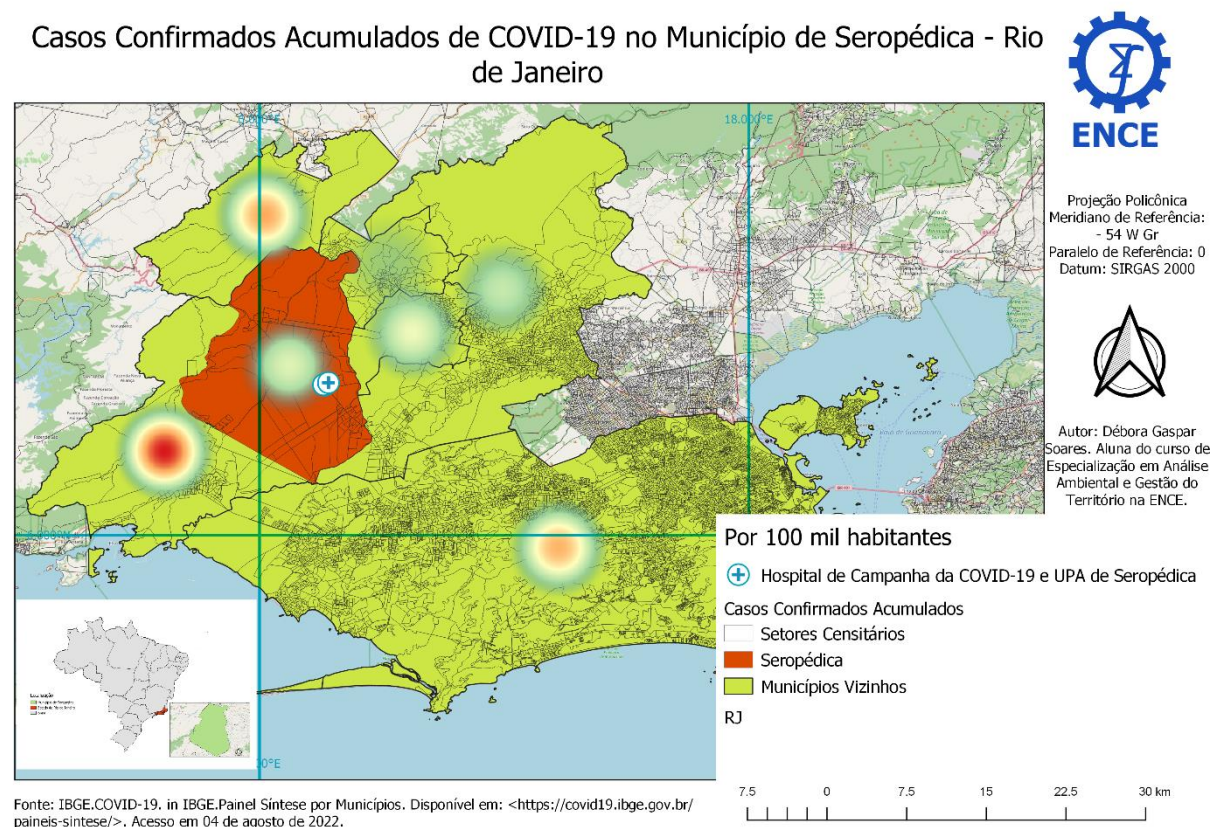
Índice de dificuldade de acesso a serviços de saúde relacionado a Seropédica -
Rio de Janeiro



Casos acumulados que corresponderam a 3.372 casos no município, e na unidade da federação representam 1.352.852 casos. Por fim, foram analisados para uma População estimada em 2019 de 82.312 habitantes no município, que representou 0,48 % da população estadual. Cabe destacar que no Portal do Município de Seropédica informou que os Casos acumulados no município constituem 8.406 observados até 22/07/2022.

Abaixo a Figura 5 apresenta o Total dos Casos confirmados de COVID-19 acumulados por 100 mil habitantes na cidade de Seropédica.

Figura 5: Total dos Casos Confirmados de COVID-19 Acumulados por 100 mil habitantes na cidade de Seropédica.



Fonte: IBGE.COVID-19, in IBGE.Painel Síntese por Municípios. Disponível em: <<https://covid19.ibge.gov.br/paineis-sintese/>>. Acesso em 04 de agosto de 2022.

Devido a essas informações, pode-se afirmar que ainda foram necessárias as medidas de vigilância epidemiológica, o presente estudo enfatiza que o geoprocessamento em saúde para o monitoramento dos casos confirmados da COVID-19 precisa estar atualizado pela gestão em

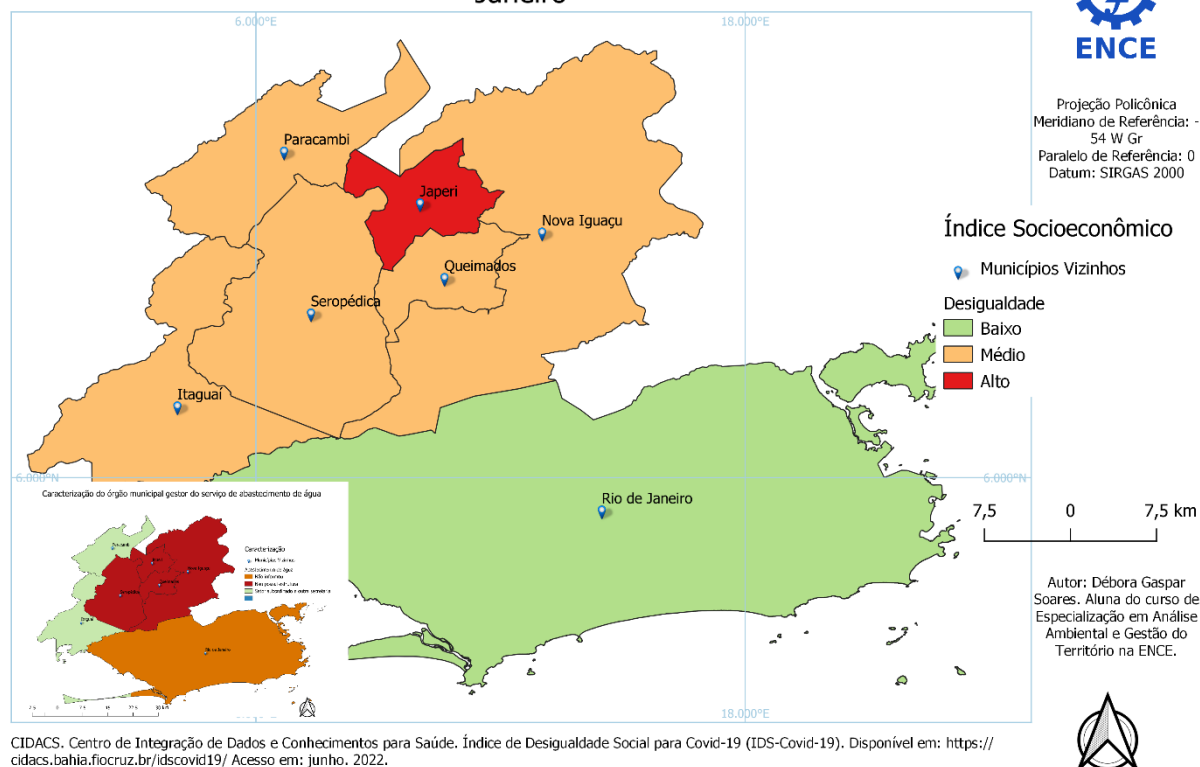
saúde. Nesse sentido, foi fundamental que as informações em saúde deveriam estar incrementadas para o uso articulado entre a vigilância em saúde e a atenção primária. Uma vez que as pesquisas da Fiocruz alertaram pelo aumento da incidência dos casos confirmados da COVID-19 e da SRAG. Assim, o monitoramento com o geoprocessamento em saúde foi imprescindível para o planejamento e atenção especial tanto para a vacinação em crianças e adolescentes quanto às ações em saúde destinadas aos sujeitos com sequelas da COVID-19, e que poderiam ou ocasionariam em agravamento em comorbidades, ou em complicações na saúde, aumentando o risco de morte prematura. Ainda foi necessário garantir a disponibilização da realização de testes para COVID-19 em massa, tendo-se em consideração a baixa disponibilidade de testes no país. Em outros termos, garantir tanto o acesso aos serviços de saúde nos municípios, quanto o reforço das campanhas de vacinação. “Toma o que é teu, e sai”⁷, a realização dos testes em massa combinado com as medidas de isolamento social salvariam vidas. Em outras palavras, o geoprocessamento em saúde viabilizaria superar a dificuldade de conciliar ações locais distantes com poucos recursos humanos e físicos. Bem como, rastrear casos e monitoraria seus contatos para ações focais em Vigilância em Saúde Pública.

Abaixo a Figura 6 apresenta o Índice de desigualdade socioeconômica em Seropédica.

Figura 6: Índice de desigualdade socioeconômica em Seropédica.

⁷ Portal CIDACS (2022) destaca: “que o controle da epidemia se deve às medidas de contenção social.” Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/idscovid19/> Acesso em: 12 de setembro de 2022.

Índice de Desigualdade Socioeconômica relacionado a Seropédica - Rio de Janeiro



Fonte: Portal CIDACS. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/idsccovid19/> Acesso em: 12 de setembro de 2022.

De acordo com o Índice de Desigualdade Socioeconômica para COVID-19 por Município do Portal CIDACS, no Município de Seropédica (Figura 6), que considerou o índice brasileiro de privação (IBP) que foi construído tendo como base as dimensões de renda, escolaridade e condições de moradia, o IBP explorou os dados da mais recente edição do Censo do IGBE, de 2010. Uma das grandes vantagens do índice foi a possibilidade de visualização de informações sobre as desigualdades sociais e em saúde em áreas menores do que os municípios (avaliarem as desigualdades sociais no nível dos municípios e das menores áreas geográficas – os setores censitários) – informação que poderia ser relevante para planejamentos e avaliação de políticas públicas em saúde, educação, habitação, saneamento básico, entre outras. Nesse entendimento, o IDS-COVID-19 de Desigualdade Socioeconômica demonstrou um médio grau de desigualdade socioeconômica para enfrentamento da COVID-19. Em outros termos, mostrou o médio grau de desigualdade socioeconômica, com municípios contíguos com médio e alto grau de desigualdade social, o que apresentaram fortes indícios que essas desigualdades

sociais em saúde para Covid-19 foram pré-existent à pandemia, especificamente a capacidade em saúde do município de Seropédica em lidar com a pandemia.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Município de Seropédica a caracterização do órgão municipal gestor do serviço de abastecimento de água foi de que o município não possui uma estrutura (Figura 6). Nesse sentido, apresentaram que a designação do órgão municipal gestor do serviço de esgotamento sanitário foi de que esse serviço foi realizado pela secretaria municipal em conjunto com outras políticas. Cabe destacar, que essa designação do órgão municipal gestor do serviço de esgotamento sanitário para os municípios vizinhos indicou que ou não possuiu estrutura, ou foi realizado pela secretaria municipal em conjunto com outras políticas, ou foi sem serviço de esgotamento sanitário por rede coletora de esgoto, ou esse setor foi subordinado à outra secretaria. Por consequência, observou-se que o município de Seropédica não possuía tanto um serviço de abastecimento de água por rede geral de distribuição, e com legislação municipal sobre proteção de mananciais, e que exigia a aprovação e implantação de um sistema de abastecimento de água para loteamentos novos, quanto um órgão responsável pela fiscalização da qualidade da água. Da mesma maneira que observou-se que o município de Seropédica não possuía um serviço de esgotamento sanitário por rede coletora de esgoto e com fiscalização para implantação de um sistema de esgotamento sanitário para loteamentos novos, nem possuía órgão responsável pela execução do serviço, instrumento de delegação da prestação de serviço e número de entidades executoras desse serviço. Como moradora do lugar posso afirmar que o Município de Seropédica apresenta precárias condições de moradia em relação aos serviços de fornecimento de energia elétrica, iluminação de rua, manutenção de rua transporte coletivo, e em relação aos serviços de saneamento básico.

Convém ressaltar que não estamos no mesmo barco, pode não agradar, só que a COVID-19 nunca foi um risco de morte de maneira equitativamente distribuída entre os formam diferentes grupos populacionais. Em outras palavras, a pandemia destacou que haviam desigualdades estruturais globalmente distribuídas e definidas por raça, etnia, gênero e classe, que a morte por COVID-19 tem cor! Para as pesquisas internacionais em saúde pública global, um parâmetro que revelou grande importância não foi a ocorrência da COVID-19 com outras

endemias, mas, sobretudo a idiossincrasia sindêmica⁸ da pandemia. Por consequência, obviamente que as comunidades carentes e grupos marginalizados que vivenciaram privações socioeconômicas e socioambientais sem exceção foram atingidos de maneira inexorável e desproporcional pelo impacto das calamidades, das epidemias, e com a COVID-19. Em suma, houve uma estreita sinergia encarniçada entre a sindemia da COVID-19 e as desigualdades estruturais socioeconômicas e socioambientais.

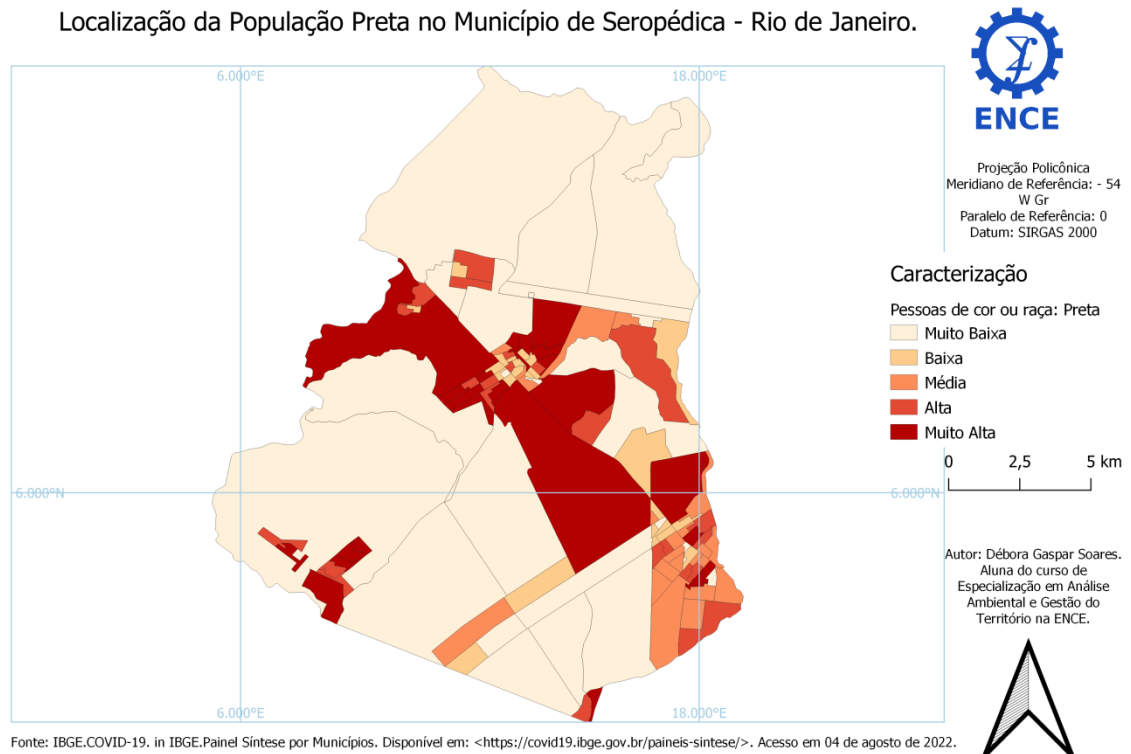
De acordo com o Índice de Desigualdade Sociais para COVID-19 por Município do Portal CIDACS, o Município de Seropédica apresentava favelas. Nesse sentido, para o presente estudo fazer essa reflexão desse espaço urbano torna-se desafiador, tendo em conta o quanto foi muito díspar, muito heterogêneo, e que evidenciou uma dinâmica muito aguda de transformação. Em outras palavras, o crescimento desproporcional de favelas no município, apresentaram mudanças que incertamente poderiam ser apreendidas pela forma como os dados de saúde são disponibilizados. Nos casos das favelas no município de Seropédica da forma como os dados de saúde estavam disponíveis não tornariam eficazes para elaboração de uma análise epidemiológica mais sensível a realidade dessas favelas. Isso posto, na nossa cidade de Seropédica desde a sua fundação o Estado produziu um espaço urbano desigual especulado pelas classes dominantes, que caracterizou essa articulação elitista formalizada no ramo imobiliário. Como afirma Sodré (1980)⁹, “A dor da gente é dor de menino acanhado, Menino-bezerro pisado, no curral do mundo a penar. Que salta aos olhos, igual a um gemido calado. A sombra do mal-assombrado é a dor de nem poder chorar.”

Abaixo figura 7 e a figura 8 apresentam a caracterização da População Preta e da População Parda em Seropédica.

⁸ De acordo com o Portal CIDACS (2022): “A crescente presença de doenças emergentes e reemergentes que resultam da globalização, do aquecimento global, da degradação ambiental e das desigualdades sociais, criam uma tempestade perfeita que pode levar a supersindemias, tal como parece ter ocorrido com a covid-19. Para saber mais: “O lado oculto de uma Pandemia: A Terceira Onda da covid -19 ou o Paciente Invisível” - Eugênio Vilaça Mendes – <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>”

⁹ Música: A Massa, de Raimundo Sodré do ano de 1980.

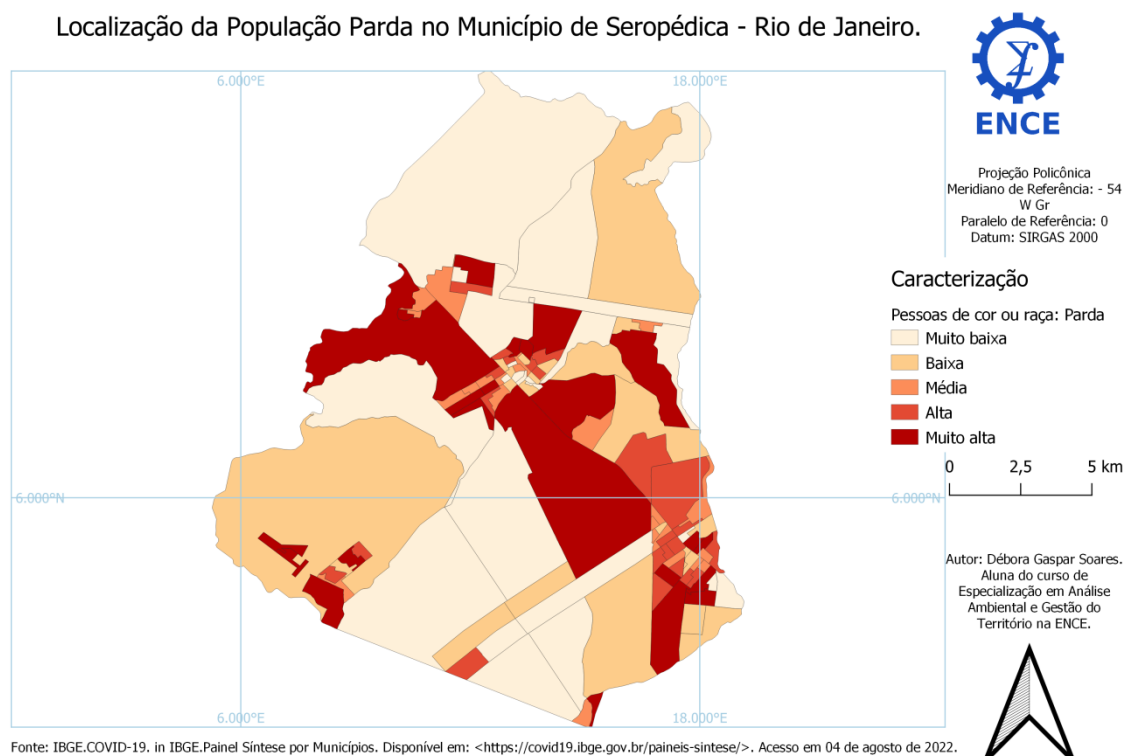
Figura 7: Localização da População Preta de acordo com o Censo 2010 em Seropédica no Rio de Janeiro.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010. In. IBGE. SIDRA.

Sistema IBGE de recuperação automática. IBGE, Base Cartográfica contínua do Brasil. Na escala 1:250.000, versão 2017.

Figura 8: Localização da População Parda de acordo com o Censo 2010 em Seropédica no Rio de Janeiro.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010. In. IBGE. SIDRA.

Sistema IBGE de recuperação automática. IBGE, Base Cartográfica contínua do Brasil. Na escala 1:250.000, versão 2017.

As figuras 7 e 8 acima apresentaram que a População Preta e a População Parda no município estavam localizadas nas áreas de maior adensamento urbano, nas favelas, e nas áreas periurbanas. Convém destacar que no cotidiano digital, para cá esse acesso à internet, em especial nas favelas, se constituiu de forma precarizada, ora pela qualidade da conexão, ora pelo uso de um equipamento mais modesto e rudimentar. Isso sem ter em consideração que existem ainda muitos cidadãos que não estão familiarizados com as redes digitais, embora a utilizem, constitui-se de maneira bem restrita.

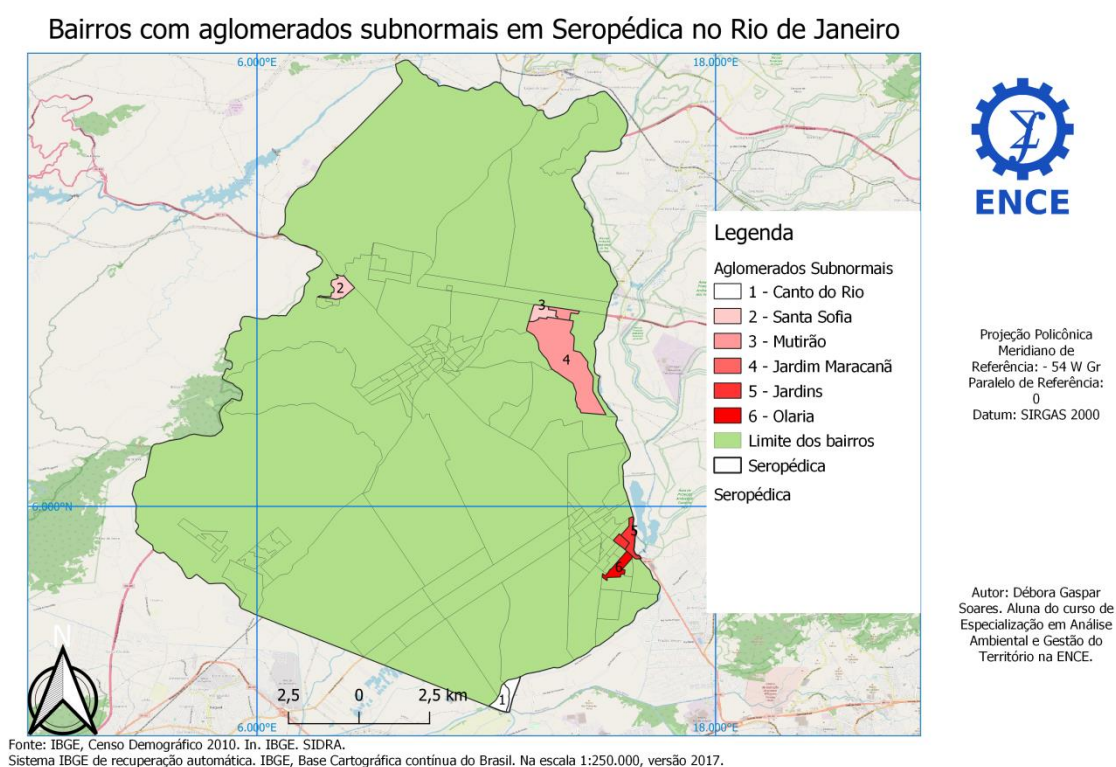
Diante do exposto, a conjuntura sindêmica da COVID-19 convergiu entre distintos fatores de desigualdades sociais para a População Preta e População Parda desse município. Convém destacar que, em especial para as políticas e investimentos em desenvolvimento urbano (mobilidade e transporte, habitação, e saneamento básico) no município para atender a População Preta e População Parda, em escala metropolitana, nem sequer alcançariam uma baixa efetividade, para a regulação e promoção de transformações efetivas nesse tecido urbano

escabroso voltado para promoção do agronegócio e para um modelo econômico ecocida. “Quem me ama, esse guarda a milícia palavra”.

Os casos confirmados e óbitos por COVID-19, no município de Seropédica foram disponibilizados pela divisão territorial dos bairros e pelo CEP. Essa maneira de disponibilização dos dados, ainda que seja de fundamental para se analisar desigualdades intramunicipais, tornou imperceptível a realidade das favelas desse município, o que tornou relevante a disponibilização dos dados socioeconômicos, sociodemográficos, de acesso à saúde, e as Notificações de dengue por setores censitários pelo Censo do IBGE. A fim de possibilitar a investigação desses distintos fatores de desigualdades sociais para a População Preta e População Parda desse município.

Abaixo a Figura 9 apresenta os bairros com aglomerados subnormais em Seropédica no Rio de Janeiro.

Figura 9: Bairros com aglomerados subnormais em Seropédica no Rio de Janeiro.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010. In. IBGE. SIDRA.

Sistema IBGE de recuperação automática. IBGE, Base Cartográfica contínua do Brasil. Na escala 1:250.000, versão 2017.

Em consonância com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Município de Seropédica os bairros que apresentaram Aglomerados Subnormais (Figura 9) de acordo com o Censo 2010, que se constituiu num conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais (barracos, casas, etc.) carentes, em sua maioria de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e/ou densa, foram Canto do Rio, Jardim Maracanã, Jardins, Mutirão, Olaria e Santa Sofia. No que afetou os indicadores da categoria “*Socioeconômica*” (IDS-COVID-19), observou-se os padrões espaciais em forma contígua, ou seja, diversas áreas de taxas médias, que podem estar relacionadas ao geofluxo de múltiplos fixos/fluxos, proposto por Milton Santos (1970), refletindo a forma de organização socioeconômica do município de Seropédica e das cidades vizinhas. O presente estudo analisou essas elevadas taxas médias de forma contígua, levando em conta ainda as privações das capacidades e as consequências ligadas às referências mínimas para o bem estar dessas pessoas, como o acesso aos serviços de saneamento e de água, que refletiram uma medida de moradia digna. Como limitação do (IDS-COVID-19), não foi possível analisar quais foram os domicílios que possuem, concomitantemente, abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário e coleta de lixo feita de forma direta. Portanto, o presente estudo evidenciou a necessidade complementar dessa análise para o município de Seropédica, que explore novos métodos estatísticos, demográficos, matemáticos, e epidemiológicos para tratar do problema da qualidade de dados. Como exemplo, realizar a análise do município com outro indicador de saúde, taxa de dengue¹⁰, utilizando-se os dados por setores censitários¹¹, conforme Soares e Silva (2019) explicam, são essas caracterizações, identificações e informações relevantes que podem ser uteis e eficazes na organização de um processo de planejamento desse território de saúde para enfrentamento da COVID-19. Como por exemplo, verificar onde estão os bairros com precariedades socioambientais, para uma estratégia de ação diferencial de medidas de atuação que contemplem as demandas/necessidades sentidas pela população local. Em outras palavras, a análise de um

¹⁰ Os dados de casos confirmados de dengue são consolidados, notificados por semana epidemiológica, por município, desde janeiro de 2010 até dezembro de 2020, a fonte de dados das arboviroses é o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), e esse monitoramento já é realizado bem antes da pandemia no país.

¹¹ Segundo IBGE (2022): “A unidade territorial de coleta denomina-se setor censitário.”

indicador de saúde por bairros possibilitaria o rastreamento, isolamento, e monitoramento de contato de casos, a fim de se analisar o período epidemiológico de exposição distribuído na região, que sistematicamente foram evidenciados pela análise da situação de saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há que se ressaltar e enaltecer o papel dos dados censitários, como dados de qualidade, fidedignos, que garantem segurança e confidencialidade, como também a periodicidade dos Censos demográficos que estabelece um máximo de dez anos para o intervalo intercensitário. Cabe destacar a relevância do Censo demográfico brasileiro no contexto internacional, que contém os principais padrões e orientações internacionais, resultado de ampla consulta e de contribuições dadas por especialistas de outros institutos nacionais de estatística do mundo, por meio de mecanismos desenvolvidos e mantidos pela Divisão de Estatística das Nações Unidas, levando em consideração as características regionais, tanto que essas normatizações foram amplamente discutidas e consideradas no planejamento do Censo Demográfico brasileiro. Assim, um impacto sensível das consequências do atraso do Censo foi a falta de dados precisos, que deveriam ter sido levantados em 2020, dificultando a redistribuição de fundos federais (Fundo de Participação dos Municípios – FPM), principal receita para boa parte dos municípios do país.

Adicionalmente aos resultados encontrados sob o ponto de vista do território que sugeriram a importância de análise da desigualdade social em saúde, como um indicador de prevenção e monitoramento da COVID-19, cabendo destacar a importância da realização do levantamento demográfico, de maior e de mais detalhada coleta de dados socioeconômicos do país, o Censo 2022. A sua utilização para o Geoprocessamento em Saúde pelas Equipes de saúde das UPAs no país, na pandemia, foi uma ferramenta crucial no monitoramento dos casos confirmados da COVID-19, o que requer que precisariam estar atualizado pela gestão em saúde, possibilitando a maior fiscalização da gestão em saúde.

Como já mencionado, o geoprocessamento em saúde representou cumprimento da Lei. Verificou-se que houve um alto grau de dificuldade de acesso a serviços de saúde, bem como sobre a infraestrutura existente desde o início da pandemia no que diz respeito a recursos físicos

e humanos para o município. O que tornou evidente a necessidade urgente de superação do alto grau de dificuldades acesso aos serviços de saúde da cidade com a consolidação do Hospital de Emergência da COVID-19 em Seropédica.

Destacou-se que os indicadores informaram o alto grau dos quantitativos de pessoas potencialmente mais suscetíveis à doença. Foi de responsabilidade direta da ação pública dispor as boas condições desses determinantes de saúde que constituíram diametralmente na prevenção de endemias e preservação do meio ambiente. Dentre os principais resultados encontrados com os indicadores analisados nessa pesquisa destacou-se que a morte por COVID-19 tem faixa etária! Cabe ressaltar, que as pessoas de Seropédica são o melhor dessa cidade, e essa desigualdade socioambiental impôs a elas não possuir as mínimas condições de vida, e a precariedade desses serviços impôs sobreviver desarmoniosamente com o ambiente. Em decorrência, a Geografia da saúde ressignifica a Luta por justiça territorial, tanto que, o acesso à água potável bem como aos demais serviços de infraestrutura foram essenciais para vida. Por fim, esse trabalho reverbera que os indicadores apresentaram alto grau de desigualdades sociais para o município de Seropédica. Como também, que a pandemia não foi sendo igual para todos, e “haverá para vós um horrível fim”. A morte por COVID-19 tem cor!

Não houve a realização de uma pesquisa de campo, por isso, esse trabalho considera fundamental essa pesquisa de campo efetivamente dessa população especialmente atingida em Seropédica de pretos e pardos pela COVID-19 para futuro e para ecoar.

Esses resultados confrontaram-se e entram diretamente em colisão com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, quando foi definida como objetivo 3 - “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades”. O presente estudo compreendeu que essa Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável abrangeu definições integradas ao atual paradigma da economia da saúde, que vem intensificando vigorosamente um panorama de “cidadãos clientes”, talhada em pedra sangrenta para as parcelas populacionais agudamente vulneráveis e depondo por uma atenção à saúde com proteção social. Ora não conseguiu alcançar e dar muita assistência para o desenvolvimento dos serviços permanentes de saúde para a população da sociedade globalizante, ora não contribuiu muito para ser acessível e oferecer ajuda estimulando a participação das pessoas em vulnerabilidade social. Uma vez que, essas demandas de ordem econômica, política e ambiental da sociedade globalizante foram

dispondo uma nova ordem para o direito à saúde no Brasil, conformando sua matéria, alterando sua cobertura, e transvertendo os mecanismos operacionais para sua garantia tanto no país quanto nos países capitalistas de economia periférica. Dessa maneira, essa economia da saúde globalizada ampliou as exigências dos processos de acumulação do capital e coloca para as pessoas marginalizadas o direito à saúde como luta, como resistência dos ideais humanitários de solidariedade, de ética moral, de justiça social e de necessidade vital vinculada à sobrevivência.

Por último, por se tratar de uma pesquisa realizada nas dependências do órgão responsável pelo censo demográfico no país, há de se ressaltar e enaltecer o papel dos dados censitários. O presente trabalho enfatizou o entendimento do espaço em saúde como uma ambiência constante, e de modo algum como um sistema encerrado, que necessita urgentemente lutar por justiça territorial. Sendo assim, bom “Censo” pra quê? Nesse caso específico, principalmente, para se retratar estrutura territorial que se altera permanentemente ao longo do tempo, e o acesso às informações fidedignas, hábeis e predicamentadas a gestão em saúde do país. Esse foi um elemento central para um diagnóstico preciso e necessário para que as intervenções em saúde no âmbito das políticas públicas possam trilhar um caminho com ações mais equitativas, afirmativas e que visam reduzir desigualdades às populações mais vulneráveis.

5. REFERÊNCIAS

- Lefebvre, H., Alfredo, A., de Paula, C. M., & Ficarelli, T. (2009). Da teoria das crises à teoria das catástrofes. *GEOUSP Espaço e Tempo (Online)*, 13(1), 138-152.
- Nascimento, D.; Oliveira, S.; Moraes, S. Fundamentos e tecnologias para o enfrentamento da COVID-19 e de outras doenças virais. Campo Grande. Brasil. Fiocruz. 2021. ISBN: 978-85-66909-34-0.
- Oliveira, R. G. D., Cunha, A. P. D., Gadelha, A. G. D. S., Carpio, C. G., Oliveira, R. B. D., & Corrêa, R. M. (2020). Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cadernos de Saúde Pública*, 36.
- Portal CIDACS: CIDACS. Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde. Índice de Desigualdade Social para Covid-19 (IDS-Covid-19), Definições do Índice. FIOCRUZ/BAHIA. 2022. Disponível em: [https:// cidacs.bahia.fiocruz.br/ids covid19/](https://cidacs.bahia.fiocruz.br/ids covid19/) Acesso em: junho 2022.

Portal IBGE. Cidades@. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/nossos-sites.html>. Acesso em maio de 2021.

Portal IBGE: IBGE.COVID-19. in IBGE.Painel Síntese por Municípios. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/paineis-sintese/>. Acesso em 04 de agosto de 2022.

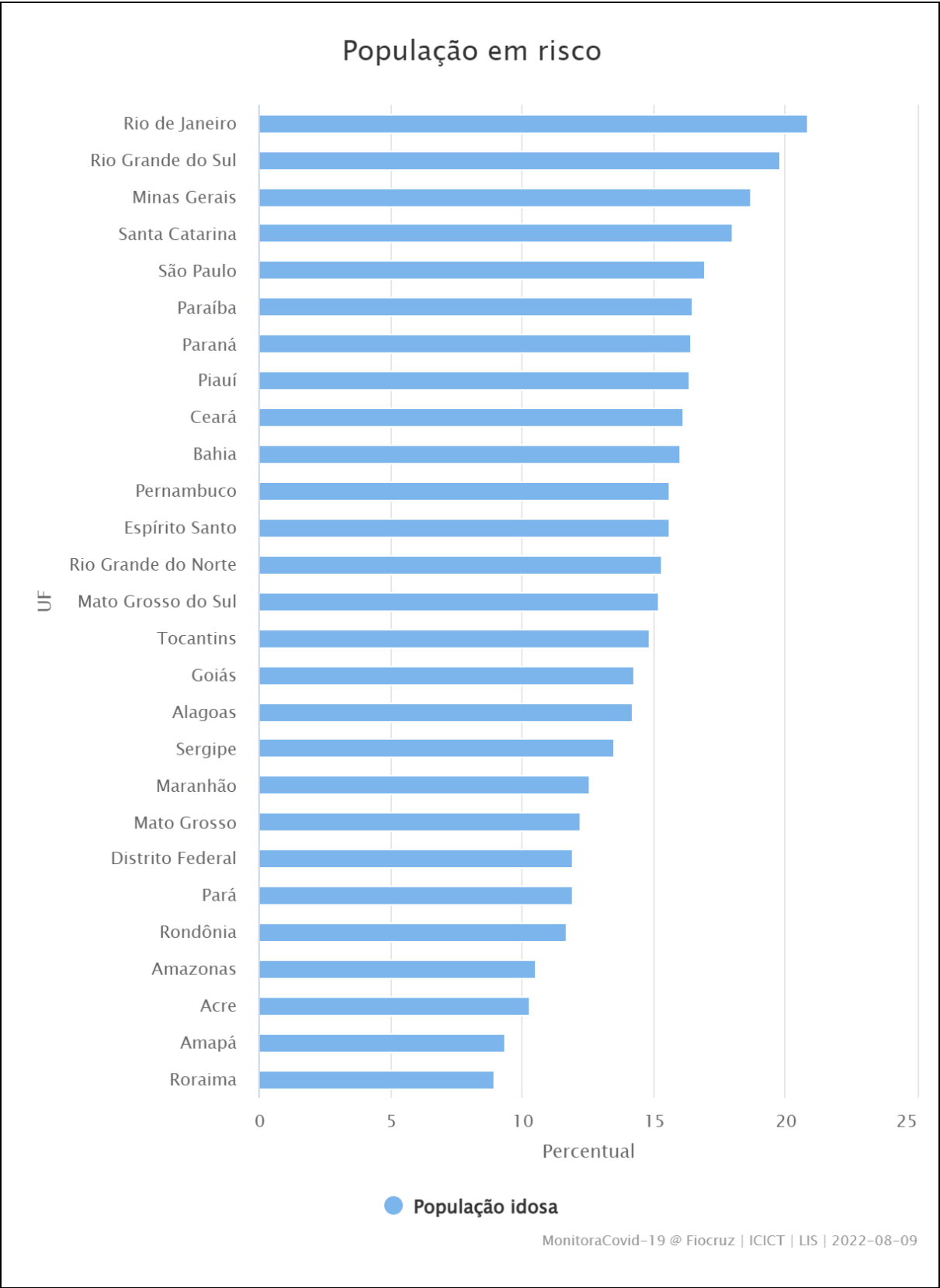
Silva, L., J. Organização do Espaço e Doença. In: CARVALHEIRO, J. R (Org.). Textos de Apoio: Epidemiologia I. 2. ed. Rio de Janeiro, v. 1, p. 159-185, 1985a.

Soares, D. G., & da Silva, I. P. B. (2020). Técnicas de análise espacial aplicadas na atenção primária em saúde em Fortaleza no Ceará: estudo de caso da dengue no contexto sócio-sanitário da pandemia da covid-19 na UAPS Maurício Mattos Dourado. *Revista Pantaneira*, 18, 104-115.

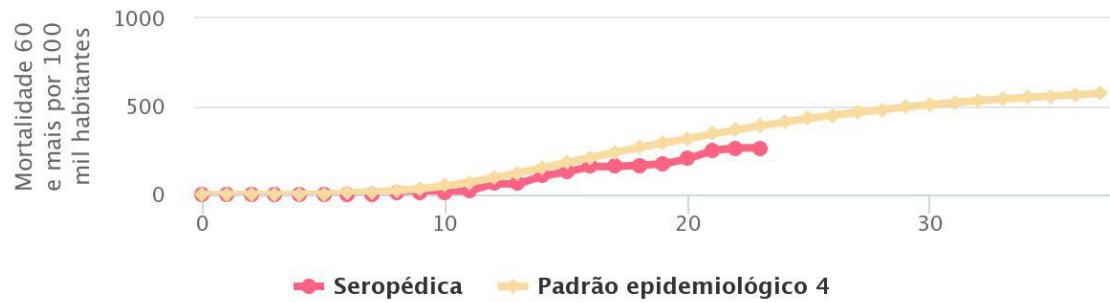
APÊNDICES

Apêndice 1: Figura do percentual da população idosa em risco pelo Monitora COVID-19 e pelo CIDACS.

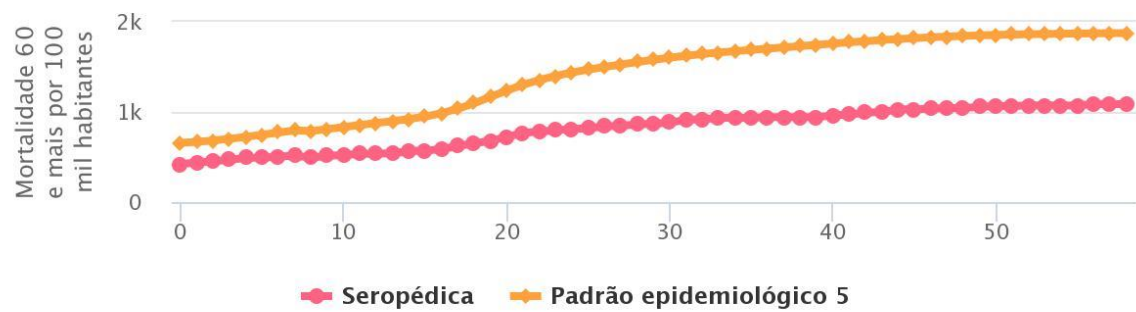
Percentual da população idosa em risco pelo Monitora COVID-19, Fiocruz e CIDACS.
--



Mortalidade 60 e mais x Padrão epidemiológico



Mortalidade 60 e mais x Padrão epidemiológico



Mortalidade 60 e mais x Padrão epidemiológico

