

SAÚDE NA LINHA DE TIRO

IMPACTOS DA GUERRA ÀS DROGAS NO ACESSO
AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO



DROGAS:
QUANTO
CUSTA
PROIBIR

Este relatório é dedicado à **Cecília Minayo** que inaugurou, em nosso país, fundamental reflexão sobre as relações entre violência e saúde. Cecília continua desbravando o tema com sensibilidade e extrema competência, sobretudo chamando nossa atenção para o impacto de variadas formas de violência sobre a saúde de populações vulneráveis.



Centro de Estudos de Segurança e Cidadania

Coordenação geral

Julita Lemgruber

Coordenação de pesquisa

Mariana Siracusa

Pesquisadoras

Mariana Siracusa

Rachel Machado

Paula Napolião

Consultores

Ana Paula da Cunha

Eduardo Ribeiro

Felipe Freitas

Francisco Inácio Bastos

Ignacio Cano

Jurema Mota

Marcos Dantas

Revisão

Carolina Botelho

Comunicação

Kecila Barcelos

Renato Cafuzo

Thayná Alves

Ilustração

Laerte

Gerência de projetos

Ana Paula Andrade

Apoio

Oak Foundation

OSF Foundations

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Saúde na linha de tiro: impactos da guerra às drogas no acesso aos serviços de saúde no Rio de Janeiro / Julita Lemgruber...[et al.] ; ilustração Laerte Coutinho. – Rio de Janeiro : CESeC, 2023.

68 p.

Outros autores: Marcos Dantas, Mariana Siracusa, Paula Napolião, Rachel Machado

ISBN: 978-85-5969-032-63

1. Guerra às drogas. 2. Violência e Saúde. 3. Custos do proibicionismo. 4. Serviços de saúde (Rio de Janeiro). I. Lemgruber, Julita. II. Coutinho, Laerte. III. Título.

CDD-363.3

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213

(SC Assessoria Editorial, SP, Brasil)

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública : Violência : Drogas 363.3

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1. PANORAMA DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL E NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	
Políticas de saúde em um país desigual.....	10
A rede de atenção primária no Rio de Janeiro	13
2. IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE	
A violência como problema de saúde.....	17
O Acesso Mais Seguro: a saúde em áreas sob conflito	22
3. METODOLOGIA	
Critérios e bases de dados usadas para a seleção das comunidades.....	27
Pesquisa de campo em seis comunidades cariocas	32
Estimando os efeitos dos tiroteios na saúde	34
4. RESULTADOS: EFEITOS DOS TIROTEIOS NA SAÚDE	
Análise de dados do Fogo Cruzado	36
Resultados da pesquisa de campo: onde há fogo, há morbidade?	38
Relações entre tiroteios com agentes de segurança e desfechos na saúde	48
5. EQUIVALÊNCIA MONETÁRIA DAS PERDAS	
Afastamento das atividades rotineiras	55
Interrupções dos serviços de saúde	59
Custo de tratamentos de saúde	61
CONCLUSÃO	64

INTRODUÇÃO

Drogas: Quanto Custa Proibir é um projeto com quatro etapas, duas das quais já finalizadas e disponíveis para consulta¹. A primeira etapa (“Um tiro no pé”) estimou o custo da implementação da Lei de Drogas (Lei 11.343/06) vigente no país, nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, e debruçou-se sobre o trabalho das Polícias Civil e Militar, do Judiciário, do Ministério Público, da Defensoria Pública, dos Sistemas Penitenciário e Socioeducativo. A partir de um rigoroso trabalho de pesquisa que se valeu de dezenas de pedidos amparados pela Lei de Acesso à Informação, ficou fartamente demonstrado que os recursos dos contribuintes neste país são desperdiçados para aplicar uma legislação que não inibe nem a venda, nem o consumo de drogas, mas encarcera e mata uma parcela muito definida da população brasileira: jovens negros, pobres e moradores de favelas e periferias.

A segunda etapa (“Tiros no Futuro”) revelou que frequentar escolas submetidas a tiroteios rotineiros, resultado de operações policiais nas áreas onde as mesmas funcionam, provoca impacto brutal na aprendizagem de crianças. Alunos dessas escolas perdem mais da metade do que deveriam aprender em Português e quase todo o aprendizado esperado em Matemática, no quinto ano do ensino fundamental. Esta segunda etapa analisou os resultados da Prova Brasil para crianças matriculadas em escolas do município do Rio de Janeiro.

O relatório aqui apresentado, terceira etapa do projeto, busca estimar o custo da chamada “guerra às drogas” sobre a saúde de moradores de favelas cariocas obrigados a conviver com tiroteios com a presença de agentes do Estado, principalmente de policiais civis e militares, e eventualmente de policiais federais e rodoviários federais.

Antes de mergulhar nos dados do presente estudo, importa ressaltar que o objetivo central deste projeto *Drogas: Quanto Custa Proibir* - estimar os custos monetários e orçamentários da proibição de determinadas drogas - não significa que a dor e o sofrimento provocados por uma estratégia bélica e ineficaz para lidar com o varejo das drogas sejam ignorados. Ao contrário, o que se pretende é chamar a atenção para o enorme desperdício de dinheiro público através da análise minuciosa dos custos monetários e orçamentários da implementação da Lei de Drogas vigente no país. Para corações e mentes endurecidos, que não se emocionam com as milhares de mortes provocadas pela guerra às drogas, quem sabe conhecer quanto custa esta carnificina os mobilize?

¹ No site www.drogasquantocustaproibir.com.br é possível consultar os relatórios anteriores, além de artigos, vídeos e outros conteúdos específicos sobre o tema.

Como dito, o presente relatório versa sobre o tema “saúde”. E falar sobre saúde no Brasil é refletir sobre desigualdades extremas na medida em que parcelas consideráveis da população têm sido, sistematicamente, alijadas de várias dimensões da cidadania. Mesmo após a promulgação da Constituição Federal, em 1988, que garantiu a inclusão e ampliação de direitos fundamentais a todos os brasileiros, o acesso à educação de qualidade, renda, trabalho e saúde continua muitíssimo limitado, especialmente no que diz respeito à população negra e periférica.

Criado em 1990 para garantir o direito à saúde a todos os brasileiros, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos muitos avanços incompletos quando se trata da ampliação da cidadania no país. Embora o SUS tenha como princípios a universalidade, igualdade, equidade e a integralidade, a consolidação dessas diretrizes enfrenta, no cotidiano, numerosas dificuldades. Mesmo assim, o sistema público de saúde brasileiro tornou-se, ao longo dos anos, referência mundial e garantiu que qualquer pessoa, em teoria, tivesse acesso a consultas, procedimentos ambulatoriais, aplicação de vacinas e até a transplante de órgãos.

Como se não bastassem as dificuldades de consolidação, democratização e ampliação do acesso à saúde em um país com desigualdades abissais e território continental, o SUS ainda enfrenta outro enorme obstáculo: o impacto da violência sobre a saúde física e psíquica de seus usuários e profissionais, além da interrupção do funcionamento de unidades de saúde.

Obviamente, viver em meio a tiroteios recorrentes é viver sob tensão. Os tiros não só matam e ferem, mas impactam de muitas formas a saúde dos moradores de favelas. Quem sobrevive também sente, na mente e no corpo. Os 1.277 registros de tiroteios com a presença de agentes de segurança pública computados em 2019 pelo Instituto Fogo Cruzado, na cidade do Rio de Janeiro, revelam que este tipo de violência se distribui de forma extremamente desigual, como quase tudo no Brasil. Este relatório mostra como, mesmo entre comunidades cariocas com características socioeconômicas semelhantes, as mais afetadas por operações policiais são aquelas onde mais se adoecem. Para além do sofrimento impossível de mensurar, são vários os custos sociais e econômicos desse prejuízo à saúde, especialmente para as pessoas adoecidas, mas também para toda a sociedade que, no mínimo, perde produtividade e precisa tratar condições que, em outro contexto institucional, seriam perfeitamente evitáveis.

O discurso de que, no Brasil, se vive uma guerra, e que o comércio de drogas precisa ser combatido a qualquer preço, tem servido há décadas para justificar uma política baseada em permanentes incursões policiais em favelas e periferias. Que fique muito claro: a chamada guerra às drogas é uma escolha política que define como alvo determinados territórios supostamente inimigos – locais que abrigam pessoas pobres e negras que merecem ser tão protegidas pelo Estado quanto os moradores das áreas mais ricas das grandes cidades. Mas, ao fim e ao cabo, são os moradores de favelas e periferias que sofrem, adoecem e vivem sob estresse, medo e ansiedade.

Com a desafiadora tarefa de estimar os custos da guerra às drogas para a saúde da população, esta pesquisa ouviu 1.500 moradoras e moradores de seis comunidades do Rio de Janeiro, semelhantes do ponto de vista socioeconômico, mas expostas a diferentes graus de violência armada provocada por agentes de segurança pública. O objetivo foi avaliar o impacto dessa exposição no acesso aos serviços de saúde e no estado de saúde da população propriamente dita. Além disso, foram calculados os seguintes custos econômicos associados a:

1. Afastamentos de atividades habituais provocados por problemas de saúde;
2. Interrupção dos serviços de saúde;
3. Tratamento de determinadas morbidades agravadas pela contínua exposição a tiroteios provocados por agentes do Estado.

O relatório a seguir está dividido em cinco capítulos, além desta introdução e da conclusão. O primeiro apresenta um breve histórico das políticas de saúde no Brasil, destacando a criação do Sistema Único de Saúde e o funcionamento da rede de atenção primária no Rio de Janeiro. O segundo discute, à luz da literatura, os impactos da violência no campo da saúde, além de descrever as ferramentas acionadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para minimizar estes impactos. O terceiro detalha a metodologia utilizada para a seleção das comunidades do estudo; para a realização da pesquisa de campo; e para a estimação dos efeitos dos tiroteios com agentes de segurança na saúde da população afetada. No quarto capítulo são detalhados os principais resultados da pesquisa. O quinto apresenta os cálculos realizados para estimar os custos monetários dos efeitos da guerra às drogas na saúde.

1. PANORAMA DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL E NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO



POLÍTICAS DE SAÚDE EM UM PAÍS DESIGUAL

Todos os brasileiros que hoje têm mais de 35 anos nasceram antes da Constituição de 1988 e, portanto, em um país sem um sistema universal de saúde. Um século após a abolição da escravatura ainda prevalecia o “salve-se quem puder”² sobre o qual o Brasil foi construído e mantido e, na prática, a maioria da população estivera quase sempre entregue à própria sorte. Apenas com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, toda a população sem recursos ou emprego formal, passa a ter o direito de acesso à saúde assegurado.

Antes da década de 1920, a intervenção estatal na saúde pautou-se em ações coletivas de controle e manutenção da ordem social. Havia ações pontuais do Estado para tratamento de doenças infecciosas, saúde mental, vacinação, saneamento básico³ e outros agravos como ancilostomíase, malária e doença de Chagas⁴.

Nessa época, o atendimento médico era baseado na livre demanda e financiado, em sua maioria, por recursos próprios daqueles com condições de custear esse serviço. Entretanto, um conjunto de fatores, que incluíam mudanças no pensamento sanitário, no contexto político e na crescente insatisfação da classe trabalhadora com as condições de exercício laboral e direitos trabalhistas, possibilitou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) através da Lei Eloy Chaves, de 1923, marco inicial do sistema previdenciário brasileiro⁵.

Essas CAPs eram financiadas de forma tripartite pela União, pelas empresas empregadoras e por seus empregados, tendo apenas trabalhadores do setor privado e seus dependentes segurados. As CAPs tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias), além da assistência médica. O modelo originalmente atendia os ferroviários, depois foi estendido para estivadores e marítimos em 1926, e somente a partir de 1930 para outras categorias de empregados formais urbanos⁶.

² A expressão intitula o episódio 7, dedicado à história da saúde da população negra no Brasil, do *podcast* do Projeto Querino, coordenado por Tiago Rogero e lançado em agosto de 2022. Disponível em: <https://projetoquerino.com.br/>.

³ CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. *Estudos avançados*, v. 27, p. 7-26, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?format=pdf&lang=pt>.

⁴ LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 10, p. 1037-1051, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/7FC4VhLTJrYxJKPNkGyfrJR/?format=pdf>.

⁵ idem nota 4.

⁶ BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. *São Paulo em perspectiva*, v. 18, p. 33-40, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/FW6BPGx3MvRhB4zGD7cnBxD/?format=pdf>

Em 1930, já com Getúlio Vargas no poder, foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, posteriormente denominado Ministério da Educação e Saúde, em 1937. A conjuntura política daquela década (processo de industrialização, redefinição do papel do Estado e surgimento de políticas sociais) contribuiu para a substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Essa mudança buscou contemplar um maior número de assalariados urbanos, como forma de “antecipar” as reivindicações dessas categorias⁷, mas sem garantir o caráter universal de acesso à assistência médica, restringindo-se a assalariados formais⁸. Apenas em 1953 o Ministério da Saúde tornou-se independente.

Em 1960, a Lei Orgânica de Previdência Social consolidou o processo de unificação dos IAPs que se iniciara em 1941. Mesmo com a centralização dos recursos, em termos de assistência em saúde, o atendimento previdenciário brasileiro ainda se caracterizava por ser extremamente excludente, pois somente trabalhadores contribuintes poderiam se beneficiar dos serviços. Apesar da grande população rural, a abrangência da intervenção se mantinha exclusivamente urbana ao longo de décadas. Para se ter uma ideia de quão estreita era essa cobertura, em 1960, os segurados da Previdência Social representavam pouco mais de 7% da população brasileira⁹.

É importante ressaltar que toda a assistência médica individual e curativa permanecia vinculada à área da Previdência Social, às instituições filantrópicas e à medicina privada¹⁰. A maioria da população que não tinha qualquer cobertura previdenciária só podia acessar serviços de saúde pagos ou oferecidos por instituições filantrópicas. Em caso de um acidente, por exemplo, o Estado não oferecia nem mesmo serviços de emergência à maioria das pessoas.

Em meados da década de 1970, a assistência médica da Previdência Social passou a ser lenta e gradualmente estendida. Em 1974, os casos de emergência passaram a ser admitidos pela rede de serviços médicos da Previdência Social mesmo que o paciente não fosse segurado. A medida teria sido adotada como resposta a denúncias na imprensa de omissão de socorro e relativa folga no caixa previdenciário, fazendo parte dos esforços de legitimação da ditadura militar¹¹.

Foi somente em 1988, com a redemocratização e a promulgação de uma nova Constituição Federal, que o ordenamento legal incorporou o conceito de que todos os cidadãos brasileiros têm direito a atendimento médico e hospitalar e cuidados em saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos

⁷ idem nota 6.

⁸ JÚNIOR, Aylton Paulus; JÚNIOR, Luiz Cordon. Políticas públicas de saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006. Disponível em: https://www.professores.uff.br/jorge/wpcontent/uploads/sites/141/2017/10/v8n1_artigo_3.pdf.

⁹ MERCADANTE, Otávio (Coord.), et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

¹⁰ idem nota 4.

¹¹ CARDOSO JR., Celso; JACCOUD, Luciana. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, Luciana (org.). *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. Brasília: IPEA, 2005, Cap. 5.

e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”¹².

Como consequência desse direito constitucional, foi sancionada a Lei 8.080 de 1990¹³, que implementou e regulamentou o SUS no Brasil. O Sistema é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, com a iniciativa privada participando de forma complementar.

O SUS é responsável pela regulação, fiscalização, controle e execução de ações e serviços de saúde e tem como princípios e diretrizes: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica¹⁴. Em termos de gestão, o SUS possui uma estrutura descentralizada, em que os municípios têm atribuições, recursos e responsabilidade para atendimento à população local de maneira mais otimizada.

A rede se organiza em três níveis de atenção à saúde¹⁵: primária, secundária e terciária. A atenção primária é a porta preferencial para entrada de usuários no SUS, pois tem como ênfase a prevenção e promoção da saúde. Os casos que não podem ser resolvidos nesse primeiro nível de atenção são encaminhados para tratamento na rede de atenção especializada, composta pelos níveis secundário e terciário. No nível da atenção primária, atuam as Unidades Básicas de Saúde (UBS), como os postos de saúde, e as equipes da Estratégia de Saúde da Família, entre outras. A atenção secundária é voltada a serviços de média complexidade, como aqueles de urgência e emergência prestados pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e por centros com exames especializados. O nível terciário, com serviços de alta complexidade, é oferecido em hospitais de grande porte, Santas Casas e outras unidades que contam com leitos de UTI, centros cirúrgicos e procedimentos de custos mais elevados.

A história da política de saúde no Brasil revela a importância do SUS como instrumento de democratização do acesso à saúde, ainda que problemas de financiamento tornem persistentes as desigualdades na assistência oferecida à população. Essa dualidade se mantém, como veremos, no caso específico da cidade do Rio de Janeiro.

¹² BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, art. 196, 1998.

¹³ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para.correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias.

¹⁴ idem nota 3.

¹⁵ O conceito de “atenção à saúde” engloba o conjunto de ações, em todos os níveis governamentais, visando atender às demandas da população e exigências ambientais. Essas demandas abarcam os campos da assistência à saúde senso estrito, das intervenções ambientais e das políticas externas ao setor saúde. Além disso, esses três campos contemplam todas as ações dos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela sua promoção, proteção e recuperação. Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Brasília, v. 134, n. 216, nov. 1996. Seção 1, p. 22932-22940.

A REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO RIO DE JANEIRO

A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada do cidadão no SUS e promove o acompanhamento longitudinal do mesmo¹⁶. No decorrer dos anos, a APS se consolidou no país a partir de distintas estratégias, sendo a primeira delas a criação do programa de agentes comunitários de saúde (ACS) em 1991¹⁷. Esse profissional é de extrema importância porque seu trabalho se realiza próximo ao cotidiano das pessoas e, por meio das visitas domiciliares, os ACS coletam informações socio-demográficas e de saúde das famílias sob sua responsabilidade, o que permite aos profissionais técnicos da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem) intervir e garantir atenção às necessidades e problemas da população¹⁸.

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado e passou a contar com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, além dos ACS¹⁹ e profissionais de outras áreas. A partir de 2006, o PSF se transformou em Estratégia de Saúde da Família (ESF), abordagem mais horizontalizada e articulada, marcando uma reestruturação do sistema de saúde e do modelo assistencial até então vigente²⁰.

Nos anos subsequentes, diferentes programas foram implantados com o objetivo de fortalecer e expandir os serviços locais da APS, como o Saúde na Escola (2007), o Mais Médicos (2013) e muitos outros. É essa política “capilarizada” que orienta a organização da APS no município do Rio de Janeiro, assim como em todo o país.

Na cidade do Rio de Janeiro, os dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) indicam um forte aumento da cobertura de saúde da família entre 2007 e 2020, de 8,2% para 50,0%. Segundo Erika Almeida²¹, essa expansão da APS no município do Rio de Janeiro até a década passada foi observada majoritariamente em localidades mais pobres. Quanto à administração dos serviços de saúde, o município do Rio de Janeiro está dividido em dez áreas programáticas (Figura 1), cada uma composta por distintos bairros.

¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2017.

¹⁷ ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate*, v. 42, p. 244-260, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/?format=pdf>.

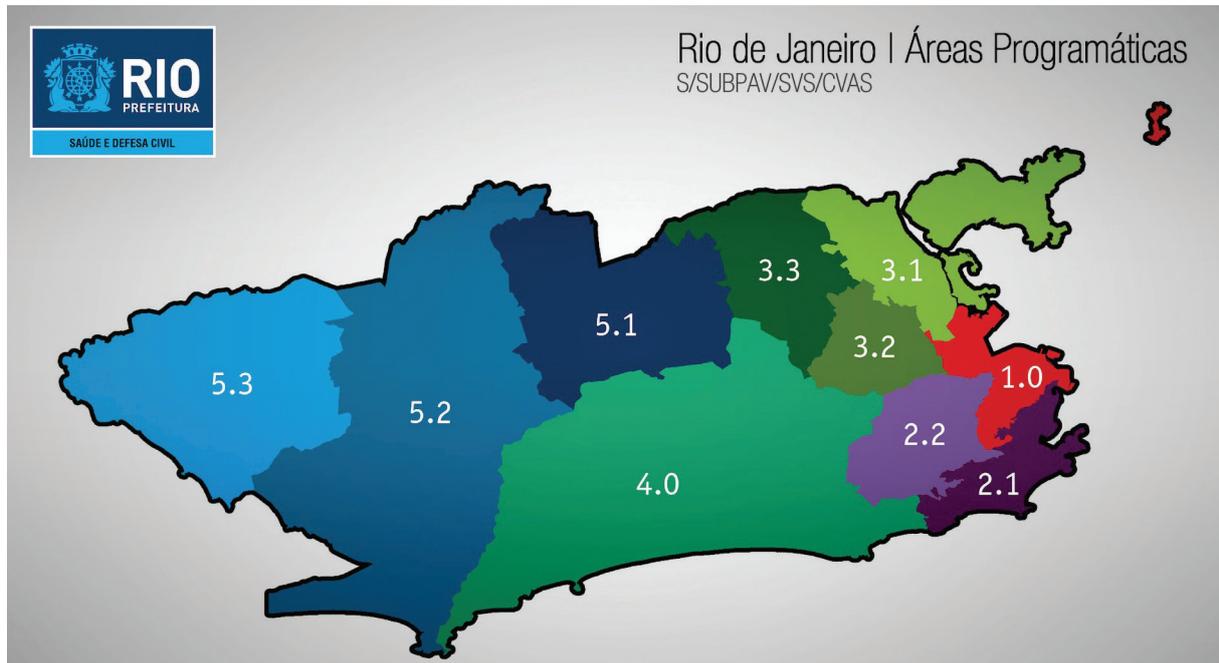
¹⁸ COSTA, Simone de Melo et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 2147-2156, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Hp8zXRHDfcytm6vFb58dRhj/?format=pdf>.

¹⁹ idem nota 17.

²⁰ ALMEIDA, Erika Rodrigues de et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. 180, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e180/pt>.

²¹ idem nota 20.

FIGURA 1: DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DAS ÁREAS PROGRAMÁTICAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2022

O diferencial da atenção primária em saúde é a lógica territorializada, o que permite que os serviços se encontrem mais próximos ao dia a dia da população em cada território²² (SMS, 2022). Dessa forma, a estratégia da APS – de identificar as necessidades e problemas de saúde dos cidadãos e acompanhá-los nos seus diversos ciclos de vida – só pode ser plenamente implementada quando seus serviços se mantêm em funcionamento. Locais com episódios frequentes de violência armada podem ser duplamente impactados: esses eventos podem provocar o fechamento das unidades de saúde e contribuir para o surgimento de problemas de saúde, sobrecarregando assim os atendimentos²³. A desestruturação dos serviços devido a situações de violência pode desarticular o acesso desses cidadãos não somente à APS, mas também aos demais serviços da rede de atenção à saúde que costumam ser acessados pelos usuários a partir de sua articulação com a APS.

²² Prefeitura Municipal de Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Carteira de serviços da atenção primária: abrangência do cuidado. / Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde; [organização] Superintendência de Atenção Primária. -- 3. ed. rev. atual. e aum. -- Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://subpav.org/download/impressos/Livro_CarteiraDeServicosAPS_2021_20211229.pdf.

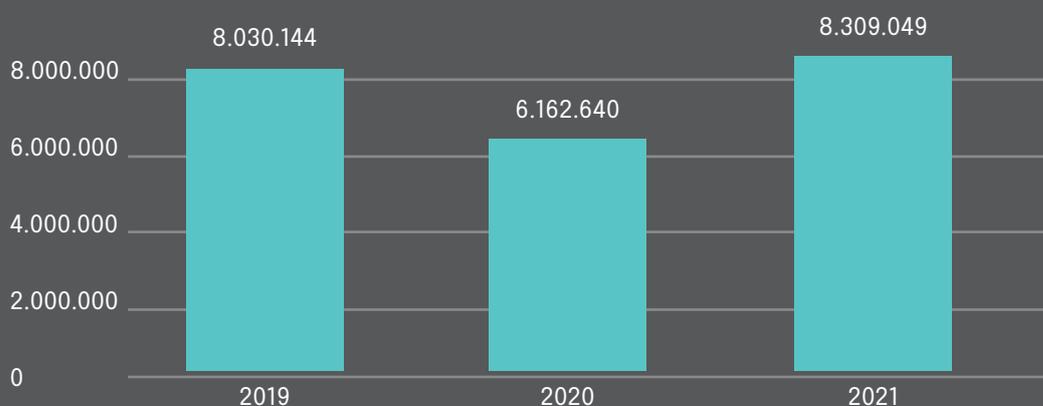
²³ MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e educação: impactos e tendências. *Revista Pedagógica*, v. 15, n. 31, p. 249-264, 2013. Disponível em: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/pedagogica/article/view/2338>.

VISÃO GERAL SOBRE NÚMERO DE UNIDADES E ATENDIMENTOS REALIZADOS

Segundo a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SUBPAV) (2022), o município do Rio conta com 236 unidades de APS, o que inclui clínicas da família, centros municipais de saúde e centros saúde escola. Atualmente, são 1.307 equipes, sendo 1.259 equipes de saúde da família, 39 equipes de atenção primária e 9 equipes de consultório na rua. Além disso, existem 21 unidades prisionais cobertas pela APS que contam com 18 equipes de atenção primária prisional.

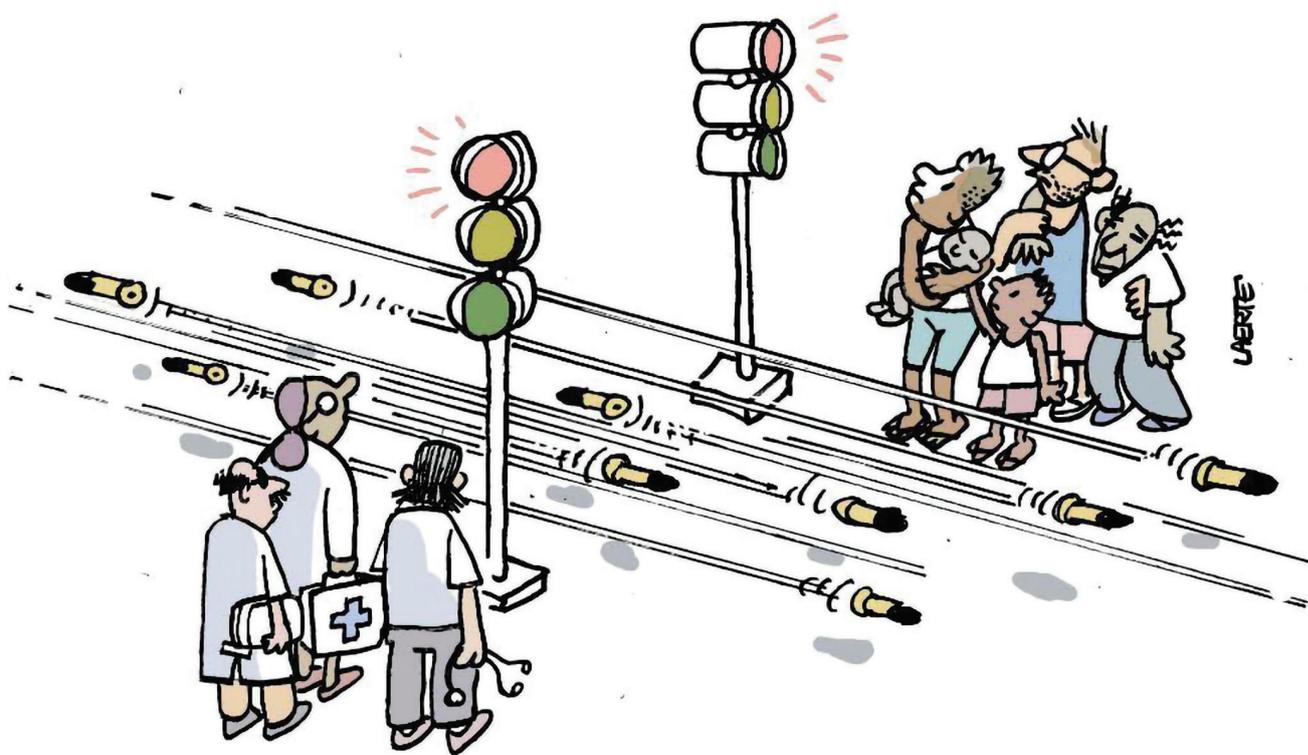
Entre os anos de 2019 e 2021 foram realizados 22.501.833 atendimentos nas unidades do município. Em 2019, foram realizados cerca de oito milhões de atendimentos (média de 669.179 por mês). Em 2020, no início da pandemia do novo Coronavírus, houve uma queda de 23% no número de atendimentos, reflexo das restrições de circulação da população, além do contingenciamento de leitos para tratamento de pacientes com Covid-19. Com o advento das vacinas para Covid-19 e a consequente vacinação gradual da população, os atendimentos médicos em 2021 voltaram ao patamar pré-pandêmico, o que correspondeu a aumento de 35%, comparativamente a 2020.

GRÁFICO 1: TOTAL DE ATENDIMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MRJ, 2019 A 2021 (EM VALORES ABSOLUTOS)



Fonte: SISAB, 2022

2. IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE



A VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE

Os estudos de Cecília Minayo, socióloga e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, marcam o início das reflexões acerca da interface entre violência e saúde pública. Na América Latina, até os anos 1970, a agenda deste campo não incorporava a temática da violência²⁴, o que ocorreu de forma mais ampla somente a partir dos anos 1980. Esta incorporação é decorrente, sobretudo, da mudança no perfil de morbimortalidade²⁵ da maioria dos países latino-americanos, nos quais as violências diversas passaram a figurar entre as principais causas de mortalidade do continente.

No contexto brasileiro, os impactos da violência no perfil de morbimortalidade da população influenciaram a organização do sistema de saúde na medida em que se verificou que a violência afetava a saúde individual e coletiva, provocava mortes, lesões e traumas e reduzia a qualidade de vida. Esses fatores desafiavam os serviços de saúde e evidenciaram a necessidade de atuação interdisciplinar, intersetorial e socialmente engajada²⁶. Dessa maneira, Minayo *et al*²⁷, apresentaram um conjunto de políticas e ações para promover núcleos seguros de atendimento às vítimas, monitorar as ocorrências de violências e acidentes, além de orientar os atendimentos hospitalares visando prevenir e reduzir a violência e os acidentes que matam e lesionam pessoas no Brasil²⁸.

O campo da saúde passou a construir respostas para o enfrentamento à violência em diversos níveis como a atenção, vigilância, prevenção e promoção da saúde de modo a garantir o direito à vida e ampliar o acesso à cidadania. Em 1975, foi criado o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), mecanismo voltado à compreensão da mortalidade por violência no país. Em 2001 foi promulgada, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) que incorporou o tema como problema de saúde pública e estabeleceu diretrizes para seu enfrentamento.

²⁴ MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, V. 28 p. 55 – 63, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/TCN4ptLymmRGFjgGW3FrCbs/?format=pdf&lang=pt>.

²⁵ Trata-se da junção dos conceitos: morbidade e mortalidade. O primeiro diz respeito à presença de um tipo de doença na população; enquanto o segundo, refere-se a estatística sobre as mortes. Sendo assim, os dois conceitos indicam doenças que são as causas de morte para determinada população em um período específico. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/divulgacao-do-perfil-de-morbimortalidade-da-unidade-hospitalar-1>.

²⁶ MINAYO, Maria Cecília de Souza; SILVA, Mayalu Matos; RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; FROSSARD, Vera Cecília; SOUZA, Rosane Marques de SCHENKER, Miriam. “No meio do fogo cruzado”: reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, V. 26 p. 2109 – 2118, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HP7Fpy7bkkJ49vzBkrS3Yfg/?format=pdf&lang=pt>.

²⁷ MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de; SILVA, Marta Maria Alves da; ASSIS, Simone Gonçalves de. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, 2007 – 2016, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Q3kCPCWfBzqh8mzBnMhxMj/?format=html>.

²⁸ Idem nota 27.

Outro importante marco da inclusão da pauta da violência ao sistema de saúde brasileiro é a formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006. A PNPS estabeleceu como sua prioridade a redução das violências e estimulou o trabalho em rede, com ênfase na implementação de uma ficha de notificação de violência interpessoal. Em 2011, o Ministério da Saúde incluiu a violência como agravo de notificação compulsória, implicando na padronização de procedimentos e fluxos para a vigilância epidemiológica. Na prática, todo profissional de saúde deve notificar os casos de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo obrigatório para: “caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.”

Para conhecer o perfil das vítimas de violência psicológica, sexual e física no Brasil, Cecília Minayo, Liana Pinto e Cosme Silva²⁹ analisaram os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, desenvolvida pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde e a Fiocruz. O objetivo era analisar as características sociodemográficas e comportamentais de adultos que sofreram violência física, psicológica ou sexual no Brasil. Os autores verificaram que 18.3% dos respondentes já haviam sido vítimas desses tipos de violência, com maior peso para os que haviam sofrido violência psicológica. O perfil das vítimas era praticamente o mesmo para os três tipos de violência: mulheres, jovens (18 a 29 anos), negros e indígenas, com renda de até um salário mínimo e com, no máximo, ensino fundamental completo. Também foram avaliados, no levantamento, informações mais gerais sobre o estado de saúde e o uso de álcool. Há um aumento na vitimização conforme a avaliação da saúde piora, bem como quando o uso de álcool é mais frequente. Ter problemas de saúde mental, como depressão, também foi relacionado à vitimização por esses tipos de violência. Esses resultados evidenciam que o perfil de gênero das vítimas de violências letais e não letais é distinto. Enquanto entre as vítimas de homicídio homens jovens e negros aparecem com mais frequência, em relação às violências não letais as mulheres são as principais vítimas³⁰.

No contexto global, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 2002, o *World Report on Violence and Health*³¹, um relatório que aborda várias formas de manifestação da violência e suas consequências para a saúde e políticas públicas. Segundo esse relatório, no que

²⁹ MINAYO, Maria Cecília de Souza; PINTO, Liana Wernersbach; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. A violência nossa de cada dia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 3701-3714, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/W5fnbCRywfrLtSKvD4RzQqp/?format=pdf&lang=pt>.

³⁰ Idem nota 29.

³¹ KRUG, Etienne et al. (orgs.). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf.

tange à violência coletiva – incluindo os conflitos armados – os impactos sobre a saúde estão relacionados às:

- a) Mortalidade: aumento dos óbitos por causas externas, doenças infecciosas e doenças não transmissíveis;
- b) Morbidade: aumento nas incapacidades como consequência das causas externas, aumento da violência sexual, morbidade por doenças infecciosas, prematuridade e baixo peso ao nascer, desnutrição, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, comportamento suicida;
- c) Incapacidade: aumento de casos de incapacidade física, psicológica e social.

Segundo o Ministério da Saúde³², os impactos da violência na saúde causam elevados custos psicológicos, sociais e com aparatos de segurança pública. Além disso “...*causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. Ao sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais*”³³.

No Brasil, as situações de violência em determinados territórios não afetam somente as condições de saúde das pessoas, mas também impactam a demanda aos serviços de atenção à saúde, como:

1. Aumento da demanda de atendimentos, seja para acompanhamento com profissionais da área da saúde mental, seja para urgência e emergência, reabilitação, entre outros;
2. Interrupção dos atendimentos devido às situações de violência no território em que os serviços de saúde estão localizados, o que desorganiza os processos de trabalho estabelecidos e, conseqüentemente, impacta a saúde da população;
3. Adoecimento psíquico dos profissionais de saúde que atuam em territórios com conflito armado.

A violência armada não é tema central para as políticas de saúde, tampouco figura como um agravo de notificação compulsória por parte dos profissionais de saúde. No entanto, esta forma de violência está presente no dia a dia de milhares de indivíduos – especialmente dos moradores de favelas e periferias –, impactando a saúde das pessoas e o funcionamento de instituições.

³² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: 2005. 340 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf.

³³ idem nota 32.

Um estudo de caso realizado em bairro da zona norte do município do Rio de Janeiro³⁴ identificou os principais impactos da violência armada na saúde de profissionais e usuários dos serviços de saúde, bem como no funcionamento das unidades de atenção primária. A pesquisa coletou informações sobre os casos de violência registrados em dois serviços de saúde entre outubro e dezembro de 2015, a partir principalmente da análise de prontuários e de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores dos serviços de saúde.

Considerando o impacto de episódios violentos sobre a saúde de usuários e profissionais, os resultados destacam o desenvolvimento ou piora de sintomas relacionados à gastrite, úlcera, descontrole glicêmico e hipertensão. Como reação imediata aos eventos violentos foram mencionados vômitos, diarreias em crianças e sangramento em grávidas. Em relação à saúde mental foram registrados ansiedade, insônia, estresse, alterações de humor, sofrimento psíquico difuso e intenso, dificuldades de relacionamento e medo de sair de casa, além de quadros mais graves como crises de pânico, fobias, depressão e agravamento de quadros psicóticos.

A gravidade dos casos atendidos, as dificuldades de encaminhamento e de resolução dos problemas e ainda a vulnerabilidade social dos usuários são fatores de sofrimento para os profissionais de saúde. No entanto, a capacidade de resiliência identificada entre os usuários no enfrentamento de situações adversas mantém algum ânimo entre os profissionais.

De acordo com Raphael Santos³⁵, as situações de conflito armado afetam os profissionais que atuam em determinados territórios na medida em que percebem fragilidades que vão desde a falta de apoio da gestão, até possíveis hiatos em sua formação que não os prepara para enfrentar níveis acentuados de exposição à violência armada. A falta de estrutura psicológica e o cerceamento de direitos básicos dos usuários do SUS também prejudicam a atuação desses profissionais, o que acarreta uma assistência muito distante daquela ideal³⁶.

Cynthia Machado³⁷ analisou a violência urbana e as repercussões nas ações de cuidado no âmbito da saúde da família. A partir do relato de enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), a autora demonstrou que a violência impacta negativamente as ações de cuidado adiando consultas, suspendendo visitas e atendimentos domiciliares, além de provocar medo e ansiedade entre os profissionais de saúde. É possível argumentar que as situações de violência têm caráter ainda mais complexo ao fragilizar princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como:

³⁴ Idem nota 26.

³⁵ SANTOS, Raphael Sampaio. *A violência no território da unidade de saúde da família, a formação e a prática de profissionais - uma abordagem socioclínica institucional*. Dissertação [Mestrado Profissional em Ensino na Saúde] - Universidade Federal Fluminense; 2018. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/8955>.

³⁶ idem nota 35.

³⁷ MACHADO, Cynthia Braz. *A violência urbana e as repercussões nas ações de cuidado no território da saúde da família*. Dissertação [Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde] - Universidade Federal Fluminense; 2015. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/1677>.

integralidade da assistência, intersetorialidade e o processo de territorialização das equipes. A descaracterização desses pilares devido aos episódios de violência impede que a atenção primária se desenvolva de forma adequada³⁸.

Estudo realizado com moradores das 16 favelas que compõem o Complexo da Maré³⁹ revelou que a exposição às experiências de violência afeta a saúde física e mental da população, além de interferir negativamente no acesso aos serviços de saúde dos territórios. Foram aplicados 1.211 questionários com o objetivo de saber, entre outras coisas, se os moradores apresentaram problemas de saúde física e/ou mental e sensação de medo em contextos violentos. Eliana Silva e Paul Heritage⁴⁰ identificaram altos níveis de medo da exposição à violência como: ficar no meio de tiroteios, ser baleado ou ter uma pessoa próxima alvejada, o que compromete a saúde mental e a qualidade de vida desses indivíduos.

Além de interferir no acesso aos serviços de saúde, a violência armada produz efeitos na oferta desses serviços. É o que apontou uma pesquisa realizada em 2014 com 1.200 moradores de quatro comunidades do Rio de Janeiro semelhantes em termos socioeconômicos, mas expostas a diferentes níveis de violência conforme a presença ou não de Unidades de Polícia Pacificadora (UPP)⁴¹ no território⁴². Os autores concluíram que a violência armada tem maior efeito na oferta de serviços de saúde do que na demanda. Os moradores das comunidades sem UPP relataram com maior frequência que as unidades de saúde interromperam o funcionamento e que os profissionais ficaram impedidos de chegar até seus locais de trabalho (impactos na oferta do serviço) em comparação ao seu próprio comparecimento nas unidades (impactos na demanda pelo serviço). Apesar disso, esses efeitos só ocorreram nos locais onde a violência armada é mais elevada, com reflexos no aumento dos níveis de homicídios. Apenas a presença de atores armados no território não seria suficiente para impactar nem a oferta nem a demanda pelos serviços de saúde. A violência armada também não impactou o cadastramento dos moradores nas unidades de saúde, outra dimensão da demanda, nem foi apontada como fator determinante para a escolha do tipo de serviço, como unidades básicas de saúde ou hospitais.

³⁸ D'ÁVILA, Janaina Dorneles de Quadros. *A atenção primária em saúde sob os muros da contenção territorial impostos pela violência urbana*. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Política Social e Serviço Social] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/189974>.

³⁹ SILVA, Eliana Souza; HERITAGE, Paul. (orgs.). *Coleção Construindo Pontes*. Livro 1. Estudo com moradores das 16 favelas da Maré. Disponível em: https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/LIVRO_01_CONST_PONTES_ONLINE.pdf.

⁴⁰ idem nota 39.

⁴¹ As Unidades de Polícia Pacificadora (UPP) foram um projeto do Governo do Estado do Rio de Janeiro criado em 2008 com o objetivo declarado de ocupar as favelas e "retomar" os territórios controlados por grupos armados. Na prática, as UPPs intensificaram a militarização das favelas e as violações de direitos. A partir de 2018, com a crise fiscal fluminense, as UPPs sofreram sucessivos cortes orçamentários que culminaram com o fim do projeto. Ver MUSUMECI, Leonarda. UPP. Última chamada. Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESeC), 2017. Disponível em: bit.ly/301TW9D;

⁴² BORGES, Doriam et al. *O impacto da violência no acesso à saúde nas comunidades de baixa renda. Igarapé*, 2014. Disponível em: <https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2016/04/O-impacto-da-viol%C3%A2ncia-no-acesso.pdf>.

Embora a atenção primária em saúde sofra impactos em seus processos pela ocorrência desses conflitos, ela também é obrigada a preservar alguma continuidade em seus atendimentos locais devido à sua lógica territorializada. Entretanto, isso pode não ser observado em serviços da atenção terciária, ou seja, os hospitais. Cláudia Araújo⁴³ mostrou que, quando há a necessidade de visita domiciliar por profissionais da atenção terciária a pacientes que residem em área de conflito, sua realização é muito dificultada. Uma das formas encontradas para viabilizar esse acesso é a solicitação de deslocamento dos usuários para outro endereço fora da região de conflito, o que nem sempre é viável para todos.

A violência armada provocada pelo próprio Estado brasileiro implica em desafios complexos e duradouros para o funcionamento dos serviços de saúde, além de causar consequências graves para aqueles que são obrigados a conviver com esta realidade. Como Minayo *et al* sugerem, produzir informação acerca desse tema é essencial para formulação de políticas públicas que estejam comprometidas com as necessidades dos profissionais e usuários do sistema de saúde e para contribuir com a redução da vulnerabilidade causada por uma política de segurança pública que funciona a partir da lógica de guerra e que provoca ainda mais violência⁴⁴.

O ACESSO MAIS SEGURO: A SAÚDE EM ÁREAS SOB CONFLITO

O Rio de Janeiro convive com constantes episódios de violência armada, especialmente em contextos de operações policiais, que são obstáculos para o funcionamento de serviços de saúde⁴⁵. A chamada “guerra às drogas” tornou necessária a adoção de um protocolo utilizado em contexto de conflitos armados para possibilitar a manutenção dos atendimentos nestes serviços.

⁴³ ARAÚJO, Cláudia Mendes de. Assistência Domiciliar: Estratégias de atendimento aos usuários do SUS que residem em área de violência urbana. Dissertação [Mestrado em Saúde, Ciência, Tecnologia & Inovação] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro; 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13981>.

⁴⁴ MINAYO, Maria Cecília de Souza; SILVA, Mayalu Matos; RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; FROSSARD, Vera Cecília; SOUZA, Rosane Marques de SCHENKER, Miriam. “No meio do fogo cruzado”: reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. V. 26 p. 2109 - 2118, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HP7Fpy7bkkJ49vzBkrS3Yfg/?format=pdf&lang=pt>.

⁴⁵ SANTOS, Raphael Sampaio dos, et al. Nuances entre o Acesso Mais Seguro e o conflito armado no contexto da atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VP6JvV4XgJh5ygJHTwkKVWs/?format=pdf&lang=pt>.

A carteira de serviços da atenção primária em saúde (CaSAP) do município do Rio de Janeiro⁴⁶ dispõe sobre as ações que precisam ser realizadas pelas equipes de atenção primária e é uma forma de orientar os gestores e profissionais acerca do que se espera desses atendimentos. Um dos pontos abordados na carteira de serviços se refere ao “Acesso Mais Seguro”, uma metodologia que visa minimizar os efeitos da violência armada na prestação de serviços públicos essenciais como saúde, educação e assistência social.

O programa foi desenvolvido pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) a partir de protocolos internos voltados para a atuação em zonas de conflitos armados e guerras, adaptados para a realidade dos serviços públicos brasileiros. Implementado pela primeira vez no Rio de Janeiro em 2009 nas secretarias municipais de saúde e educação, o programa foi expandido e hoje está presente em outras capitais do país. A partir dessa metodologia, cada unidade de saúde elabora protocolos de gestão de risco com orientações específicas para guiar o comportamento de profissionais e pacientes nos momentos de conflito, respeitando as particularidades locais⁴⁷. A criação e aplicação desses protocolos pelos profissionais nos territórios indica a manutenção ou suspensão na prestação de serviço de acordo com a avaliação e classificação do risco para a vida dos profissionais e da população atendida, sempre visando a garantia do acesso de forma segura.

A Secretaria Municipal de Saúde estabeleceu um sistema de risco com três cores e divulga, em tempo real, a situação das unidades do município⁴⁸. Na manhã de 25 de maio de 2023, por exemplo, as clínicas da família Padre John Cribbin, em Realengo, e Ana Maria Conceição dos Santos Correia, em Vila Kosmos, estavam fechadas em função do alto risco no território, sinalizado pela cor vermelha (Figura 2). Nas duas localidades, a imprensa relatou tiros durante operações policiais. Situações de “risco moderado”, com recomendação de interromper visitas domiciliares, eram reportadas em áreas ao redor de unidades de saúde no Anil, Irajá, Del Castilho, Engenho Novo, Tijuca e Penha Circular, onde uma operação policial de dois dias já acumulava nove pessoas mortas e várias feridas⁴⁹.

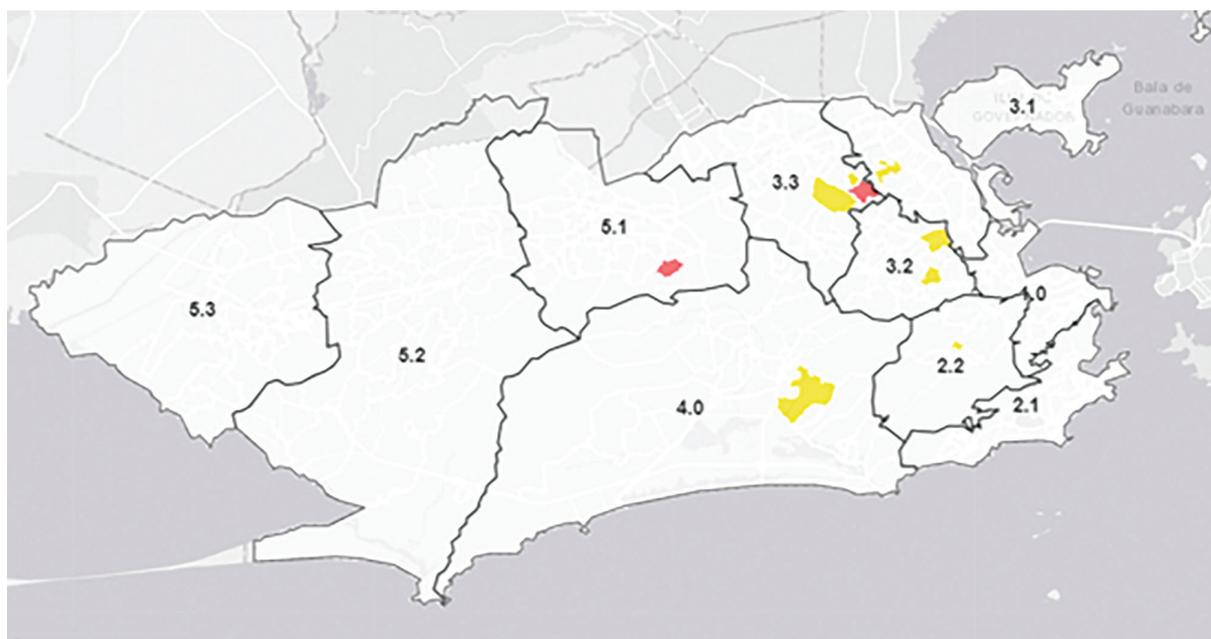
⁴⁶ Prefeitura Municipal de Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Carteira de serviços da atenção primária: abrangência do cuidado. / Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde; [organização] Superintendência de Atenção Primária. -- 3. ed. rev. atual. e aum. -- Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://subpav.org/download/impessos/Livro_CarteiraDeServicosAPS_2021_20211229.pdf.

⁴⁷ COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA. *Acesso mais seguro para serviços públicos essenciais*. 2023. Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/publication/acesso-mais-seguro-para-servicos-publicos-essenciais-resumo-executivo>.

⁴⁸ Essas informações podem ser acessadas no endereço: https://subpav.org/aps/publico/acesso_mais_seguro.

⁴⁹ Jornal O Dia, 25/05/2023. Disponível em: <https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2023/05/6639570-segundo-dia-de-operacao-no-complexo-da-penha-deixa-mortos-e-feridos.html>.

FIGURA 2: MAPA DE NOTIFICAÇÕES ATIVAS DA PLATAFORMA ACESSO MAIS SEGURO EM 25/05/2023



- AMARELO:** Situação de risco moderado no território. Preconizar a manutenção de trabalho interno, sem visita domiciliar das micro áreas com risco sinalizadas.
- LARANJA:** Situação de risco em reavaliação, após reabertura da unidade por risco grave. Preconizar a manutenção de trabalho interno.
- VERMELHO:** Situação de risco grave no território. Orientar saída em segurança dos usuários e profissionais da unidade, com posterior fechamento da unidade.

Fonte: Plataforma SUBPAV.

De acordo com Raphael Santos *et al*⁵⁰, o Acesso Mais Seguro tem relevância social, visto que estimula a reflexão nas comunidades sobre a necessidade de não se naturalizarem os episódios de violência. Por outro lado, a necessidade de existência do protocolo indica, ao menos, a aceitação tácita por parte da sociedade de que há rotineiramente e continuará a haver situações violentas que requerem frequentemente a interrupção dos serviços públicos de saúde no Rio, sobretudo os que atendem a população mais pobre da cidade.

⁵⁰ idem nota 45.

Registros de alertas e interrupções de serviços de saúde no município do Rio de Janeiro

Atualmente, o Acesso Mais Seguro é uma ferramenta restrita ao âmbito da gestão dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde. Os dados sobre o número de episódios de violência notificados, data e local das ocorrências, alertas enviados, bem como se houve danos físicos às unidades e aos profissionais de saúde não estão disponíveis para o público em geral.

A decisão de restringir o acesso às informações do programa é recente, o que inviabiliza uma análise mais específica sobre os efeitos da violência na rotina dos serviços de saúde. Um exemplo do que poderia ser feito com esses dados pode ser encontrado no trabalho de Frances Souza⁵¹. Com a obtenção de dados anteriores à restrição, Frances descreve qualitativamente os efeitos da violência no funcionamento cotidiano dos serviços de saúde a partir dos tipos de risco notificados em 2018 na Área de Planejamento 1.0. As notificações de alerta de risco mais frequentes foram:

- **VERDE:** (a) Comércio aberto, bares, comércio local, creche e escola funcionando corretamente; (b) Ausência de atores armados institucionalizados no território; (c) Mototáxis e pensões funcionando; (d) Pontos de vendas de drogas funcionando normalmente; (e) Atores armados na parte baixa da comunidade sem atitude de confronto; (f) Usuários de crack pela comunidade e (g) VLT (Veículo Leve sob Trilhos) funcionando normalmente.
- **AMARELO:** (a) Discussão e/ou confronto verbal dos moradores da comunidade com os policiais militares geradas a partir de prisões ou abordagens consideradas como abuso de autoridade; (b) Ausência de olheiro nos pontos habituais; (c) Tiroteio na noite anterior; (d) Operação da polícia militar e/ou civil para apreensão de drogas; (e) Incursão de policiais de outras forças, Correria entre suspeitos e/ou policiais; (f) Comércio, escola e creche fechados; (g) Ausência de usuários de crack nas redondezas; (h) Ausência de circulação de motocicletas dentro da comunidade; (i) Presença de helicópteros da Polícia Militar sobrevoando a comunidade; (j) Presença de “caveirão” (veículo blindado da polícia) no território; (k) Atores sociais agitados, mais alertas, com aumento da comunicação pelo rádio; (l) Queima de fogos sinalizando operação/incursão; (m) Ausência de circulação de motos dos meninos pela comunidade; (n) Roubo de Carga; (o) Tiroteio na comunidade sem repercussão no entorno da unidade; (p) Aviso de moradores aos usuários da unidade; (q) Morte de ator armado e (r) Atendimento dentro da UBS de feridos em confronto.
- **VERMELHO:** (a) Manifestações violentas com confrontos entre a polícia e os manifestantes; (b) Manifestações violentas em frente ou no entorno da unidade, com pessoas armadas com pedras, pedaços de madeira, bomba, cacos de vidros; (c) Veículos sendo incendiados no entorno da unidade ou em vias próximas, durante manifestações violentas; (d) Tiroteio no entorno da Clínica e nas principais vias de acesso à unidade; (e) Ordem de traficantes da área para fechar a unidade; (f) Presença de helicóptero participando de tiroteio no entorno da unidade; (g) Presença do caveirão em confronto no território e no entorno da unidade e (h) Atores armados pulando o muro e usando o estacionamento da unidade como rota de fuga.

⁵¹ SOUSA, Frances Waleska Aguiar de. *A Violência no Território e a Estratégia Acesso Mais Seguro na Área 1.0 do Município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado: Universidade Estácio de Sá, 2019. Disponível em: <https://portal.estacio.br/media/4681792/disserta%C3%A7%C3%A3o-frances-waleska-capa-dura.pdf>.

3. METODOLOGIA



CRITÉRIOS E BASES DE DADOS USADAS PARA A SELEÇÃO DAS COMUNIDADES

Como já mencionado, esta pesquisa tem como objetivo estimar o impacto da política de “guerra às drogas” em determinados territórios da cidade do Rio de Janeiro sobre a saúde física e mental da população nesses mesmos espaços, bem como os custos econômicos associados a tal política. Para tanto, foram comparadas áreas ao redor das unidades básicas de saúde mais expostas a tiroteios com a presença de agentes de segurança em 2019 e áreas que não foram expostas aos mesmos eventos, no mesmo período. Foram consideradas as ocorrências registradas na plataforma Fogo Cruzado a um raio de até 400 metros a partir das unidades de saúde.

O Instituto Fogo Cruzado monitora a incidência de violência armada e seus impactos em três regiões metropolitanas brasileiras: Rio de Janeiro, Recife e Salvador. Através de um aplicativo de celular, o Fogo Cruzado recebe e disponibiliza informações sobre tiroteios e disparos de arma de fogo. Assim, qualquer pessoa com um celular pode relatar a ocorrência de tiroteios e sua localização. Uma equipe de pesquisadores checa as informações enviadas por usuários nas redes sociais, imprensa e canais da polícia. Esses dados são compilados em um banco⁵² e disponibilizados pela instituição. Ressalta-se que a base de dados gerada pelo Instituto foi fundamental para que a presente pesquisa fosse realizada.

A obtenção de informações sobre o estado de saúde da população atendida pelas unidades foi feita a partir da aplicação de questionário a 1.500 moradores das áreas selecionadas. A seguir, serão descritas as fontes de dados utilizadas, assim como os critérios para a seleção das comunidades, a definição da amostra, o questionário e a coleta de dados.

Foram selecionadas somente unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro em função da consolidação da Estratégia Saúde da Família no município. A despeito da existência de dados de tiroteios em toda a Região Metropolitana, a comparação entre unidades de saúde dos demais municípios seria potencialmente prejudicada pela adoção de diferentes políticas de atenção primária⁵³.

Utilizou-se o ano de 2019 como referência para os registros de tiroteios com presença de agentes do Estado. Este período é anterior ao início da pandemia de Covid-19, que impactou sobremaneira o funcionamento

⁵² Disponível em: <https://api.fogocruzado.org.br/ocorrencias>.

⁵³ Foi necessário submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ). Para utilizar dados de outros municípios, o projeto precisaria ser submetido também a outras secretarias, o que poderia implicar diferentes exigências e alongar o tempo de execução e conclusão da pesquisa.

dos serviços de saúde em todos os países e no Brasil. Para a realização da pesquisa, foram utilizados dados sobre episódios de violência armada; perfil socioeconômico das comunidades e localização das unidades de saúde. Todas as bases de dados coletadas pela pesquisa são públicas e estão disponíveis na internet.

Os dados sobre o perfil dos territórios foram obtidos através do site do projeto Data Rio, do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (IPP), órgão de pesquisa da Prefeitura do Rio de Janeiro que publica, entre outras coisas, um painel de indicadores sobre a cidade e os sintetiza no Índice de Desenvolvimento Social (IDS)⁵⁴. O IDS é composto por oito indicadores⁵⁵, construídos a partir dos resultados do universo do Censo 2010 e tem como abrangência geográfica as áreas de planejamento (AP), regiões de planejamento (RP), regiões administrativas (RA), bairros e favelas do município do Rio de Janeiro. Os indicadores foram normalizados⁵⁶ e transformados em índices, que variam de 0 a 1. O índice final é formado pela média aritmética dos demais.

Foi também utilizada a base do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE) com os limites dos aglomerados subnormais em 2019⁵⁷, utilizada para a preparação do Censo 2020, que foi adiado para 2022. Essa base continha informações sobre as distâncias entre os aglomerados subnormais e os serviços de saúde como as unidades de atenção primária e de internação, como hospitais. Em 2019, o município do Rio de Janeiro tinha 778 aglomerados subnormais.

Com relação às unidades de saúde, recorreu-se ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)⁵⁸. Essa base disponibiliza publicamente os dados de latitude e longitude dos serviços cadastrados no sistema. Para checar as unidades de atenção primária que estavam ativas em 2022, foram usados os dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

⁵⁴ Índice de Desenvolvimento Social (IDS) por Áreas de Planejamento (AP), Regiões de Planejamento (RP), Regiões Administrativas (RA), Bairros e Favelas do Município do Rio de Janeiro - 2010, Instituto Pereira Passos, Prefeitura do Município do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.data.rio/documents/%C3%ADndice-de-desenvolvimento-social-ids-por-%C3%A9reas-de-planejamento-ap-regi%C3%B5es-de-planejamento-rp-regi%C3%B5es-administrativas-ra-bairros-e-favelas-do-munic%C3%ADpio-do-rio-de-janeiro-2010/about>.

⁵⁵ Percentagem de domicílios particulares permanentes com forma de abastecimento de água adequada, ou seja, ligados à rede geral de distribuição; Percentagem de domicílios particulares permanentes com esgoto adequado, ou seja, ligados à rede geral de esgoto ou pluvial; Percentagem de domicílios particulares permanentes com lixo coletado diretamente por serviço de limpeza ou colocado em caçamba de serviço de limpeza; Número médio de banheiros por morador; Percentagem de analfabetismo de moradores de 10 a 14 anos em relação a todos os moradores de 10 a 14 anos; Rendimento *per capita* dos domicílios particulares permanentes, expresso em salários mínimos de 2010; Percentagem dos domicílios particulares com rendimento domiciliar *per capita* até um salário mínimo; Percentagem dos domicílios particulares com rendimento domiciliar *per capita* superior a 5 salários mínimos.

⁵⁶ Técnica de transformação de variáveis em uma unidade de medida padrão, que possibilita a comparação entre variáveis de diferentes unidades.

⁵⁷ De acordo com o IBGE, os aglomerados subnormais são formas irregulares de ocupação do território para habitação. São caracterizados pela carência de serviços públicos essenciais. Esses territórios são conhecidos como favelas, comunidades e outras denominações. Mapa da classificação preliminar das áreas de Aglomerados Subnormais. Disponível em: <https://dadosgeociencias.ibge.gov.br/porta/apps/webappviewer/index.html?id=67c70e701c624c63a6f1754a8b8bce4a>.

⁵⁸ Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/arquivosBaseDados.jsp>.

Buscou-se então selecionar unidades de saúde com o entorno mais exposto à violência causada por tiroteios com a presença de agentes de segurança e compará-las com outras unidades sem os mesmos episódios no seu entorno, mas que fossem semelhantes do ponto de vista socioeconômico. Para isso, foi necessário fazer o georreferenciamento das unidades de saúde e dos tiroteios com presença de agentes de segurança em 2019 segundo os dados do Fogo Cruzado.

Não foi possível obter junto à Secretaria Municipal de Saúde dados detalhados de cada unidade de saúde (número de atendimentos, perfil dos usuários), nem os registros do protocolo Acesso Mais Seguro (ver seção 2) por unidade. Como alternativa, foram usados o IDS das comunidades como indicador no nível socioeconômico, visto que os bairros são uma dimensão espacial muito grande, que geralmente abrigam várias unidades de saúde. Por outro lado, o setor censitário é uma medida muito pequena. Por isso, optou-se por utilizar os dados para as comunidades.

Uma vez tendo os indicadores para as comunidades, era necessário associá-las às unidades de saúde. Uma possibilidade seria a análise espacial da área de cobertura desses serviços. Essa informação, entretanto, não foi disponibilizada pela SMS/RJ. A base do CNES continha apenas o endereço das unidades de saúde e o bairro em que se encontravam, não havendo indicação das comunidades atendidas por tais unidades. Para estabelecer essa relação, utilizou-se a distância do centroide dos aglomerados subnormais em relação às unidades de saúde mais próximas e definiu-se o seguinte critério para análise: o aglomerado subnormal deveria estar localizado a até 400 metros da unidade de saúde básica mais próxima e não poderia ter uma segunda unidade a menos de 800 metros. Assim, evitou-se que uma unidade estivesse cobrindo dois aglomerados. Após esse procedimento, foram selecionados 90 aglomerados subnormais que atendiam a tais critérios. Como existem diferenças nos limites dos aglomerados subnormais definidos pelo IBGE e as comunidades do IPP, verificou-se a correspondência entre os limites para esses 90 casos. Nesse processo, quatro casos foram desconsiderados.

Após a identificação das unidades de saúde que atendem as comunidades, outras informações sobre o perfil das últimas foram agregadas à base de dados: o IDS, a população e o número de domicílios, extraídos do IPP, e o número de tiroteios com presença de agentes do Fogo Cruzado. Em seguida, foram traçados raios a cada 100 metros de distância entre o tiroteio e a unidade de saúde. Selecionou-se o raio de 400 metros como referência, considerando a quantidade de eventos e a possibilidade de interferência na rotina da unidade. Em relação à exposição aos tiroteios, as comunidades se distribuíram da seguinte forma:

- a) 40 comunidades foram expostas a pelo menos um tiroteio com a presença de agentes de segurança em um raio de 400 metros da unidade de saúde em 2019.
- b) 44 comunidades não foram afetadas por nenhum tiroteio com a presença de agentes de segurança em um raio de 400 metros da unidade de saúde em 2019.

No grupo das comunidades expostas a tiroteios com a presença de agentes de segurança, foram selecionadas as três comunidades mais afetadas por esses episódios: Nova Holanda, uma das comunidades do complexo da Maré; CHP-2, do complexo de Manguinhos, ambas na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro e Vidigal, localizado na Zona Sul.

Com o objetivo de escolher três comunidades semelhantes do ponto de vista socioeconômico, mas que não haviam sido expostas a tiroteios, construiu-se uma matriz de distância euclidiana⁵⁹ com os indicadores que compõem o IDS. Além desse parâmetro, era preciso escolher também locais que tivessem um número razoável de moradores, considerando o tamanho da amostra por comunidade. Dessa forma, as comunidades selecionadas para a análise comparativa - ou seja, como grupo controle⁶⁰ - foram: Parque Proletário dos Bancários, localizado na Ilha do Governador; Parque Conquista, no bairro do Caju, ambas na Zona Norte do Rio de Janeiro; e Jardim Moricaba, comunidade no bairro Senador Vasconcelos, Zona Oeste.

A tabela a seguir apresenta o perfil socioeconômico das áreas selecionadas, bem como a unidade de saúde responsável pelo atendimento no território. Cada comunidade está disposta ao lado do seu par correspondente, sinalizadas com a mesma cor. Ou seja, um território mais afetado por tiroteios está ao lado de outro com o mesmo perfil socioeconômico, mas sem o registro desses eventos.

⁵⁹ Na matemática, a distância euclidiana é a menor distância entre dois pontos em linha reta. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/94275/favaneto_i_me_sjrp.pdf?sequence#:text=no%20plano%20cartesiano-.1.2%20Dist%C3%A2ncia%20euclidiana%20entre%20dois%20pontos.de%20reta%20formado%20por%20eles.

⁶⁰ Grupos controle são aqueles que servem como padrão de comparação em pesquisas. São semelhantes em características relevantes ao grupo experimental, porém não recebem qualquer intervenção. RAMPAZZO, Lino. Metodologia científica. Edições Loyola, 2002.

TABELA 1: PERFIL DAS COMUNIDADES SELECIONADAS

Variáveis	Vidigal	Parque Proletário dos Bancários	Nova Holanda	Parque Conquista	CHP - 2	Jardim Moricaba
Unidade de saúde	CMS Rodolpho Perisse	CMS Madre Teresa de Calcutá	CF Jeremias Moraes da Silva	CF Fernando A. Braga Lopes	CF Victor Valla	CF Everton de Souza Santos
Índice de Desenvolvimento Social	0,553	0,559	0,540	0,540	0,502	0,537
Domicílios com serviço de abastecimento de água adequado (%)	98,6	98,8	99,9	99,8	99,7	99,5
Domicílios com serviço de esgoto adequado (%)	97,6	99,2	97,1	98,1	98,9	93,9
Domicílios com serviço de coleta de lixo adequado (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	77,3	98,6
Número de banheiros por moradores	1,2	1,2	1,1	0,7	1,2	1,2
Analfabetismo de 10 a 14 anos (%)	3,4	2,1	4,1	1,1	6,5	2,8
Rendimento domiciliar per capita em salários-mínimos	0,9	0,9	0,7	0,7	0,6	0,7
Domicílios, com rendimento domiciliar per capita até um salário mínimo (%)	68,4	67,2	75,7	76,1	81,6	77,3
Domicílios com rendimento domiciliar per capita superior a 5 salários-mínimos (%)	1,2	0,5	0,3	0,0	0,1	1,1
Número de domicílios-2010	3.234	1.179	4.085	481	1.136	639
População -2010	9.677	3.728	13.341	1.515	3.908	2.209

Fonte: Data Rio, IPP, 2019; IBGE, 2019 (Elaboração própria).

PESQUISA DE CAMPO EM SEIS COMUNIDADES CARIOCAS

Para conhecer o estado de saúde dos moradores dessas comunidades, realizou-se uma pesquisa a partir de amostragem não probabilística por cotas em pontos de fluxo de grande circulação de moradores. Em cada comunidade, foram escolhidos três pontos de fluxo em lugares distantes uns dos outros para alcançar moradores de diferentes partes dos territórios.

Foram aplicados 250 questionários em cada uma das seis comunidades, totalizando 1.500 pessoas na amostra. A população alvo da pesquisa é composta por moradores com 18 anos ou mais, residentes da área por no mínimo 12 meses e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O critério para a escolha dos entrevistados seguiu a distribuição etária e de gênero dessas áreas de acordo com os dados do Censo 2010. Em cada comunidade foi estabelecido uma quantidade específica de entrevistas por gênero em cada faixa etária, como pode ser visto na tabela 2.

Para evitar divergências entre as nomenclaturas oficiais dos territórios e aquelas atribuídas pelos moradores, foi solicitado que os possíveis entrevistados apontassem o seu local de moradia em um mapa. Participaram da pesquisa apenas as pessoas que residiam dentro dos limites das comunidades definidas pelo IBGE em 2019.

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DAS COTAS AMOSTRAIS POR COMUNIDADE

Comunidade	Masculino				Feminino				Total Geral
	Faixa Etária				Faixa Etária				
	18 a 29	30 a 44	45 ou mais	Total	18 a 29	30 a 44	45 ou mais	Total	
Vidigal	39	42	36	117	40	45	48	133	250
Parque Proletário dos Bancários	43	40	37	120	36	48	46	130	250
Nova Holanda	41	44	34	119	44	44	43	131	250
Parque Conquista	54	45	26	125	51	47	27	125	250
CHP-2	40	39	34	113	47	46	44	137	250
Jardim Moricaba	43	45	38	126	34	44	46	124	250
Total Geral	260	255	205	720	252	274	254	780	1.500

Fonte: IBGE, Censo 2010 – Aglomerados subnormais (Elaboração própria).

O questionário⁶¹ utilizado na pesquisa é composto pelos seguintes blocos de perguntas:

1. Filtro: formado por quatro questões que buscam saber se os entrevistados residem na comunidade há mais de um ano; além do sexo, idade, necessários para determinar a cota à qual pertencem.
2. Estado de saúde: questões elaboradas para identificar como os entrevistados percebem sua saúde. Essa parte do questionário é composta por perguntas sobre o estado geral de saúde e o diagnóstico e/ou uso de medicação para os seguintes agravos de saúde: hipertensão arterial, diabetes, alterações do colesterol, infarto, asma, depressão, ansiedade, insônia prolongada e tuberculose. Também foram incluídas questões sobre o impedimento de realização de atividades devido a morbidades.
3. Promoção da saúde: inclui perguntas sobre o cadastramento e a utilização de serviços de atenção primária nos 12 meses anteriores à pesquisa; número de vezes em que o entrevistado recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde; qual serviço procurou em algumas situações de emergência de saúde; além de indagações sobre uma possível necessidade de internação.
4. Opinião sobre segurança: questões sobre a percepção de segurança; influência da violência na oferta e na demanda de serviços de saúde, o que inclui a falta de profissionais e o impedimento de procurar serviço de saúde; por último, questões sobre a incidência de violência armada no território e seus possíveis efeitos físicos e mentais sobre a saúde dos entrevistados.
5. Perfil socioeconômico: perguntas sobre cor, escolaridade e renda.

Antes de iniciar a coleta de dados⁶², a equipe de pesquisa comunicou, via ofício às associações de moradores das seis comunidades, a presença de pesquisadores em pontos de fluxo da região. Esse procedimento foi importante para informar aos moradores sobre a realização da pesquisa e garantir a segurança da equipe de coleta nos territórios.

Foram utilizados *tablets* para preenchimento do questionário. Os dados foram coletados por meio de um programa⁶³ atualizado em tempo real, o que conferiu maior segurança aos entrevistadores e possibilitou a conferência dos parâmetros definidos para a aplicação do *survey*⁶⁴.

⁶¹ A versão final, disponível em www.drogasquantocustaproibir.com.br, foi elaborada a partir do questionário apresentado no trabalho "O impacto da violência no acesso à saúde nas comunidades de baixa renda". Cf. BORGES, Doriam et al. O impacto da violência no acesso à saúde nas comunidades de baixa renda. Igarapé, 2014. Disponível em: <https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2016/04/O-impacto-da-viol%C3%Aancia-no-acesso.pdf>.

⁶² A seleção, o treinamento da equipe de coleta, a aplicação dos questionários e a supervisão do trabalho de campo foram feitos pela Science (Sociedade para o Desenvolvimento da Pesquisa Científica), instituição voltada para a realização de pesquisas científicas. Toda a equipe de coleta foi identificada através de crachás e uniformes contendo os nomes da Fiocruz e do CESeC. O campo teve início em 31/10/2022 e foi finalizado em 30/11/2022. O monitoramento e processamento dos dados foi realizado pela Infotag.

⁶³ O RedCap é um programa que permite a criação de formulários eletrônicos contendo as perguntas da pesquisa, assim como informações adicionais que facilitam o monitoramento do preenchimento dos questionários pela coordenação do campo.

⁶⁴ Um *survey* é a obtenção de dados sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas coletados através de um instrumento de pesquisa - normalmente um questionário. O objetivo é produzir descrições quantitativas de uma população. FREITAS, Henrique et al. O método de pesquisa *survey*. Revista de Administração da Universidade de São Paulo, v. 35, n. 3, 2000. Disponível em http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1138_1861_freitashenriquerausp.pdf.

ESTIMANDO OS EFEITOS DOS TIROTEIOS NA SAÚDE

Para mensurar o efeito da guerra às drogas sobre os agravos de saúde nas comunidades selecionadas, foram utilizados modelos de regressão logística⁶⁵ que tinham como variável independente fundamental a residência numa comunidade onde, em 2019, haviam sido registrados numerosos tiroteios com a presença de agentes de segurança (Vidigal, CHP-2 e Nova Holanda) ou, pelo contrário, a residência numa comunidade onde não haviam sido registrados eventos desse tipo (Parque Proletário dos Bancários, Jardim Moricaba e Parque Conquista). Foram consideradas como variáveis dependentes a presença ou ausência no entrevistado dos tipos de doenças/agravos de saúde presentes no questionário: Hipertensão Arterial, Diabetes, Asma/Bronquite, Depressão, Ansiedade, Insônia prolongada, Colesterol Alto, Infarto/Ataque do coração e Tuberculose. Foi feito um modelo para cada condição. Como variáveis de controle, foram incluídas características socioeconômicas da população: sexo, faixa etária, escolaridade, cor/raça e renda.

Todos esses agravos foram definidos pela resposta do indivíduo acerca do diagnóstico e/ou uso de medicamento para as doenças acima, nos doze meses anteriores à realização da pesquisa. Nos casos de depressão e ansiedade, além da resposta anterior, utilizaram-se instrumentos para o rastreamento⁶⁶ preliminar dessas condições, ou seja, uma ferramenta com perguntas para medir a probabilidade de aquele indivíduo ter/desenvolver ambos os transtornos. Cada pergunta é referente a um estado emocional específico. As respostas variam de acordo com a frequência desses sintomas nas duas semanas anteriores à pesquisa. Ao final, as respostas são somadas. Pontuações iguais ou maiores que três indicam a probabilidade de desenvolvimento de depressão e ansiedade⁶⁷. Os dados obtidos através deste tipo de instrumento tendem a ser mais precisos do que o diagnóstico autorreferido, uma vez que se baseiam nos estados emocionais dos indivíduos e independente da oportunidade de consultar um médico.

⁶⁵ Regressão consiste em um modelo estatístico que tem por finalidade explicar a relação entre uma variável dependente (ou resposta) dicotômica, isto é que só apresenta dois valores possíveis, e uma ou mais variáveis independentes (ou explicativas).

⁶⁶ Os rastreamentos em saúde são definidos como a aplicação de testes ou procedimentos biomédicos em pessoas de grupos populacionais definidos, que não apresentam sintomas (consideradas saudáveis). Tem como propósito identificar indivíduos que podem ser beneficiados pela intervenção diagnóstica e terapêutica precoce. GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012.

⁶⁷ O *screening* (rastreamento) de ansiedade foi medido pelo instrumento *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2) (<https://www.hiv.uw.edu/page/mental-health-screening/phq-2>) e o *screening* de depressão medido pelo instrumento *Generalized Anxiety Disorder 2-item* (GAD-2) (<https://www.hiv.uw.edu/page/mental-health-screening/gad-2>). Os itens foram traduzidos para português. Ambas as escalas tinham como ponto de corte no escore 3, mas foram ajustadas para o escore 2 para se adequar à realidade da população brasileira.

4. RESULTADOS: EFEITOS DOS TIROTEIOS NA SAÚDE



ANÁLISE DE DADOS DO FOGO CRUZADO

Em 2019, ocorreram 4.346 tiroteios na cidade do Rio de Janeiro, de acordo com dados do Fogo Cruzado. Desse total, 29,4% tiveram a presença de agentes de segurança. Na ausência de dados oficiais sobre a quantidade e a localização de operações policiais - face bélica da guerra às drogas -, utilizamos o dado de tiroteios com presença desses agentes como um indicador desta política. A partir do georreferenciamento dos tiroteios e das unidades de saúde que atendem as seis comunidades selecionadas, foi possível identificar quantos episódios ocorreram em um raio de 400 metros no entorno de cada unidade de saúde em 2019. O mapa a seguir indica a localização dessas comunidades e a quantidade de tiroteios em cada uma delas.

FIGURA 3: MAPA DAS COMUNIDADES SELECIONADAS SEGUNDO O NÚMERO DE TIROTEIOS COM A PRESENÇA DE AGENTES DE SEGURANÇA EM 2019

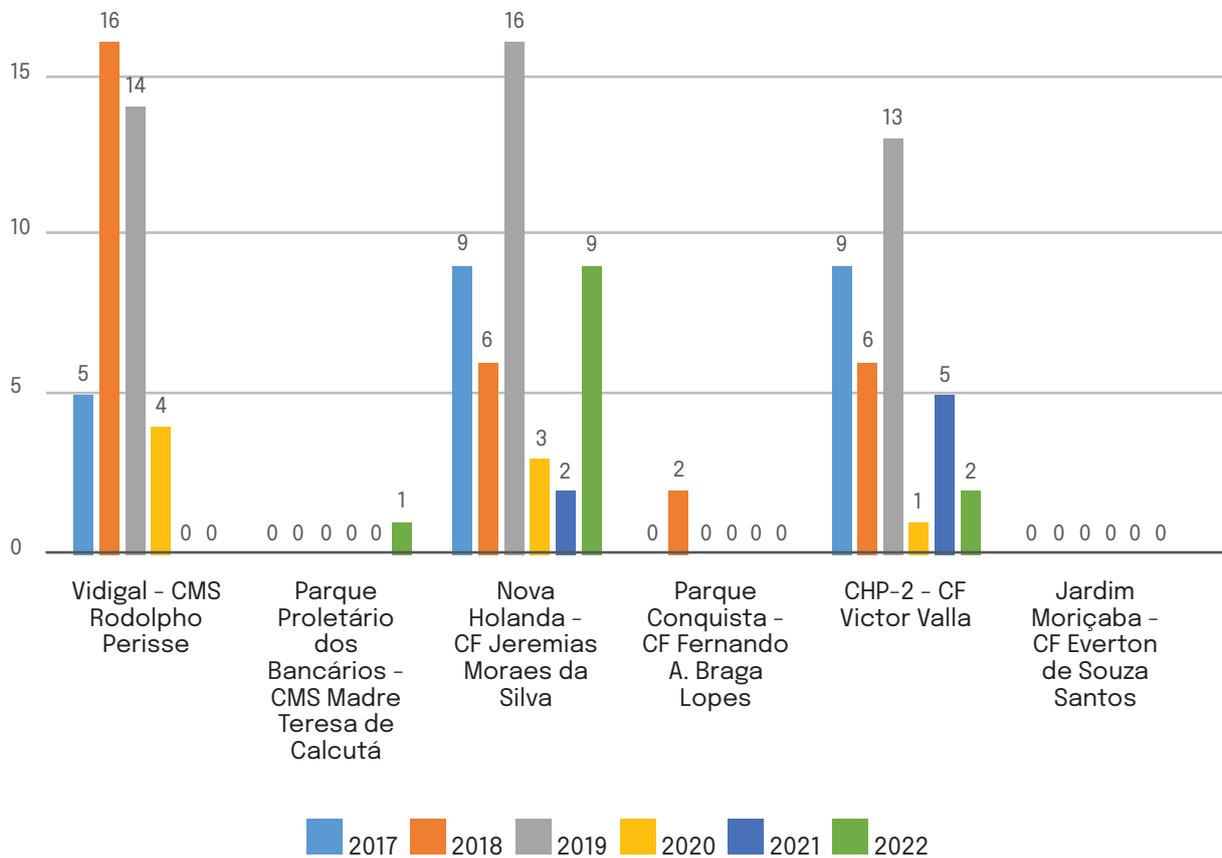


A escolha de 2019 como recorte temporal da pesquisa foi uma tentativa de minimizar os efeitos da pandemia de Covid-19 tanto no funcionamento das unidades de saúde quanto na atuação das forças policiais nos territórios. A impossibilidade de acesso às informações sobre o funcionamento dos serviços de saúde e o perfil dos pacientes motivou a realização do *survey* com os moradores dessas comunidades em

2022, como salientado na seção 3 deste relatório. Apesar da diferença entre os anos, a evolução dos tiroteios com a presença de agentes de segurança não revela mudanças substanciais nas áreas mais e menos afetadas pela violência armada. Houve apenas uma variação na quantidade de tiroteios nas comunidades, que seguiu a tendência geral de redução no número desses eventos na cidade do Rio, de acordo com os dados do Fogo Cruzado.

O gráfico abaixo apresenta a série histórica dos tiroteios com a presença de agentes de segurança entre 2017 e 2022 que ocorreram num raio de 400 metros das unidades de saúde dessas comunidades. Apesar da redução no número de tiroteios entre 2020 e 2022, Vidigal, Nova Holanda e CHP-2 seguem sendo afetadas pela violência armada. As demais comunidades do grupo controle praticamente não foram afetadas por esses eventos no mesmo período.

GRÁFICO 2: EVOLUÇÃO DOS TIROTEIOS COM PRESEÇA DE AGENTES DE SEGURANÇA NAS COMUNIDADES (2017-2022)



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Fogo Cruzado e do Ministério da Saúde

Essa variação na quantidade de tiroteios ao longo dos anos não interfere diretamente nos resultados que serão apresentados a seguir, uma vez que a frequente exposição a tiroteios ao longo de décadas produz impactos a médio e longo prazo na saúde dos moradores submetidos a essa rotina. Logo, há um efeito acumulado dessa violência no estado de saúde dos indivíduos.

RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO: ONDE HÁ FOGO, HÁ MORBIDADE?

Com o objetivo de compreender os impactos das operações policiais na saúde dos moradores de favelas, aplicou-se um questionário a 1.500 residentes de seis comunidades da cidade do Rio de Janeiro semelhantes do ponto de vista socioeconômico, mas expostas a diferentes graus de violência armada. O objetivo era verificar se havia um efeito significativo da violência: 1) na saúde da população e 2) na oferta e acesso aos serviços de saúde.

A despeito das particularidades de cada território, as comunidades foram agrupadas de acordo com a exposição ou não a tiroteios com presença de agentes de segurança em 2019. Dessa forma, as análises apresentadas a seguir estão divididas a partir desse critério.

A tabela 3 apresenta o perfil socioeconômico dos moradores dessas comunidades. De maneira geral, não há diferenças significativas⁶⁸ entre os dois grupos. Há um ligeiro predomínio de mulheres, que representam mais de 50% da população com 18 anos ou mais nos dois grupos de comunidades. A distribuição de gênero vai na mesma direção dos dados para o município do Rio, no qual as mulheres são 52,8% da população. Em relação à idade, há menos jovens na capital fluminense do que nessas comunidades: na cidade, a população de 18 a 49 anos representa 57,8% do total, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNADc/IBGE)⁶⁹. Na amostra das comunidades analisadas, esse mesmo grupo etário representa 76,1% da população.

O perfil racial das comunidades estudadas também é muito semelhante. Há uma expressiva presença de negros, que representam mais de 70% da população com 18 anos ou mais. No município, essa parcela soma 47% do total da população⁷⁰. Tal diferença revela a concentração de negros nas áreas periféricas da cidade, que são mais afetadas pela precariedade dos serviços públicos. Segundo o levantamento Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil⁷¹, realizado pelo IBGE, em 2018, verificou-se maior proporção da população preta ou parda residindo em domicílios sem coleta de lixo (12,5%, contra 6,0% da população branca), sem abastecimento de água por rede geral (17,9%, contra 11,5% da população branca), e sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial (42,8%, contra 26,5% da população branca).

⁶⁸ Nas análises apresentadas neste capítulo consideramos o nível de significância de 5% em todos os testes estatísticos empregados. Nas análises bivariadas utilizamos o teste qui-quadrado de homogeneidade. Por meio desse teste verificamos se as frequências observadas em duas ou mais amostras são iguais ou diferentes entre si. Níveis de significância menores que 5% indicam que existe uma diferença entre as amostras e que essa diferença não pode ser atribuída a um erro amostral.

⁶⁹ Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6407>.

⁷⁰ Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6408>.

⁷¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

Em relação à escolaridade encontramos uma diferença estatisticamente significativa entre as comunidades avaliadas, ainda que pequena: em ambas, mais da metade da população concluiu o ensino fundamental, mas nas comunidades mais afetadas pelos tiroteios com presença de agentes há um percentual um pouco maior de pessoas com ensino médio completo (44,5%) em comparação com as comunidades do grupo de controle (38,8%). No Estado do Rio, a proporção de pessoas com ensino médio completo é semelhante (39,4%), mas há proporção mais elevada daquelas com nível superior completo (17,6%)⁷².

A distribuição de renda individual mensal dos dois grupos é praticamente a mesma, com mais da metade da população ganhando até um salário mínimo⁷³. Levando em conta o rendimento de até dois salários, 88% dos moradores encontram-se nesta faixa de renda. Em 2022, na cidade do Rio de Janeiro, 40% da população com 18 anos ou mais ganhava até um salário mínimo e 62% até dois salários mínimos, considerando os rendimentos médios habituais de todas as fontes de renda, de acordo com a PNADc/IBGE. Ainda que esses dados não sejam perfeitamente comparáveis, eles seguem a mesma tendência ao revelar rendimentos menores nas favelas em comparação ao conjunto da cidade.

Por fim, o tempo de residência apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Nas comunidades mais expostas a tiroteios com presença de agentes, um número maior de moradores relatou viver há mais de 30 anos no local (35,1%); nas comunidades controle, esse número é de 22,3%. Dentre as razões que podem explicar essa diferença estão o vínculo afetivo dos moradores com seus territórios, os laços sociais construídos, além de dificuldades financeiras que viabilizem uma mudança para outros locais.

Em resumo, o perfil dos moradores das seis comunidades que são objeto do presente estudo é semelhante, sobretudo no que se refere à composição etária e racial, com predomínio de uma população mais jovem e negra. Há uma leve diferença no grau de escolarização entre os grupos, mas ambos são compostos majoritariamente por pessoas que não conseguiram atingir o nível superior de ensino, o que se reflete na renda individual: a maioria esmagadora dos moradores recebe até dois salários-mínimos, como visto na tabela 3.

Em relação ao estado de saúde, a percepção dos moradores é positiva. Nos dois grupos, mais de 64% dos respondentes consideraram sua saúde boa ou muito boa. Essa avaliação é inferior àquela encontrada para o restante do município do Rio de Janeiro. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo IBGE em 2019, 72,3% da população da cidade do Rio de Janeiro com 18 anos ou mais avaliava seu estado de saúde como bom ou muito bom⁷⁴. Ou seja, moradores de comunidades consideraram seu estado de saúde pior do que moradores do restante da cidade.

⁷² Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7129>.

⁷³ Em 2022, ano da realização da pesquisa, o salário mínimo era de R\$ 1.212. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/06/02/salario-minimo-de-r-1-212-e-promulgado>.

⁷⁴ Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4751#resultado>.

TABELA 3: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DOS MORADORES SEGUNDO A EXPOSIÇÃO A TIROTEIOS COM PRESENÇA DE AGENTES DE SEGURANÇA⁷⁵

Variável	Categoria	Menos expostas a tiroteios		Mais expostas a tiroteios		Sig
		n	%	n	%	
Sexo	Feminino	379	50,5%	401	53,5%	0,256
	Masculino	371	49,5%	349	46,5%	
Faixa etária	18 a 29 anos	261	34,8%	251	33,5%	0,567
	30 a 44 anos	269	35,9%	260	34,6%	
	45 anos ou mais	220	29,3%	239	31,9%	
Cor/raça	Branca	192	25,6%	197	26,3%	0,006
	Negra	555	74,0%	536	71,5%	
	Outros	3	0,4%	17	2,2%	
Escolaridade	Até fundamental	431	57,5%	381	50,8%	0,033
	Ensino médio	291	38,8%	334	44,5%	
	Ensino superior ou mais	28	3,7%	35	4,7%	
Rendimento	Até um salário mínimo	397	53,1%	421	56,2%	0,234
	Mais de um salário mínimo	350	46,9%	328	43,8%	
Tempo que reside na comunidade	Até 15 anos	261	34,8%	232	30,9%	0,000
	16 a 30 anos	322	42,9%	255	34,0%	
	30 anos ou mais	167	22,3%	263	35,1%	

Essa avaliação do estado de saúde é coerente com as morbidades relatadas: 61,6% dos moradores das comunidades com tiroteios com a presença de agentes e 66,4% dos moradores das comunidades controle afirmaram não ter recebido diagnóstico ou feito uso de medicação nos 12 meses anteriores à pesquisa para uma lista de condições de saúde. A tabela 4, mais adiante, mostra a distribuição dessas condições de acordo com os grupos. Pelo teste de significância realizado (ver nota 68) é possível afirmar que vários desses agravos - diabetes, colesterol alto, infarto/ataque do coração, asma/bronquite e tuberculose - não parecem ser afetados por tiroteios com a presença de agentes do Estado. Entretanto, para outras condições, é possível identificar este efeito. O número de pessoas

⁷⁵ A categoria "negra" é a soma das pessoas autodeclaradas pretas e pardas. Na escolaridade, a categoria "Até fundamental" é o somatório das pessoas sem instrução, com ensino fundamental incompleto, completo e ensino médio incompleto. A categoria "Ensino Médio" é o somatório das pessoas com ensino médio completo e superior incompleto. A categoria "Superior ou mais" reúne as pessoas com ensino superior completo e com pós-graduação. O rendimento se refere ao somatório dos rendimentos individuais totais mensais recebidos de todas as fontes como salário, pensão, aposentadoria, benefícios sociais, aluguéis, bicos, entre outros. Quatro casos não traziam informações sobre a renda e foram desconsiderados.

com hipertensão arterial, insônia prolongada, depressão (considerando tanto o diagnóstico autorreferido como o resultado obtido pelo rastreamento desta condição) e ansiedade (levando em conta apenas o rastreamento) é maior nas comunidades mais expostas a tiroteios com presença de agentes de segurança.

Nos 12 meses anteriores à pesquisa, a prevalência⁷⁶ de hipertensão foi de 21,1% nas comunidades mais expostas a tiroteios e 16% nas comunidades controle. No município do Rio, a proporção da população com 18 anos ou mais com diagnóstico autorreferido de hipertensão em 2019 foi de 27,3% segundo dados da PNS/IBGE⁷⁷.

A proporção de pessoas que relataram ter recebido diagnóstico de depressão ou fizeram uso de medicação nos 12 meses anteriores à pesquisa foi de 6,7% nas comunidades mais afetadas por tiroteios e 4,1% naquelas menos afetadas. No restante do município esse percentual foi de 7,3% em 2019, de acordo com os dados da PNS/IBGE⁷⁸. Embora esses dados não sejam perfeitamente comparáveis - em função do recorte temporal e espacial - eles servem como um parâmetro da magnitude dessas condições de saúde nas comunidades que fazem parte da pesquisa. O número de pessoas diagnosticadas com hipertensão e depressão é menor nessas comunidades em comparação com o restante do município. Essa diferença pode ser atribuída ao impacto da violência no acesso aos serviços de saúde. Como mostraremos mais adiante, a redução na oferta dos serviços de saúde pode afetar o diagnóstico para essas condições (ver box **Outra análise possível**).

É razoável esperar que viver sob uma rotina de constantes tiroteios causados por operações policiais provoque incertezas, apreensão e insegurança nos indivíduos. Esse cenário de medo pode afetar problemas de saúde já existentes, como hipertensão, e contribuir para o desenvolvimento de outros quadros como insônia, ansiedade e depressão. No caso dos transtornos mentais, há diferenças entre o diagnóstico autorreferido e aquele medido pelo rastreamento. Nos dois grupos de comunidades, o número de pessoas que receberam diagnóstico ou fazem uso de medicamento para depressão e ansiedade (diagnóstico autorreferido) é menor quando comparado com a quantidade de pessoas que apresentaram sintomas característicos dessas condições nas duas semanas anteriores à pesquisa (rastreamento). Essa diferença é ainda maior nas comunidades mais expostas a tiroteios, como podemos ver na tabela abaixo.

⁷⁶ Trata-se de um indicador para mensurar a frequência de uma doença ou outro evento de saúde na população. A prevalência é a medida pelo número total de casos existentes, chamados casos prevalentes, de uma doença em um ponto ou período de tempo em uma população determinada, sem distinguir se são casos novos ou não. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde. Módulo de Princípios da Epidemiologia para Controle de Enfermidades (MOPECE), p. 39, Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_3.pdf.

⁷⁷ Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4418#resultado>.

⁷⁸ Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4694#resultado>.

TABELA 4: AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, MORBIDADES AUTORREFERIDAS E SCREENING DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE DOS MORADORES SEGUNDO A EXPOSIÇÃO A TIROTEIOS COM PRESENÇA DE AGENTES DE SEGURANÇA⁷⁹

Variável	Categoria	Menos expostas a tiroteios		Mais expostas a tiroteios		Sig
		n	%	n	%	
Autoavaliação (categorias)	Muito boa/boa	509	67,9%	483	64,5%	0,202
	Regular	199	26,5%	209	27,9%	
	Ruim/Muito ruim	42	5,6%	57	7,6%	
Hipertensão arterial	Não	630	84,0%	592	78,9%	0,012
	Sim	120	16,0%	158	21,1%	
Diabetes	Não	713	95,1%	695	92,7%	0,053
	Sim	37	4,9%	55	7,3%	
Colesterol alto	Não	694	92,5%	706	94,1%	0,214
	Sim	56	7,5%	44	5,9%	
Infarto/Ataque do coração	Não	737	98,3%	739	98,5%	0,681
	Sim	13	1,7%	11	1,5%	
Asma/bronquite	Não	714	95,2%	718	95,7%	0,620
	Sim	36	4,8%	32	4,3%	
Depressão	Não	719	95,9%	700	93,3%	0,030
	Sim	31	4,1%	50	6,7%	
Ansiedade	Não	664	88,5%	645	86,0%	0,141
	Sim	86	11,5%	105	14,0%	
Insônia prolongada	Não	712	94,9%	685	91,3%	0,006
	Sim	38	5,1%	65	8,7%	
Tuberculose	Não	744	99,2%	740	98,7%	0,315
	Sim	6	0,8%	10	1,3%	
Pelo menos uma morbidade autorreferida	Nenhuma	498	66,4%	462	61,6%	0,131
	Uma morbidade	166	22,1%	183	24,4%	
	Duas morbidades ou mais	86	11,5%	105	14,0%	
Screening ansiedade	Negativo	630	84,0%	565	75,3%	0,000
	Positivo	120	16,0%	185	24,7%	
Screening depressão	Negativo	632	84,3%	528	70,4%	0,000
	Positivo	118	15,7%	222	29,6%	

A tabela 5 apresenta os dados sobre a cobertura dos serviços de saúde nas comunidades. A quantidade de moradores cadastrados nas unidades básicas de saúde é expressiva, superior a 75% nos dois grupos analisados, com um número levemente superior de cadastros nas comunidades controle. A diferença é pequena, mas estatisticamente significativa. Isso parece indicar que a violência armada provocada pelo Estado interfere no acesso aos serviços de

⁷⁹ Um caso não trazia informação sobre a autoavaliação de saúde e foi desconsiderado. O *screening* de ansiedade medido pelo instrumento PHQ-2, com ponto de corte no escore 2. Já o *screening* de depressão foi medido pelo instrumento GAD-2 com ponto de corte no escore 2.

saúde, já que o cadastramento – primeiro contato do morador com esse serviço – depende do deslocamento do indivíduo até a unidade ou das equipes de Saúde da Família à residência do morador⁸⁰.

Para aqueles que estão cadastrados, a utilização das unidades de saúde é alta. Mais de 80% dos moradores nas comunidades com e sem tiroteios utilizaram os serviços oferecidos pelas Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde, o que revela a centralidade dessas unidades na assistência à saúde.

O tipo de serviço procurado em situações específicas também se mostrou associado ao grau de violência armada nas comunidades. Os moradores foram confrontados com dois cenários distintos e precisavam informar qual serviço de saúde procurariam em cada um. No primeiro cenário (febre alta com vômito ou diarreia), os moradores das comunidades controle revelaram buscar com maior frequência as unidades básicas de saúde (48,8%); emergências (18,2%) ou a farmácias (17,2%). Nas comunidades com tiroteios provocados por agentes de segurança, há uma diminuição considerável na procura por unidades básicas de saúde (34,4%) que, por estarem localizadas nos territórios, podem ter o serviço interrompido em função da violência armada. Em contrapartida, há um aumento na procura por emergências (29,1%), que geralmente estão fora das comunidades e não têm o funcionamento interrompido, além de farmácias (20,1%). Essas diferenças entre os percentuais são estatisticamente significativas, indicando que pode haver um efeito da violência no tipo de serviço de saúde procurado.

No segundo cenário (fratura e/ou corte profundo), há uma busca maior por hospitais e emergências (58% nas comunidades mais expostas a tiroteios e 66,4% nas comunidades menos expostas). No entanto, os moradores das comunidades mais expostas a tiroteios procurariam emergências com maior frequência (33,1%) comparação às comunidades controle (17,5%), o que também pode estar associado ao grau de exposição à violência armada por eles vivenciada.

A diferença entre os serviços de saúde mais procurados nos dois cenários pode ser explicada pela gravidade do problema de saúde em questão. O tratamento de fraturas ou cortes profundos (segundo cenário) geralmente exigem profissionais especializados e equipamentos específicos que são encontrados com mais frequência em serviços de maior complexidade como hospitais e emergências. Em contrapartida, febre alta, diarreia e vômito podem ser diagnosticados e tratados em unidades de baixa complexidade como as unidades básicas de saúde.

⁸⁰ O que é o cadastramento na atenção primária? Disponível em: [https://aps.saude.gov.br/noticia/12976#:~:text=O%20cadastro%20pode%20ser%20feito,de%20Sa%C3%BAde%20\(Cart%C3%A3o%20SUS\)](https://aps.saude.gov.br/noticia/12976#:~:text=O%20cadastro%20pode%20ser%20feito,de%20Sa%C3%BAde%20(Cart%C3%A3o%20SUS).).

O aumento nas internações decorrentes de doenças e acidentes nas comunidades com tiroteios, em comparação com aquelas do grupo controle, também pode estar relacionado à exposição a violência. Embora a diferença seja pequena, o percentual de moradores internados nos doze meses anteriores à pesquisa nas comunidades com tiroteios (11,5%) é superior ao das internações nas comunidades controle (8,1%). Essas internações podem estar associadas ao agravamento de doenças preexistentes, mais frequentes nas comunidades expostas à violência armada provocada pelo Estado. Apesar disso, entre os moradores internados alguma vez, a reincidência de duas ou mais internações, no período em questão, não apresentou diferenças significativas entre os dois grupos de comunidades.

TABELA 5: ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO A EXPOSIÇÃO A TIROTEIOS COM PRESENÇA DE AGENTES DE SEGURANÇA⁸¹

Variável	Categoria	Menos expostas a tiroteios		Mais expostas a tiroteios		Sig
		n	%	n	%	
Domicílio cadastrado na Unidade de Saúde da Família?	Não	144	19,2%	184	24,5%	0,012
	Sim	606	80,8%	566	75,5%	
Utilização da Clínica da Família nos últimos doze meses?	Não	109	18,0%	93	16,4%	0,481
	Sim	497	82,0%	473	83,6%	
Se tivesse febre alta com vômito e/ou diarreia, qual serviço procuraria?	Unidade Básica de Saúde	366	48,8%	258	34,4%	0,000
	Consultório médico particular	55	7,3%	63	8,4%	
	Pronto-socorro ou emergência, inclusive UPA	136	18,2%	218	29,1%	
	Hospital	55	7,3%	50	6,7%	
	Farmácia	129	17,2%	151	20,1%	
	Outro	9	1,2%	10	1,3%	
Se tivesse uma fratura e/ou corte profundo, qual serviço procuraria?	Unidade Básica de Saúde	55	7,3%	17	2,3%	0,000
	Consultório médico particular	57	7,6%	42	5,6%	
	Pronto-socorro ou emergência, inclusive UPA	131	17,5%	248	33,1%	
	Hospital	498	66,4%	435	58,0%	
	Farmácia	1	0,1%	3	0,4%	
	Outro	8	1,1%	5	0,6%	
Foi internado nos últimos doze meses?	Não	689	91,9%	664	88,5%	0,030
	Sim	61	8,1%	86	11,5%	
Número de internações nos últimos doze meses	Uma vez	45	73,8%	62	72,9%	0,911
	Duas vezes ou mais	16	26,2%	23	27,1%	

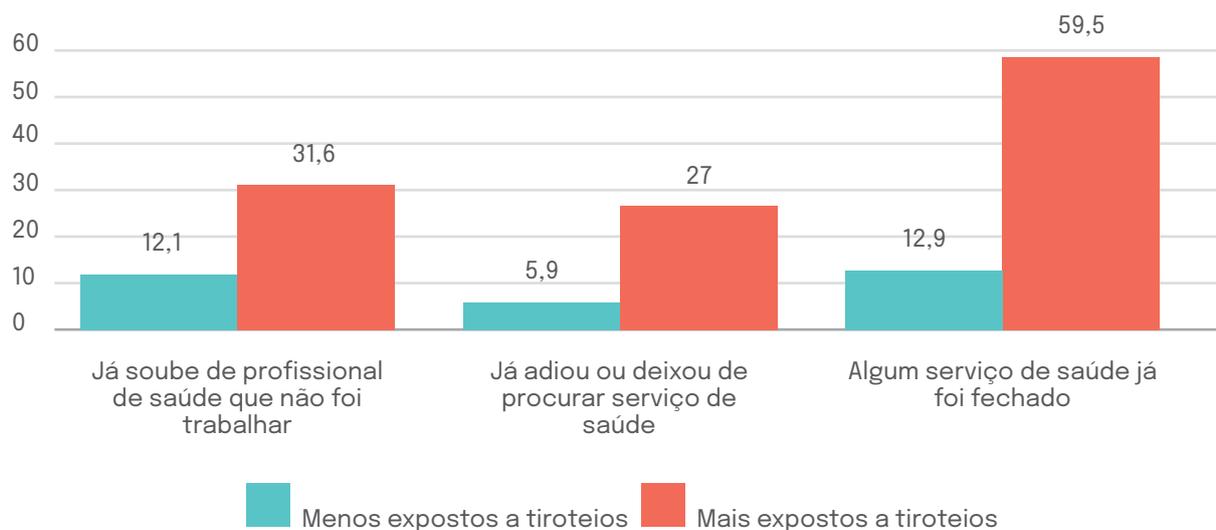
⁸¹ A internação se refere a doenças ou acidentes e exclui casos de internação pelo parto. Um caso não trazia informação sobre o tempo de internação e foi desconsiderado.

Além de afetar o cadastramento dos moradores nas unidades básicas de saúde e o tipo de serviço procurado para tratamento em cenários e emergência, a exposição frequente a tiroteios provocados pelo Estado interfere no funcionamento dos serviços. Nas comunidades com tiroteios, 59,5% dos moradores disseram que a unidade de saúde já havia sido fechada, em algum momento, como resultado da violência. Nas comunidades controle, esse percentual cai para 12,9%. A interrupção do serviço impacta diretamente o acesso dos moradores ao tratamento adequado para problemas de saúde preexistentes, além de prejudicar a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Ou seja, tudo parece demonstrar que ao invés de promover e garantir direitos aos moradores de muitas de nossas comunidades, o Estado opta por uma estratégia bélica para lidar com o varejo das drogas, agravando ainda mais o estado de saúde dessas pessoas.

A interrupção dos atendimentos e consultas médicas é apenas uma face dos impactos provocados por operações policiais justificadas pela chamada guerra às drogas. Em alguns momentos, a unidade permanece em funcionamento, mas seu corpo técnico, como médicos e enfermeiros, não consegue chegar até o seu local de trabalho em segurança. Assim, nas comunidades com recorrentes tiroteios com a presença de agentes de segurança, 31,6% dos moradores afirmaram que souberam de algum episódio em que profissionais de saúde deixaram de trabalhar em função dos conflitos armados, o que só foi relatado por 12,1% dos entrevistados nas comunidades sem tiroteios envolvendo agentes de segurança.

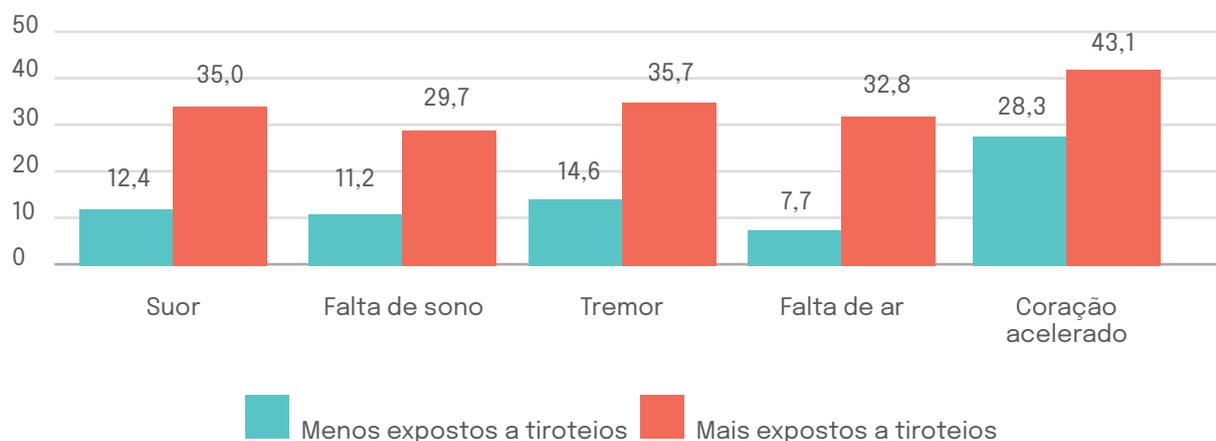
Em alguns casos, os próprios moradores não conseguem se deslocar até as unidades de saúde. Nas comunidades com tiroteios, 26,5% dos entrevistados informaram que já haviam sido obrigados a adiar a procura por um serviço de saúde ou algum outro tipo de assistência em função da violência, contra apenas 5,9% dos entrevistados nas comunidades sem tiroteios. Dessa forma, a violência armada provocada pelo Estado parece ter impacto na redução da oferta dos serviços de saúde – seja pelo fechamento das unidades ou pela ausência de profissionais de saúde que não conseguem chegar até o trabalho – e na demanda de moradores que deixam de procurar o serviço de saúde durante os conflitos, embora esse impacto seja menor. Mais do que uma simples constatação estatística, cabe destacar que são fenômenos com consequências extremamente prejudiciais e consideráveis na vida de milhares de pessoas que ficam desassistidas quando mais precisam. O gráfico abaixo resume os achados.

GRÁFICO 3: RESTRIÇÕES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO A EXPOSIÇÃO A TIROTEIOS COM PRESENÇA DE AGENTES DE SEGURANÇA NAS COMUNIDADES (EM %)



O fechamento das unidades de saúde, mesmo que temporário, e a decorrente falta de assistência médica adequada podem, portanto, resultar no desenvolvimento ou no agravamento de condições de saúde a longo prazo. Isso poderia explicar, em parte, a maior prevalência de alguns agravos nas comunidades com tiroteios provocados por agentes de segurança, como nos casos de hipertensão, insônia, depressão e ansiedade. E mesmo quando não acarretam diretamente algum tipo de doença, a exposição rotineira a tiroteios decorrentes de operações policiais provoca, em boa parte dos moradores de comunidades expostas à violência armada, efeitos negativos imediatos. Entre os moradores das comunidades mais afetadas pela violência armada que ouviram tiroteios próximos às residências, cerca de 30% relataram suor, falta de sono, tremor e falta de ar durante esses episódios, percentual que sobe para 43% no caso de coração acelerado. Nas comunidades sem tiroteios, esses percentuais são consideravelmente menores, como podemos verificar no gráfico 4, a seguir.

GRÁFICO 4: RELATOS DE SINTOMAS DURANTE TIROTEIOS SEGUNDO A EXPOSIÇÃO A TIROTEIOS COM PRESENÇA DE AGENTES DE SEGURANÇA NAS COMUNIDADES (EM %)



Como era de se esperar, a percepção sobre a ocorrência de tiroteios também é maior nas comunidades onde eles são mais frequentes: 73,6% dos moradores desses locais disseram que já ouviram tiroteios próximos à residência, contra 31,1% dos moradores das áreas sem registros de tiroteios. É importante lembrar que as comunidades foram selecionadas de acordo com a quantidade de tiroteios num raio de 400 metros em relação à unidade de saúde do seu território. Logo, os moradores das comunidades controle podem ter relatado que ouvem tiroteios em distâncias maiores do que a considerada pela pesquisa.

Ouvir tiroteios próximo à residência pode estar atrelado à sensação de segurança relatada pelos moradores. Ao caminhar de dia, 16,8% dos moradores das comunidades controle se sentem inseguros ou pouco seguros. Esse percentual é mais que o dobro nas comunidades expostas a tiroteios com a presença de agentes de segurança (36,8%). Durante à noite, a percepção de insegurança nas comunidades afetadas por esses tiroteios é praticamente a mesma daquela verificada durante o dia (37,6%), mas aumenta bastante nas comunidades do grupo controle (28,8%). Ou seja, independente do período do dia, os moradores das comunidades mais expostas à violência armada provocada por agentes do Estado se sentem mais inseguros em comparação com os moradores que não vivenciam essa realidade. A Tabela 6, abaixo, traz essas informações.

TABELA 6: PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA SEGUNDO A EXPOSIÇÃO A TIROTEIOS COM PRESENÇA DE AGENTES DE SEGURANÇA⁸²

Variável	Categoria	Menos expostas a tiroteios		Mais expostas a tiroteios		Sig
		n	%	n	%	
Como se sente ao andar nas ruas de sua comunidade durante O DIA	Muito seguro/seguro	624	83,2%	474	63,2%	0,000
	Moderadamente seguro/inseguro	126	16,8%	276	36,8%	
Como se sente ao andar nas ruas de sua comunidade durante A NOITE	Muito seguro/seguro	530	71,2%	462	62,4%	0,000
	Moderadamente seguro/inseguro	214	28,8%	278	37,6%	
Ouve tiroteios próximos a sua residência?	Não	517	68,9%	198	26,4%	0,000
	Sim	233	31,1%	552	73,6%	

As operações policiais deixam marcas na vida dos moradores de favelas do Rio de Janeiro. A rotina de medo, insegurança e incertezas a que são submetidas essas pessoas provocam reações físicas imediatas como suor, falta de ar, tremor, coração acelerado, além de deixar sequelas duradouras no estado de saúde físico e psicológico de uma população que não pode contar com assistência integral na rede pública. A ausência de profissionais e o fechamento das unidades de saúde contribuem para o agravamento e o surgimento de novas doenças decorrentes da falta de acompanhamento médico. As consequências

⁸² 16 casos não traziam informações sobre a percepção de segurança à noite e foram desconsiderados.

futuras desse cenário ainda são pouco conhecidas, mas certamente podem levar a graves desfechos de saúde.

O SUS representa uma importante conquista no acesso universal e democrático à saúde no país. A Estratégia de Saúde da Família, por sua vez, é um bom exemplo de um tipo de assistência à saúde territorializada, descentralizada e que tem como foco a promoção da saúde e a prevenção de doenças. No entanto, o acesso à saúde, garantido pela Constituição Federal, acaba por ser bastante prejudicado naquelas áreas que sofrem com a presença frequente de agentes do Estado que submetem parcelas da população à violência em nome de uma suposta “guerra às drogas”.

RELAÇÕES ENTRE TIROTEIOS COM AGENTES DE SEGURANÇA E DESFECHOS NA SAÚDE

A partir das análises apresentadas é possível afirmar que a prevalência de hipertensão arterial, insônia prolongada, ansiedade e depressão está associada ao grau de violência armada imposto pelo Estado em determinadas comunidades. O segundo exercício de análise teve como objetivo estimar a probabilidade de desenvolvimento desses agravos para o conjunto dos moradores das comunidades analisadas. Para isso foram elaborados 11 modelos estatísticos, um para cada tipo de condição de saúde, como mencionado na seção 3.

A tabela 7, abaixo, apresenta os resultados dos modelos logísticos para as doenças crônicas⁸³. Reforçando os achados anteriores, encontramos uma associação estatisticamente significativa entre violência armada em operações policiais e diagnóstico de hipertensão arterial. A chance de se ter hipertensão arterial é 42% maior entre os moradores das comunidades com mais tiroteios com presença de agentes de segurança, em comparação aos moradores de outras comunidades. Essa probabilidade é maior para mulheres e pessoas acima de 30 anos. As demais características consideradas – cor/raça, escolaridade e renda – não foram estatisticamente significativas.

Para diabetes e asma/bronquite, os resultados não foram significativos. Isso sugere que não há relação direta entre os episódios de violência armada e o desenvolvimento dessas doenças, o que parece estar mais relacionado à idade dos moradores, especialmente aqueles maiores de 45 anos.

⁸³ As doenças crônicas são aquelas que: “apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura”. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html.

TABELA 7: MODELOS LOGÍSTICOS ESTIMANDO A ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO A TIROTEIOS COM PRESENÇA DE AGENTES DE SEGURANÇA E DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Variáveis		Modelos		
		Hipertensão Arterial	Diabetes	Asma/ bronquite
		Razão de chance		
Comunidade	Menos expostas a tiroteios	1,00	1,00	1,00
	Mais expostas a tiroteios	1,42**	1,53*	0,93
Sexo	Feminino	1,68***	1,01	1,35
	Masculino	1,00	1,00	1,00
Faixa etária	18 a 29 anos	1,00	1,00	1,00
	30 a 44 anos	5,96***	4,04***	1,03
	45 anos ou mais	25,02***	13,65***	0,35***
Cor	Branca	1,00	1,00	1,00
	Não branca	1,05	0,92	0,84
Escolaridade	Até fundamental	1,00	1,00*	1,00
	Ensino médio	0,72*	0,54*	0,78
	Ensino superior ou mais	0,62	1,36	0,25
Renda	Até um salário mínimo	1,00	1,00	1,00
	Mais que um salário mínimo	1,26	1,30	1,21
Constante		0,02	0,01	0,06
Observações ¹		1.496	1.496	1.496
R ² de Cox & Snell		0,176	0,058	0,010

Nota: *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,1$

¹ Quatro casos não tinham informações sobre a renda.

Na tabela 8 a seguir encontram-se os resultados dos modelos para os transtornos mentais⁸⁴ e do sono⁸⁵: depressão, ansiedade e insônia prolongada. Para essas condições, foi verificada associação com a violência. Considerando o diagnóstico autorreferido, os moradores das comunidades com mais tiroteios apresentaram um aumento de 62% na chance de desenvolver depressão em comparação com os moradores das comunidades do grupo controle. Nesse modelo, o risco é maior para mulheres e pessoas com 45 anos ou mais. As demais características como cor/raça, escolaridade e renda não foram estatisticamente significativas. O diagnóstico medido pelo instrumento de rastreamento obteve um efeito ainda maior na comparação entre os dois grupos de comunidades. Há um risco aumentado para mulheres e, diferentemente do modelo anterior, a faixa etária não se mostrou significativa. A

⁸⁴ Os transtornos podem ser definidos pela "combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamentos anormais, que também podem afetar as relações com outras pessoas". Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>.

⁸⁵ Disponível em: <https://www.sanarmed.com/cid-10-insonia-pospsq>.

escolaridade aparece como fator importante no aumento da chance de ter depressão, sobretudo em pessoas com ensino superior completo. As demais características individuais não foram significativas. Vale ressaltar que, seja medindo pelo diagnóstico autorreferido ou pelo instrumento de rastreamento, as mulheres residentes nas comunidades com mais violência provocada por agentes do Estado são as que apresentam maior risco de desenvolver depressão.

Em relação à ansiedade, apenas o resultado do diagnóstico do instrumento de rastreamento foi significativo. A chance de moradores das comunidades com mais tiroteios provocados pelo Estado acumularem sintomas típicos de ansiedade é duas vezes maior que a dos moradores das outras comunidades. Essa chance é três vezes maior para mulheres. Cor/raça, escolaridade e renda não tiveram efeito no aumento do risco de desenvolver ansiedade.

TABELA 8: MODELOS LOGÍSTICOS ESTIMANDO A ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO A TIROTEIOS COM PRESENÇA DE AGENTES DE SEGURANÇA E DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DO SONO

Variáveis		Modelos				
		Depressão (autorreferido)	Depressão (<i>screening</i>)	Ansiedade (autorreferido)	Ansiedade (<i>screening</i>)	Insônia prolongada
		Razão de chance				
Comunidade	Menos expostas a tiroteios	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Mais expostas a tiroteios	1,62**	2,34***	1,24	2,54***	1,73**
Sexo	Feminino	1,53*	2,70***	1,99***	3,09***	1,33
	Masculino	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Faixa etária	18 a 29 anos	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	30 a 44 anos	1,27	1,16	0,82	1,12	1,63*
	45 anos ou mais	2,02**	0,90	0,75	0,84	2,45***
Cor/Raça	Branca	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Não branca	0,76	0,96	0,89	0,83	1,08
Escolaridade	Até fundamental	1,00	1,00***	1,00	1,00	1,00
	Ensino médio	0,77	0,70**	0,93	0,80*	0,99
	Ensino superior ou mais	1,26	0,39**	0,94	0,64	0,68
Renda	Até um salário mínimo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Mais que um salário mínimo	0,90	1,00	0,92	1,00	0,79
Constante		0,034	0,124	0,119	0,256	0,030
Observações ¹		1.496	1.496	1.496	1.496	1.496
R ² de Cox & Snell		0,013	0,070	0,016	0,108	0,016

Nota: *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,1$

¹ Quatro casos não tinham informações sobre a renda.

Por fim, a insônia prolongada também é uma condição clínica associada à violência armada. Para moradores expostos a frequentes tiroteios envolvendo agentes de segurança a chance de ter insônia é 73% maior em comparação com os moradores das demais comunidades. Esse risco é mais elevado para pessoas acima de 45 anos. Nesse modelo, sexo, cor/raça, escolaridade e renda também não foram significativos.

A associação da violência com outras três condições de saúde - colesterol alto, infarto/ataque do coração e tuberculose - também foi estimada como se observa na tabela abaixo. Esses três quadros clínicos não apresentaram relação significativa com episódios de conflitos armados. Outros fatores, como a idade, foram mais relevantes para compreender o aumento do risco no desenvolvimento de colesterol alto e infarto, condições associadas ao estilo de vida e hábitos alimentares.

TABELA 9: MODELOS LOGÍSTICOS ESTIMANDO A ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO A TIROTEIOS COM PRESENÇA DE AGENTES DE SEGURANÇA E DIAGNÓSTICO DE OUTROS AGRAVOS

Variáveis		Modelos		
		Colesterol Alto	Infarto/Ataque do coração	Tuberculose
		Razão de chance		
Comunidade	Menos expostas a tiroteios	1,00	1,00	1,00
	Mais expostas a tiroteios	0,73	0,82	1,74
Sexo	Feminino	1,46*	1,06	0,73
	Masculino	1,00	1,00	1,00
Faixa etária	18 a 29 anos	1,00	1,00	1,00
	30 a 44 anos	1,86	6,47*	1,30
	45 anos ou mais	7,74***	14,53**	0,81
Cor/Raça	Branca	1,00	1,00	1,00
	Não branca	0,98	0,74	1,07
Escolaridade	Até fundamental	1,00	1,00	1,00
	Ensino médio	0,61*	0,42	0,76
	Ensino superior ou mais	0,89	0,63	1,22
Renda	Até um salário mínimo	1,00	1,00	1,00
	Mais que um salário mínimo	1,18	1,07	1,20
Constante		0,023	0,004	0,008
Observações ¹		1.496	1.496	1.496
R ² de Cox & Snell		0,054	0,015	0,002

Nota: *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,1$

¹ Quatro casos não tinham informações sobre a renda

Os resultados apresentados ao longo desta seção foram obtidos a partir de um *survey* realizado com 1.500 moradores de seis comunidades da cidade do Rio de Janeiro, expostas a diferentes níveis de violência armada. Foram analisados diversos aspectos da relação entre a oferta dos serviços de saúde e a condição de saúde dos moradores. É possível afirmar que a violência armada provocada pelo Estado está associada a maior prevalência de uma doença crônica (hipertensão arterial); de transtornos mentais (depressão e ansiedade); e de transtorno do distúrbio do sono (insônia prolongada) e aumento no risco de desenvolvimento dessas condições no conjunto dos moradores. A violência também provoca a interrupção dos serviços de saúde, impede o deslocamento dos profissionais e moradores às unidades, reduzindo, assim, a oferta do serviço e as possibilidades de tratamento, promoção de saúde e prevenção de doenças.

A exposição à violência pode desencadear alterações emocionais que estão na base desses transtornos. No caso da hipertensão, a associação com fatores emocionais não é consensual. Há estudos que demonstram associações entre o desenvolvimento de hipertensão e fatores emocionais e psicológicos como raiva, estresse e impulsividade. Outros, no entanto, não encontram o mesmo efeito⁸⁶.

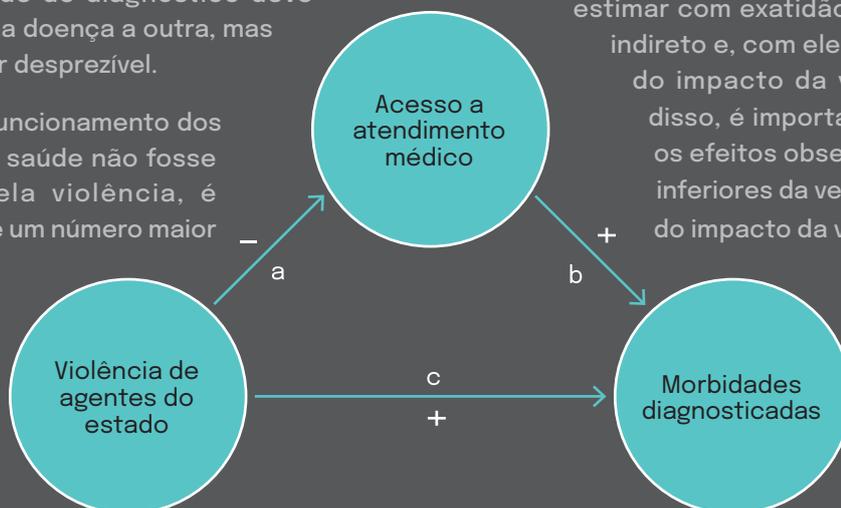
⁸⁶ FONSECA, Fabiana de Cássia Almeida et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 58, p. 128-134, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/CKrxBnS4hMw3dztH9mdjJpJ/?lang=pt>; MOXOTÓ, Glória de Fátima Araújo; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. Raiva, stress emocional e hipertensão: um estudo comparativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 31, p. 221-227, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/qF4CD8cpdDzzLRLjzCDnF3g/abstract/?lang=pt>; DE LIMA, Cristiane Moraes; MUNIZ-SILVA, Cláudia Cristina Soares. A interferência dos fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, v. 6, n. 1, p. 17-20, 2017. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/273>; MAC FADDEN, M. A. J.; RIBEIRO, A. V. Aspectos psicológicos e hipertensão essencial. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 44, p. 4-10, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/CdBsw6CwOg8FNg4CdPvFssp/?format=pdf&lang=pt>.

Outra análise possível

Como vimos, a violência provocada por agentes do Estado está associada ao aumento na chance de desenvolver hipertensão, depressão, ansiedade e insônia nas áreas onde essas intervenções associadas à “guerra às drogas” são mais frequentes. No entanto, esses impactos estão provavelmente subestimados. Como também foi demonstrado, a violência dos agentes do Estado restringe o acesso dos moradores aos serviços de saúde, seja pelo fechamento do serviço durante tiroteios, pela impossibilidade de acesso de profissionais de saúde aos seus postos de trabalho ou pela dificuldade que os moradores têm para chegar à unidade. Além desses impactos no funcionamento dos serviços, existem outros que não podemos estimar em função da falta de indicadores disponíveis, como: a degradação da infraestrutura das unidades e as descontinuidades impostas ao trânsito e recepção de insumos essenciais, como remédios e equipamentos de proteção individual não estão disponíveis em sistemas de informação públicos. Existem alguns estudos internacionais sobre o impacto da violência sobre a operação do sistema de saúde, mas em contextos que diferem marcadamente das comunidades aqui analisadas.

É muito provável que a restrição do acesso ao atendimento médico diminua a probabilidade de ser diagnosticado com alguns dos agravos contemplados no estudo, mesmo que os moradores apresentem sintomas e sejam acometidos por essas condições. O efeito dessa restrição na probabilidade de diagnóstico deve variar de uma doença a outra, mas não deve ser desprezível.

Logo, se o funcionamento dos serviços de saúde não fosse afetado pela violência, é provável que um número maior



de moradores fosse diagnosticado com algum desses agravos. Em consequência, a diferença na prevalência das doenças entre comunidades expostas e não expostas a tiroteios seria maior do que foi observado aqui. E isso não só para os agravos que mostraram diferenças significativas entre comunidades, mas possivelmente também para outros que até aqui não se mostraram significativos. A lógica do modelo causal pode ser observada na figura abaixo.

Assim, a violência tem um impacto direto e positivo sobre as morbidades diagnosticadas. Mas também apresenta um provável efeito indireto e negativo sobre essas mesmas morbidades, isto é, a violência diminui o acesso aos médicos e isto diminui a probabilidade de diagnóstico. Como esse efeito indireto é negativo, ele se opõe ao efeito direto, que é positivo, reduzindo-o. O que os modelos estimados até aqui observam é o efeito total, soma do efeito direto e indireto. Isso provavelmente nos leva a subestimar a intensidade do efeito direto da violência sobre as doenças.

O ideal seria separar esses dois efeitos, o que na literatura se conhece como análise de mediação. Para isso seria necessário calcular o impacto do acesso a serviços médicos sobre a probabilidade de diagnóstico (o parâmetro “b” na figura), o que só poderia ser conseguido a partir de dados externos ao nosso questionário. Não tivemos acesso aos dados necessários para tanto e, em consequência, não podemos estimar com exatidão o valor do efeito indireto e, com ele, da subestimação do impacto da violência. Apesar disso, é importante destacar que os efeitos observados são limites inferiores da verdadeira dimensão do impacto da violência na saúde.

5. EQUIVALÊNCIA MONETÁRIA DAS PERDAS



Esta seção estima os custos monetários de alguns efeitos apresentados anteriormente. É importante destacar que os prejuízos econômicos da guerra às drogas na saúde são mais abrangentes do que aqueles considerados nesta pesquisa. O objetivo foi mensurar uma parte dos custos provocados pela exposição a tiroteios envolvendo agentes de segurança no adoecimento de pessoas e no funcionamento dos serviços de saúde. Ou seja, as estimativas estão restritas a desfechos não letais, excluindo todos os custos da mortalidade diretamente provocada pelos tiroteios com presença de agentes de segurança nas comunidades⁸⁷. Também não foram considerados os custos associados a ferimentos e incapacitações das pessoas alvejadas nesses episódios.

A análise proposta subestima os custos totais. Afinal, não foram considerados, por exemplo, os potenciais custos das internações ocasionadas pela interrupção de tratamento nos serviços de saúde afetados por tiroteios. Tampouco se pretendeu quantificar a perda qualitativa de vida saudável. Todos esses outros custos são de enorme relevância, mas estimá-los exigiria um conjunto adicional de suposições e de dados a serem acessados ou produzidos, o que excederia o escopo desta etapa do projeto. A motivação para as estimativas apresentadas a seguir é traçar um limite inferior, um piso para o montante de custos das perdas de saúde associadas à exposição a tiroteios com presença de agentes de segurança.

Dessa forma, foram considerados três tipos de perdas econômicas: 1) afastamento das atividades rotineiras relacionado ao aumento das morbidades (hipertensão, insônia prolongada, depressão e ansiedade); 2) interrupções dos serviços de saúde nas comunidades mais expostas à violência armada provocada pelo Estado; e 3) custo de tratamento no SUS de pessoas com duas das doenças cuja prevalência é maior nas comunidades com operações (hipertensão e depressão). A seguir serão descritas as hipóteses adotadas, os cálculos realizados e os resultados encontrados nos três casos.

AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES ROTINEIRAS

Além de identificar a prevalência de algumas doenças e transtornos nas comunidades analisadas, a *survey* investigou a relação entre esses problemas de saúde e o impedimento na realização de atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas) e sua frequência nos 30 dias anteriores à pesquisa.

Não realizar atividades rotineiras representa um custo para os moradores e para a sociedade. A hipótese adotada é que o impedimento

⁸⁷ Para uma estimativa do custo associado a essas mortes, ver: CERQUEIRA, Daniel R. C. *Custo de bem-estar social dos homicídios relacionados ao proibicionismo das drogas no Brasil*. Ipea, 2023.

de realizar atividades em função de problemas de saúde prejudica a produção de um valor proporcional ao número de dias perdidos. Essa condição é válida apenas para os indivíduos com renda. A cada dia que uma pessoa deixa de trabalhar por estar doente, perde-se o valor de seu trabalho não realizado. A remuneração que ela recebe por dia é a melhor estimativa disponível para esse valor não produzido⁸⁸. Se essa pessoa ganha por dia trabalhado, o maior prejuízo ficará para ela mesma; se tiver um salário fixo por mês e não for descontada pelo afastamento, a maior perda será de seu empregador; se obtiver um auxílio-doença, o Estado arcará com o custo, pago pelos contribuintes. De qualquer modo, a sociedade perde o valor da atividade impedida, esteja essa perda distribuída entre os contribuintes ou concentrada em apenas um de seus membros (o trabalhador ou seu empregador).

A renda medida nesta pesquisa se refere ao somatório de todas as fontes, não apenas à remuneração do trabalho⁸⁹. No *survey* não havia perguntas específicas sobre cada uma dessas fontes de renda nem sobre a condição laboral de cada entrevistado. Por isso, utilizou-se a renda individual total. Segundo a PNADc/IBGE, o trabalho foi a fonte de 76,9% das rendas totais dos adultos da cidade do Rio de Janeiro no último trimestre de 2022. Na medida em que seria impossível estimar precisamente o valor das atividades não remuneradas – como estudar, cuidar da casa, das crianças, dos idosos, entre outras – para a sociedade, cabe considerar que as outras fontes de renda (23,1%), como pensão, aposentadoria e benefícios sociais compensam, em alguma medida, a falta dessas estimativas. No caso dos trabalhadores autônomos, é provável que as perdas médias por cada dia de afastamento sejam maiores que as estimadas. Afinal, a estimativa foi feita considerando a renda como um valor “cheio” que seria recebido sem levar em conta possíveis perdas por afastamento do trabalho. Entretanto, é possível que parte dos trabalhadores sem salário fixo não tenha informado seus rendimentos habitualmente recebidos nos meses “cheios” sem qualquer impedimento, mas sim os valores efetivamente recebidos pelo trabalho realizado, já desconsiderando os dias sem trabalhar em função de doenças.

Nas três áreas afetadas pelos tiroteios com presença de agentes de segurança, tanto a prevalência das morbidades já destacadas, quanto a proporção de moradores impedidos de realizar atividades em função delas foi maior. Nessas comunidades, 6,8% dos adultos ficaram impedidos, por pelo menos um dia, de desenvolver atividades por questões de saúde. Nas comunidades que não foram afetadas por tiroteios, esse percentual foi de 4,8%, como pode ser visto na tabela 10.

⁸⁸ O valor gerado pelo trabalho tende a ser maior que a remuneração recebida pelo trabalhador, o que permite que parte do benefício produzido seja apropriado pelo contratante privado. Quando um dos dois é tributado, há também uma parte do valor adicionado que é recolhida pelo Estado para financiar serviços públicos. Quando o contratante é um ente público, o que costuma motivar a contratação é a geração de um benefício para a sociedade superior à remuneração do trabalho. Em todo caso, o único dado disponível é a renda do trabalhador, o que tende a subestimar o valor gerado para a sociedade por seu trabalho.

⁸⁹ A renda foi captada pela pergunta: “Agora gostaria de saber qual é aproximadamente sua renda mensal total, somando todas as fontes como salário, pensão, aposentadoria, benefícios sociais, aluguéis, bicos?”. As opções de resposta foram: “sem rendimento”; intervalos delimitados por 0, ½, 1, 2, 5, 10 e mais de 10 salários-mínimos (acompanhados dos respectivos múltiplos do valor vigente em 2022, de R\$ 1.212); “não sabe” e “não respondeu”. A renda estimada considerou o ponto médio de cada intervalo fechado e 11,5 salários-mínimos no caso do intervalo aberto.

TABELA 10: IMPEDIMENTO DE REALIZAR ATIVIDADES HABITUAIS POR PROBLEMAS DE SAÚDE SEGUNDO A EXPOSIÇÃO A TIROTEIOS COM PRESENÇA DE AGENTES DE SEGURANÇA

Variável	Categoria	Menos expostas a tiroteios		Mais expostas a tiroteios		Sig
		n	%	n	%	
Impedido de realizar atividades por problemas de saúde (% das pessoas com algum problema de saúde relatado)	Não	219	85,9%	241	82,5%	0,285
	Sim	36	14,1%	51	17,5%	
Impedido de realizar atividades por problemas de saúde (% da população total)	Não	713	95,2%	699	93,2%	0,099
	Sim	36	4,8%	51	6,8%	

Nota: As duas variáveis se referem ao impedimento de realizar atividades devido a problemas de saúde nos 30 dias anteriores à pesquisa. Foi desconsiderada da análise uma pessoa que relatou ter sido impedida de realizar atividades, mas não informou o número de dias.

A diferença de 2 pontos percentuais entre essas proporções⁹⁰ pode ser atribuída à exposição à violência armada provocada por agentes do Estado nas comunidades. Esse acréscimo no risco de impedimento de realizar atividades devido a um problema de saúde foi usado para calcular o valor esperado da renda perdida de um adulto qualquer, estimada aqui para cada indivíduo *i* desta forma:

$$Renda\ perdida_i = \left\{ \frac{Dias\ de\ impedimento_i}{30} \right\} \times Renda\ mensal_i, \text{ se } i \text{ não tem renda ou não teve impedimento}$$

O número de dias perdidos foi dividido pelo máximo de 30 dias possíveis, seguindo a opção geral por uma estimativa conservadora das perdas. De fato, 14 entrevistados com renda – 10 deles nas comunidades com mais tiroteios provocados por agentes – responderam ter ficado impedidos de realizar atividades por problemas de saúde por 30 dias. Contudo, é provável que muitas pessoas trabalhem habitualmente nos 22 dias úteis do mês, e não em todos os 30 dias, o que aumentaria o peso de cada dia de trabalho perdido.

Entre as pessoas que tinham renda e relataram ao menos um dia de impedimento para realizar atividades em função de problemas de saúde, a média de dias perdidos foi de 10,09 sem diferença significativa entre áreas com tiroteios (10,15 dias perdidos) e sem tiroteios (10,00 dias perdidos). A renda média mensal desses indivíduos – que declararam possuir renda e ficaram impedidos – foi de R\$ 1.182, também sem diferença estatisticamente significativa entre áreas sem tiroteios (R\$ 1.111) e com tiroteios (R\$ 1.231). Nesse último grupo, a renda dos moradores que ficaram impedidos de realizar atividades por mais tempo é menor. Isso atenuou as diferenças nas perdas estimadas nos dois grupos de comunidades.

⁹⁰ Essa diferença é estatisticamente significativa ao nível de significância de 10%.

Deixar de realizar atividades habituais por problemas de saúde acarretou uma perda de R\$ 15,80 mensais por adulto nas comunidades sem tiroteios e de R\$ 22,11 naquelas com registros de tiroteios com presença de agentes de segurança. A diferença de R\$ 6,32 representa o prejuízo dos moradores das áreas com tiroteios que ficaram impedidos de realizar suas atividades por problemas de saúde. Ressalte-se que essas médias foram calculadas considerando todos os adultos participantes da pesquisa, inclusive aqueles que não foram impedidos de realizar suas atividades habituais e mesmo aqueles sem renda. Isso significa que algumas dessas pessoas foram efetivamente prejudicadas em valores bem maiores, adoecendo e perdendo sua renda, enquanto outras expostas ao mesmo risco não chegaram a ser pessoalmente atingidas dessa maneira.

Essa perda média (ou esperada) de R\$ 6,32 mensais representa 0,53% da renda das comunidades com mais tiroteios. Em 12 meses, essa perda pode chegar, em média, a R\$ 75,84 por cada morador, doente ou saudável – sempre de forma conservadora, sem considerar possíveis acréscimos como décimo terceiro, adicional de férias e outros que podem incidir sobre os salários de pessoas empregadas formalmente. A tabela 11 mostra o custo médio estimado em cada uma das três comunidades mais expostas a tiroteios envolvendo agentes de segurança considerando a população maior de 18 anos⁹¹.

TABELA 11: CUSTO ANUAL DOS IMPEDIMENTOS NA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES HABITUAIS POR PROBLEMAS DE SAÚDE ASSOCIADOS A EXPOSIÇÃO A TIROTEIOS COM PRESENÇA DE AGENTES DE SEGURANÇA

Comunidades mais expostas a tiroteios	População adulta (18 anos ou mais)	Custo anual com impedimento de realizar atividades (R\$)
Nova Holanda	9.065	687.490
Vidigal	6.798	515.560
CHP-2	2.481	188.159
Total	18.344	1.391.209

O custo anual estimado somente por esse tipo de perda é de aproximadamente R\$ 687 mil na Nova Holanda, R\$ 516 mil no Vidigal e R\$ 188 mil na CHP-2, totalizando quase R\$ 1,4 milhão nas três áreas. Considerando as hipóteses conservadoras empregadas nesse cálculo, entende-se que essa estimativa deve ser interpretada como um limite inferior para as perdas relacionadas apenas aos afastamentos de atividades por problemas de saúde relatados nas três comunidades com tiroteios envolvendo agentes de segurança pública.

⁹¹ A estimativa final foi calculada multiplicando a perda média por morador pelo tamanho da população adulta. Essa perda média não foi calculada para cada comunidade, mas em conjunto para as três, pois uma estimativa da perda específica seria muito mais instável e menos confiável.

INTERRUPÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Quando um serviço de saúde deixa de ser prestado, a sociedade toda perde, no mínimo, o valor que ela se dispôs a alocar para garantir o funcionamento desse serviço. Na verdade, esse valor tende a ser maior do que os gastos planejados, não apenas porque as despesas com a saúde pública costumam ser inferiores ao que seria desejado, mas também porque o retorno positivo para a sociedade é justamente o que motiva sua realização.

Em estudos sobre o impacto na desigualdade de gastos em saúde e educação, por exemplo, é comum adotar-se a hipótese mais simples de que, assim como as políticas de transferência de renda, essas despesas em serviços beneficiam a população atendida como rendas indiretas com o mesmo valor total que elas custam para os contribuintes⁹². Métodos que exigem mais dados e modelagem sofisticada poderiam abordar os impactos desses serviços nos fluxos futuros de geração de renda da população beneficiária ou ainda estimar o valor de mercado de um serviço privado de igual qualidade⁹³. Ainda que de outra maneira, prejuízos à geração de renda e valor para a sociedade foram considerados na subseção anterior. Por sua vez, estimar o valor de mercado dos serviços de saúde oferecidos aos moradores das comunidades estudadas demandaria dados de avaliações comparáveis da qualidade desses serviços e de outros similares oferecidos no mercado, além dos preços pagos por estes últimos.

Com os dados disponíveis para este relatório, o método mais simples e usual é também o mais factível e seguro. Assim sendo, a primeira hipótese adotada na estimação dos custos deste tipo de perda é que cada dia de interrupção dos serviços de uma unidade de saúde subtraia da sociedade 1/365 do valor anual despendido em seu funcionamento. Essa suposição também é conservadora, já que algumas das despesas componentes dessas contas anuais são custos variáveis que podem estar reduzidos pelas próprias interrupções ocorridas (gastos com luz, materiais descartáveis e medicamentos, por exemplo). Entretanto, a estimativa adotada trata as despesas totais como referência de quanto custaria o funcionamento ininterrupto do serviço ao longo de todo o ano.

A segunda hipótese se refere à quantidade de dias em que os serviços deixaram de ser prestados ao longo do ano nas áreas pesquisadas. Infelizmente, a série histórica de fechamento de cada unidade de saúde em função de episódios de violência está indisponível para o público. A

⁹² Ver, por exemplo, SILVEIRA, Fernando Gaiger; RIBAS, Theo; CARDOMINGO, Matias; CARVALHO, Laura. *Impactos distributivos da educação pública brasileira: evidências a partir da Pesquisa de Orçamento Familiares (POF) 2017-2018* (Nota de Política Econômica n° 011). MADE/USP.

⁹³ É como o valor da educação básica no Brasil é estimado por SOARES, Sergei. O valor de mercado da educação pública. *Texto para Discussão* n. 2.532, Ipea, dez. 2019.

pedido da pesquisa, a Secretaria Municipal de Saúde informou apenas o número total de fechamentos das unidades no município do Rio. Em 2019, antes da pandemia de Covid-19, a SMS registrou 356 fechamentos temporários de unidades de saúde na cidade. Em 2022, esse total alcançou 445, um aumento de 25% em quatro anos.

Na ausência de dados sobre a quantidade de fechamentos por unidade de saúde, a pesquisa averiguou junto aos moradores se esse serviço já havia sido interrompido por causa da violência e a última data em que isso ocorreu. Embora as respostas a essas perguntas não permitissem precisar o número de fechamentos em um ano, a menção dos moradores a datas diferentes foi 56% maior nas comunidades mais afetadas por tiroteios com agentes de segurança. O número médio de datas diferentes relatadas nos 12 meses anteriores à pesquisa foi de 5,33 dias nas três comunidades sem tiroteios e de 8,33 dias naquelas com tiroteios. A diferença de três dias a mais, em média, nas comunidades com tiroteios envolvendo agentes de segurança pública⁹⁴ foi adotada como *proxy*⁹⁵ do número de fechamentos anuais associados a esses episódios de violência.

Ao menos em ordem de grandeza, a estimativa indireta de 8,33 fechamentos anuais se aproxima dos números registrados pelas unidades em 2021, segundo matéria publicada pelo jornalista Rodrigo de Souza, que obteve excepcionalmente os dados detalhados do Acesso Mais Seguro via Lei de Acesso à Informação⁹⁶. As seis unidades de saúde que mais fecharam naquele ano registraram de sete a nove fechamentos.

É bem possível que a *proxy* subestime o real número de fechamentos das unidades de saúde nos dois grupos de comunidades, assim como a diferença indicadora do efeito dos tiroteios envolvendo agentes de segurança. Isto porque, segundo dados da reportagem, em 2021 foram registrados 152 fechamentos. Em 2022, ano de realização da pesquisa, esse número saltou para 445, segundo dados da SMS. Outra potencial subestimação está associada à forma de construção da *proxy*. Cada entrevistado só informou a data da última vez em que soube de algum fechamento da unidade de saúde. É esperado que os relatos se concentrem nas mesmas datas de ocorrências mais recentes ou de impacto mais conhecido e memorável. Isso afetaria os dois grupos de comunidades, mas a média e a variância naquelas com tiroteios tendem a ser maiores, de modo que a diferença de três dias a mais nestas últimas também tende a estar subestimada.

Partindo do pressuposto de que as unidades de saúde das comunidades mais expostas a tiroteios fechem aproximadamente três dias a mais por ano em comparação às unidades das outras comunidades, o custo anual desses fechamentos adicionais pode ser estimado a partir

⁹⁴ Estatisticamente significativa ao nível de significância de 1%.

⁹⁵ *Proxy* é uma variável substituta, uma aproximação usada no lugar da verdadeira variável de interesse porque esta última não está disponível ou é de difícil mensuração.

⁹⁶ Jornal Extra, 27/03/22. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/rio/durante-pandemia-de-covid-19-violencia-no-rio-fechou-uma-unidade-de-saude-cada-dois-dias-rv1-1-25449597.html>.

das despesas anuais totais⁹⁷ das unidades de saúde das três comunidades mais afetadas pela violência armada provocada pelo Estado em 2022. Assim, este custo médio anual de três fechamentos adicionais em cada comunidade foi estimado da seguinte maneira:

$$\frac{3}{365} \times \frac{\text{Custo anual}_{\text{CHP-2}} + \text{Custo anual}_{\text{Vidigal}} + \text{Custo anual}_{\text{Nova Holanda}}}{3} =$$
$$\frac{3}{365} \times \frac{19.068.530,94 + 12.717.100,22 + 6.783.288,08}{3} = 105.654,57$$

O cálculo acima representa o custo anual de três dias de fechamento para cada unidade de saúde das comunidades mais expostas a tiroteios. Logo, um dia de fechamento custa, em média, R\$35.218,19 em serviços que deixam de ser prestados. Para o conjunto das três comunidades, o custo médio de três dias de fechamento foi de R\$ 316.963,72.

Essas estimativas se referem apenas aos fechamentos “adicionais” em três unidades de saúde específicas submetidas a mais violência armada com a presença de agentes de segurança do que aquela observada em comunidades que também relataram e registraram fechamentos de unidades de saúde por causa da violência. Os dados de despesas correspondem a apenas três unidades, com estruturas e tamanhos específicos, mas não custa lembrar que episódios de violência causaram 445 fechamentos de unidades municipais de saúde em 2022. Só nos primeiros cinco meses de 2023, o número dessas ocorrências já tinha atingido 343, quase o total de 2019, segundo dados da SMS.

CUSTO DE TRATAMENTOS DE SAÚDE

O terceiro custo refere-se ao tratamento no SUS das morbidades com prevalência significativamente aumentada nas comunidades com mais tiroteios envolvendo policiais. O cálculo foi estimado com base em valores encontrados na literatura de saúde pública. Só foram localizados trabalhos com estimativas abrangentes dos custos de tratamento de dois dos quatro problemas de saúde analisados: hipertensão e depressão. Assim, os custos de tratamento de ansiedade e insônia prolongada não puderam ser considerados, o que novamente deve subestimar os custos totais.

Nilson *et al*⁹⁸ estimaram em R\$ 2.029.423.609,36 os custos atribuíveis ao tratamento de adultos com hipertensão arterial no SUS em 2018, valor que inclui hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e

⁹⁷ Os dados das despesas das unidades básicas de saúde foram obtidos do Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais, da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. As informações sobre as receitas, despesas e contratos firmados podem ser consultadas em: <https://osinfo1.prefeitura.rio/>.

⁹⁸ NILSON, Eduardo Augusto Fernandes et al. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, p. e32, 2020.

medicamentos. Segundo o estudo, esse custo se refere ao tratamento da população de 18 anos ou mais diagnosticada com hipertensão em todo o Brasil, contingente que foi estimado em 38.082.417 de pessoas na última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2019⁹⁹. A partir da razão entre o custo total e a população diagnosticada, conclui-se que o custo médio para o SUS por cada adulto hipertenso no Brasil (usuário ou não de serviços de saúde pública) foi de R\$ 53,29 em 2018. Ajustado aos preços de 2022 segundo a inflação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), esse valor corresponde a R\$ 64,67.

De forma similar, Bruna Mercedes¹⁰⁰ estimou os custos atribuíveis a tratamentos de depressão no SUS de 2010 a 2018. Em 2018, o custo total do tratamento no SUS, considerando hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial foi de R\$ 163.755.852,23¹⁰¹. A autora utiliza os dados da PNS 2019 que estima um contingente de 16.292.673 pessoas com depressão em todo o Brasil. Assim, o custo médio do tratamento de depressão no SUS foi de R\$ 10,05 por adulto (tratado ou não pelo sistema público) no país em 2018. A preços de 2022, esse valor equivale a R\$ 12,76.

Esses resultados permitem estimar o custo médio anual do tratamento das morbidades analisadas para as três comunidades mais expostas a tiroteios envolvendo agentes de segurança (CHP-2, Vidigal e Nova Holanda). Considerando os 18.344 adultos residentes nessas comunidades, a prevalência adicional de hipertensão arterial que atinge 5,1% dessas pessoas deve gerar um custo de tratamento no SUS estimado em R\$ 63.280 anuais a preços de 2022.

No caso da depressão, a prevalência adicional é de 2,6%, considerando o diagnóstico autorreferido, o que resulta em R\$ 6.084 anuais a preços de 2022. Levando em conta o diagnóstico medido pelo instrumento de rastreamento, a prevalência adicional é de 13,9%. Nesse cenário, o custo anual de tratamento no SUS sobe para R\$ 32.529 a preços de 2022.

Reunindo apenas os tratamentos adicionais de hipertensão arterial e depressão, o custo estimado para o SUS da violência excessiva nas três comunidades com frequentes operações policiais fica, portanto, entre R\$ 69.365 e R\$ 95.809 anuais. Essas cifras certamente aumentariam caso tivessem sido encontrados na literatura parâmetros comparáveis para estimar também os custos ligados a tratamentos de ansiedade e insônia prolongada.

Em resumo, foram estimados três tipos de custos associados ao impacto da guerra às drogas na saúde dos moradores das três comunidades mais expostas a tiroteios envolvendo agentes de segurança pública – Nova Holanda (no Complexo da Maré), Vidigal e CHP-2 (no

⁹⁹ <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pns/pns-2019>.

¹⁰⁰ MERCEDES, Bruna P. C. Depressão em adultos do Brasil: custos, perfil dos atendimentos e cobertura presumida dos CAPS. Ribeirão Preto, 2023 (Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP).

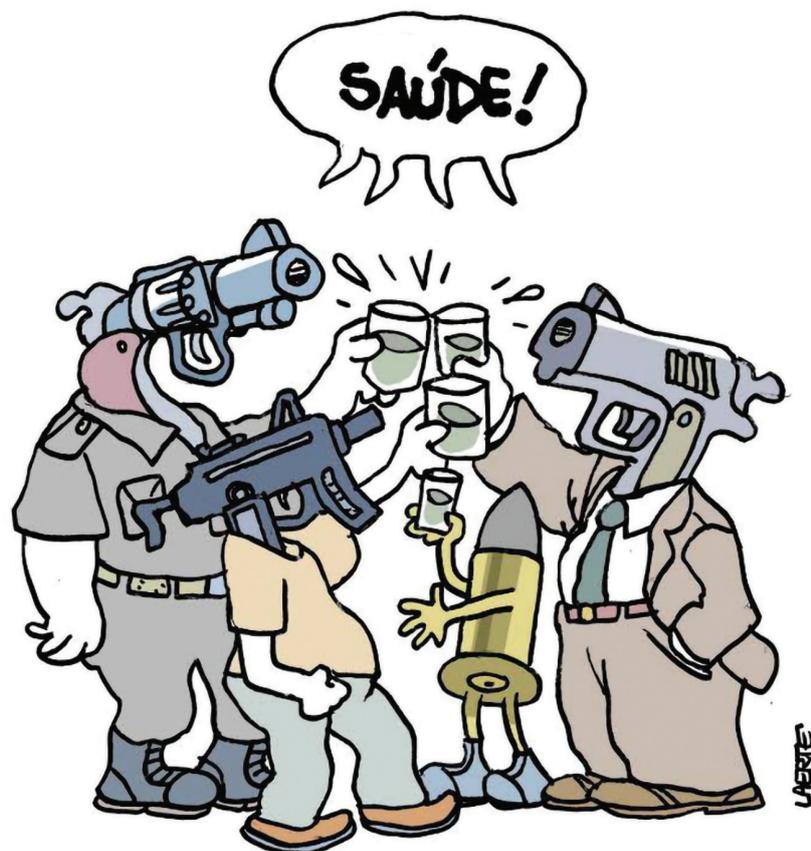
¹⁰¹ O valor apresentado no estudo foi expresso em dólares internacionais, convertido aqui em reais a partir do fator de conversão informado. A autora também apresentou os custos de absenteísmo calculados a partir das licenças de trabalhadores formais registradas no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), mas esses foram desconsiderados aqui, pois o custo de afastamentos do trabalho, inclusive de trabalhadores informais, já foi estimado em outra subseção.

Complexo de Manguinhos). A maior prevalência de algumas morbidades nessas comunidades – em comparação com outras semelhantes em termos socioeconômicos, mas sem as mesmas ocorrências – impede que os moradores realizem diversas atividades rotineiras. Isso afeta diretamente a renda desses moradores, que perdem R\$ 1,4 milhão por ano em função da não realização dessas atividades. Estimou-se, ainda, que o fechamento das unidades de saúde devido à violência nas comunidades mais expostas a tiroteios envolvendo agentes de segurança custou, por ano, aproximadamente R\$ 317 mil para o Estado e para a sociedade. E apenas aos tratamentos adicionais de casos de hipertensão arterial e depressão, atribuiu-se um custo estimado entre R\$ 69 mil e R\$ 95 mil.

As hipóteses conservadoras adotadas no presente estudo sugerem que esses valores estão subestimados. Esses números representam um limite inferior para o custo da “guerra às drogas” ligado à saúde dos moradores das três comunidades citadas. Eles não consideram outros custos de grande importância, como os relativos às pessoas mortas e feridas diretamente pela violência das incursões de agentes de segurança pública. Também não levam em conta a perda de qualidade de vida em anos de vida saudável. Para além do que foi e até mesmo do que poderia ter sido convertido em valores monetários, o maior custo – em parte intangível – é aquele observado diretamente na saúde reportada pelos moradores, mais deprimidos, hipertensos, ansiosos e insones.

Ressalta-se ainda que as estimativas de custos apresentadas se referem somente às três comunidades citadas, que, segundo o Instituto Fogo Cruzado, concentraram, concentraram juntas 43 (ou 3,4%) dos 1.277 tiroteios com agentes de segurança reportados em 2019 na cidade do Rio de Janeiro. Essas três comunidades cariocas revelam apenas uma pequena parte dos prejuízos que a política de “guerra às drogas” causa à saúde de brasileiros em todo o território nacional.

CONCLUSÃO



A guerra às drogas é, sem dúvida, uma das faces mais dramáticas da nossa sociedade. As constantes operações policiais nas favelas e periferias, a perda de aprendizado dos estudantes em função das interrupções das aulas, e, sobretudo, as perdas humanas são exemplos dos impactos nefastos desta estratégia que vem sendo levada a cabo ao longo de décadas. Trata-se de uma escolha política que, além de não cumprir seus objetivos declarados de diminuir a oferta, o consumo e a circulação de determinadas drogas, produz violência em múltiplas dimensões. Como se não bastasse tamanho fracasso, essa estratégia custa caro - muito caro - aos cofres públicos.

Como a guerra às drogas afeta no corpo e na mente de quem vive na linha do tiro? Quais os efeitos no corpo e na mente de viver na linha do tiro? Quanto custa para um morador não poder realizar suas atividades cotidianas em função dessa violência? Qual a consequência na saúde de ser impedido de comparecer a uma consulta médica agendada há meses por causa de uma operação policial? Estas perguntas guiaram o presente estudo.

O objetivo foi analisar os impactos da guerra às drogas na oferta de serviços de saúde e no estado de saúde físico e mental de moradores de áreas afetadas por tiroteios decorrentes de operações policiais na cidade do Rio de Janeiro, bem como os custos econômicos associados a esses efeitos. Para tanto, foram selecionadas seis comunidades com perfil socioeconômico semelhante, mas expostas a diferentes graus de violência armada, tendo como parâmetros os tiroteios com a presença de agentes de segurança registrados pelo Instituto Fogo Cruzado. Nessas áreas foram entrevistados 1.500 moradoras e moradores para obter dados inéditos sobre os efeitos da violência no acesso aos serviços de saúde.

A situação no Rio de Janeiro é especialmente alarmante, tanto pela política bélica de segurança pública adotada quanto pela interdição do pleno exercício da cidadania decorrentes dessas ações. Esses processos impedem a livre circulação das pessoas pela cidade e afetam o acesso regular a espaços e serviços que deveriam ser garantidos pelo Estado.

Um exemplo desta interdição é o fato de que a própria administração pública do Rio adotou um protocolo específico, utilizado em contextos de conflitos armados, para manutenção dos atendimentos nos serviços de saúde em regiões com constantes tiroteios. Como demonstramos neste estudo, a Secretaria Municipal de Saúde vale-se de uma classificação de risco para guiar o comportamento de profissionais nos momentos de conflito. Ou seja, o Estado reconhece que esses eventos são rotineiros e que o direito fundamental de acesso à saúde seguirá sendo violado. É uma espécie de estratégia de guerra funcionando mesmo que não haja guerra declarada.

Além de mensurar os impactos dos tiroteios no funcionamento de equipamentos de saúde, analisou-se a relação entre tiroteios e os desfechos de saúde nessas comunidades. Foram calculados, ainda, as perdas monetárias decorrentes do impedimento de realizar atividades rotineiras por causa dos tiroteios; os impactos das interrupções de serviços de saúde por causa de operações policiais, além do custo para o SUS do tratamento de algumas doenças.

A análise dos dados obtidos junto aos moradores permitiu concluir que nas comunidades mais expostas a tiroteios com a presença de agentes de segurança há: a) aumento da prevalência de hipertensão arterial, insônia prolongada, depressão e ansiedade; b) aumento na chance de desenvolvimento dessas condições;

c) interrupções frequentes do funcionamento das unidades de saúde, ocasiões em que profissionais de saúde não conseguem acessar seu local de trabalho e os moradores não conseguem procurar os serviços de saúde. Essas diferenças parecem evidenciar que as incertezas e tensões, vividas majoritariamente por comunidades mais expostas a tiroteios, estão associadas ao agravamento de condições de saúde já deterioradas.

O adoecimento da população aliado à redução do atendimento médico e do tratamento adequado dessas condições gera custos individuais e coletivos. Muitos moradores relataram ter sido impedidos de realizar atividades rotineiras - como trabalhar, estudar, cuidar da casa, dos filhos - em função de ter algum problema de saúde. Isso provocou uma perda média de aproximadamente 1.4 milhões de reais em um ano para todos os moradores das comunidades mais expostas a tiroteios com a presença de agentes de segurança.

O fechamento temporário das unidades de saúde durante as operações policiais, além de negar aos cidadãos o acesso a atendimentos médicos, provoca prejuízos financeiros aos cofres públicos. Nas três comunidades mais expostas a tiroteios envolvendo agentes de segurança, o custo médio por ano do fechamento das unidades de saúde considerando os três dias adicionais provocados pela violência policial foi de cerca de R\$ 317 mil.

O aumento na prevalência de algumas condições de saúde nas comunidades mais afetadas por tiroteios envolvendo agentes de segurança gerou um custo adicional para o tratamento desses quadros, o que inclui atendimento ambulatorial, internações e aquisição de medicamentos. No caso de hipertensão e depressão, o custo médio do tratamento no SUS foi estimado entre R\$ 69 mil e R\$ 95 mil por ano para os moradores dessas comunidades que vivem com essas condições.

Os resultados da pesquisa indicam que a guerra às drogas impacta negativamente a saúde de uma parcela da população - negra e periférica - sistematicamente violentada pelo Estado. A face bélica do proibicionismo, portanto, fere o direito fundamental ao acesso universal e igualitário à saúde pública garantido pela Constituição Federal.

O atraso na realização de consultas e exames de rotina por conta da interrupção do funcionamento de unidades de saúde, o impedimento na realização das atividades cotidianas e os agravos em diversas condições de saúde devido a exposição rotineira à violência armada revelam um outro aspecto da política repressiva de drogas que precisa ser cuidadosamente detalhada em pesquisas e debatido amplamente pela sociedade.

Se, por um lado, a guerra às drogas fracassa em seu objetivo declarado de reduzir o consumo, a produção e a circulação de substâncias psicoativas, por outro, a mesma funciona como ferramenta do racismo e do extermínio da juventude negra e periférica. Isto, por si só, deveria justificar a urgência de se adotar uma nova política de drogas que, ao invés de promover agravos na saúde da população, garanta direitos e a proteção da vida.



drogasquantocustaproibir.com.br



[@drogas_quantocustaproibir](https://www.instagram.com/drogas_quantocustaproibir)



[@CustoProibicao](https://twitter.com/CustoProibicao)

Diagramação

Refinaria Design

DROGAS:
QUANTO
CUSTA
PROIBIR

REALIZAÇÃO



Centro de Estudos de Segurança e Cidadania

Fundado em 2000, o Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESeC) desenvolve pesquisas e outros projetos nas áreas de segurança pública, justiça e política de drogas, tendo como compromisso a promoção dos direitos humanos e a luta contra o racismo no sistema de justiça criminal brasileiro.

cesecseguranca.com.br