



## O impacto da violência no acesso à saúde nas comunidades de baixa renda

**Doriam Borges, Ignacio Cano** (Laboratório de Análise da Violência. LAV-UERJ),

**Cristiane Cabral** (USP) e **Alessandra Pinto** (IBGE)\*

### Resumo

Esse estudo pretende mensurar o grau em que a exposição à violência compromete o acesso aos serviços de saúde para a população de baixa renda. Para tanto, foi realizada uma pesquisa domiciliar a uma amostra de 1.200 pessoas residentes em 4 favelas do Rio de Janeiro. A exposição à violência foi operacionalizada de duas formas:

- através da escolha de locais de diferente incidência de violência. Assim, foram escolhidas 2 comunidades com UPP, a princípio com menores de violência, e outras 2 sem UPP;
- por meio de perguntas que indagavam sobre a percepção de segurança ou insegurança de cada indivíduo. De fato, as duas operacionalizações da exposição à violência apresentaram resultados muito semelhantes.

Os dados mostraram que a violência armada era muito elevada numa das quatro comunidades (sem UPP), onde um quarto dos entrevistados tinha visto ou ouvido falar em vítimas mortais de arma de fogo nos últimos 12 meses. A outra comunidade sem UPP também apresentava uma alta presença de pessoas armadas, mas menores índices efetivos de violência armada. As duas comunidades sem UPP revelaram uma baixa incidência de violência armada.

---

\* Os autores gostariam de agradecer ao professor Robert Muggah por coordenar o desenvolvimento dessa pesquisa e editar o produto final. Eles também gostariam de agradecer ao International Development Research Centre (IDRC) e ao Instituto Igarapé por seu apoio no design, na implementação e análise dos resultados.

*Esta pesquisa domiciliar foi realizada a uma amostra de 1.200 pessoas residentes em quatro favelas do Rio de Janeiro.*

A exposição à violência não parece afetar a inscrição dos usuários no Programa Saúde da Família. No que tange ao serviço de ambulância em emergências, só encontramos um caso em que a remoção da pessoa não pôde ser realizada por culpa da insegurança.

Por outro lado, quando se perguntam as razões para escolher determinados serviços de saúde em caso de doença ou emergência, os motivos mais citados são a rapidez e a proximidade. Quase ninguém menciona a violência como fator relevante. Já quando se pergunta explicitamente se a violência representa um problema no acesso, só na comunidade mais violenta das quatro existe certa preocupação e, mesmo assim, ela é manifestada por apenas 10% dos cidadãos. Nessa comunidade, 7% das pessoas reconheceu ter adiado ou cancelado a ida a um serviço de saúde em função da insegurança, uma experiência quase inexistente nos outros três locais.

O impacto da violência sobre a oferta dos serviços parece ser maior do que sobre a demanda, pois 31% dos entrevistados na favela mais violenta afirmou ter ouvido de profissionais de saúde que faltaram ao trabalho no local por causa da insegurança, e 34% soube de fechamentos temporais do serviço pelo mesmo motivo.

Em suma, a restrição da oferta, e em menor medida da demanda, de serviços de saúde pela violência afeta a uma minoria da população e apenas em contextos em que os níveis de violência armada são muito elevados. A simples presença de grupos armados irregulares, por exemplo, não é suficiente para causar esse efeito.

## Introdução e Objetivos

O objetivo desse trabalho é estimar o grau em que a exposição a elevados níveis de violência armada pode comprometer o acesso das pessoas a serviços de saúde. A relação negativa entre essas duas dimensões, violência e acesso a saúde, é comumente presumida pelos profissionais de saúde, os acadêmicos e as instituições, mas não existem muitas evidências empíricas para confirmá-la, muito menos para mensurá-la. Este trabalho se propõe a explorar empiricamente essa relação. Para tanto, realizamos um estudo de caso relativo às favelas do Rio de Janeiro, localizadas em áreas onde os confrontos armados são frequentes. Nesse sentido, as favelas do Rio pareceriam um entorno ideal para testar a hipótese do impacto negativo da violência no acesso aos serviços de saúde.

*Em que grau em que a exposição a elevados níveis de violência armada pode comprometer o acesso das pessoas a serviços de saúde?*

A limitação do acesso devida à violência pode acontecer de duas formas:

- impedindo ou dificultando a ida das pessoas aos centros de saúde, em função da percepção de insegurança no deslocamento até eles (demanda);
- impedindo ou dificultando o acesso dos profissionais de saúde, seja aos centros de saúde ou aos domicílios dos pacientes ou da população em geral (oferta).

Ambos os efeitos foram testados no presente estudo.

A exposição à violência foi operacionalizada de duas formas nesta pesquisa. A primeira por meio de entrevistas com moradores de favelas com altos e com baixos níveis de violência, que sejam comparáveis em todas as outras dimensões que possam afetar o acesso aos serviços de saúde. Para tanto, contemplamos áreas beneficiadas e não beneficiadas pelo programa de Unidades de Polícia Pacificadora (UPP) que, conforme estudos realizados, conseguiu reduzir significativamente a violência armada, particularmente os tiroteios, em várias comunidades da cidade do Rio (Cano, Borges & Ribeiro, 2012). Assim, se a violência realmente incide sobre o acesso aos serviços de saúde, isto deverá se refletir numa diferença entre esses dois tipos de comunidades.

A segunda forma de operacionalizar a violência foi através da percepção dos indivíduos, mensurada nos questionários. Nesse sentido, foi testado se as pessoas que percebem mais violência no lugar onde moram apresentam menor acesso aos serviços de saúde do que as outras. Obviamente, as duas mensurações de violência estão relacionadas, de forma que em lugares com maior número de tiroteios há mais moradores que se sentem inseguros e vice-versa. Entretanto, as duas dimensões não são necessariamente equivalentes, pois diversos estudos já mostraram a existência de pessoas que se sentem relativamente seguras em ambientes com muita violência e vice-versa.

Esse trabalho está estruturado a partir das seguintes seções:

- breve revisão da literatura existente sobre o tema (seção 2);
- metodologia (seção 3);
- breve descrição do perfil da população estudada, para que sirva de contexto à interpretação dos resultados (seção 4);
- descrição dos resultados relativos às variáveis de mensuração da exposição à violência, nas suas duas operacionalizações: comunidades mais e menos expostas à violência, e pessoas que se sentem mais ou menos inseguras (seção 5);
- breve resumo das condições de saúde da população objeto de estudo, bem como do seu nível de acesso aos serviços de saúde, de novo para que sirvam de contexto para os resultados finais (seção 6);
- estimação do impacto da violência sobre a demanda de serviços de saúde (seção 7);
- estimação do impacto da violência sobre a oferta de serviços de saúde (seção 8);
- conclusões (seção 9).

## Acesso aos serviços de saúde na literatura

A utilização de serviços de saúde pode ser compreendida aqui como qualquer contato entre a população e os serviços. Ela está relacionada com fatores práticos que possibilitem o acesso, mas também está vinculada à dimensão de equidade dos sistemas de saúde. Nessa perspectiva, a utilização dos serviços de saúde incorpora um aspecto político àquele de natureza operacional e está profundamente conectada às políticas públicas (Travassos, 2004; Sanchez, 2012).

Acesso é um conceito dinâmico e variável, que tem sido ampliado e complexificado ao longo do tempo. Ele corresponde, grosso modo, ao grau de facilidade na obtenção de cuidados de saúde (Pinheiro, 2002; Sanchez, 2012; Travassos, 2004). Alguns autores empregam o termo “acesso” e, outros, “acessibilidade”, para se referir ao mesmo fenômeno (Travassos, 2004; Assis e Jesus, 2012; Sanchez, 2012). Neste trabalho, utilizaremos preferencialmente o termo ‘acesso’.

Por outro lado, o conceito de acesso vem sofrendo um certo deslocamento do seu significado, inicialmente focado em fatores que interferem/impactam a admissão no serviço de saúde, que passa a incluir os resultados do cuidado dispensado (Travassos, 2004). Assim, de acordo com o modelo proposto por Donabedian (Pinheiro, 2002: 365), a avaliação da qualidade em saúde engloba dois componentes principais:

- **processo**, que está relacionado às atividades desenvolvidas entre profissionais de saúde e pacientes em consonância com critérios e padrões adequados;
- **resultado**, que se refere a mudanças no estado de saúde atual ou futuro do paciente, passíveis de serem atribuídas aos cuidados de saúde recebidos (Pinheiro, 2002: 365).

Sanchez (2012; ver também Assis & Jesus, 2012) propõe a análise do acesso a partir de quatro dimensões:

1. disponibilidade;
2. capacidade de pagamento;
3. informação;
4. aceitabilidade.

A disponibilidade refere-se a aspectos físicos e geográficos associados à existência ou não de serviço de saúde em local e momento adequados às necessidades dos usuários. Contempla fatores relacionados a barreiras geográficas (distribuição geográfica dos serviços, disponibilidade de sistema de transporte etc.) e questões organizacionais dos serviços (quantitativo e capacidade técnica de profissionais, existência de equipamento e material, horário de funcionamento, natureza do cuidado ofertado etc.).

*A utilização de serviços de saúde está relacionada com fatores práticos que possibilitem o acesso e também está vinculada à dimensão de equidade dos sistemas de saúde.*

*O conhecimento precário do indivíduo sobre o seu próprio estado de saúde prejudica a realização de escolhas adequadas.*

A capacidade de pagamento pode ser definida pela relação entre custo de utilização do serviço de saúde e os recursos que os usuários possuem, o que está intimamente relacionado à forma de financiamento do sistema de saúde. Estão incluídas nessa dimensão despesas diretas (custos com consultas, exames, transporte e/ou alimentação especial), despesas indiretas (perda de renda e/ou produtividade decorrentes de tempo de espera por atendimento) e outros fatores que incidem na capacidade dos usuários para financiar o serviço (cobertura de planos de saúde e/ou sistema público de saúde, capacidade de obter crédito, renda e poupança dos indivíduos, etc.).

A informação é resultado do processo de comunicação efetiva entre o sistema de saúde e o usuário, de forma que este último conheça suas necessidades de saúde e os recursos que estão à sua disposição. Trata-se de uma dimensão subjetiva, relacionada a aspectos como percepção individual de saúde e doença, que determinará a procura e o acesso aos serviços de saúde. Assim, o conhecimento precário sobre o seu estado de saúde prejudica a realização de escolhas adequadas pelo indivíduo. Da mesma forma, as escolhas reais dos sujeitos costumam ser mais limitadas do que o número real de opções disponíveis, devido à ausência de informações sobre tais alternativas. Em suma, a assimetria de informação – entendida como desigualdade na distribuição de informação entre os atores do sistema de saúde – impacta o acesso.

A aceitabilidade, dimensão menos tangível, estaria referida à percepção dos indivíduos e da comunidade sobre a natureza dos serviços prestados, ou seja, trataria da interação entre expectativas de profissionais de saúde e de usuários, e das atitudes de ambos os grupos. A aceitabilidade é uma dimensão importante no desenvolvimento de relações de respeito mútuo e de confiança, podendo favorecer a diminuição e/ou eliminação de barreiras de acesso.

Estudos recentes discutem avanços, limites e desafios na ampliação do acesso ao sistema público de saúde, principalmente por intermédio da expansão da Estratégia de Saúde da Família (Mendes, 2012; Assis e Jesus, 2012). Aspectos relacionados à insuficiente infraestrutura dos serviços têm sido ressaltados, como fluxos de atendimento insatisfatórios que impedem o acesso a outros pontos do sistema, elevado tempo de espera de consultas e resultados de exames, além de descontentamento com as atividades educativas desenvolvidas. Algumas críticas focam na existência de problemas organizacionais e de financiamento do sistema, que impactam a efetivação do acesso em perspectiva integral.

Por sua vez, a dimensão da violência urbana precisa ser incorporada nos estudos sobre utilização e acesso dos serviços de saúde. O caráter transversal e o impacto do fenômeno da violência na qualidade de vida e nos níveis de saúde da população justificam sua inserção nas discussões e estratégias de ação do setor saúde. Contudo, a incorporação desta temática nas discussões setoriais da saúde no país é recente, datando da década de 1990 (Minayo, 2004). Na medida em que a mortalidade por cau-

*Na medida em que a mortalidade por causas evitáveis se vinculava cada vez menos à doenças contagiosas e cada vez mais à acidentes, homicídios e suicídios, foi crescendo o interesse da epidemiologia e da saúde pública pela violência.*

sas evitáveis se vinculava cada vez menos à doenças contagiosas e cada vez mais à acidentes, homicídios e suicídios, foi crescendo o interesse da epidemiologia e da saúde pública pela violência. Embora a categoria “*violência e acidentes de trânsito*” tenha figurado como segunda causa de óbitos em 1980 no Brasil, a sua formalização enquanto estratégia de ação ocorreu apenas em 2001, com a *Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violência* (Minayo, 2004).

Este contexto ilustra a abordagem tradicional do conceito de violência no setor de saúde, circunscrito inicialmente aos seus efeitos na morbimortalidade da população. Por outro lado, violência também impacta o sistema de saúde no que tange à organização e ao funcionamento dos serviços, com consequências óbvias para o acesso, que é justamente o foco do presente trabalho.

Os estudos que relacionam violência e utilização de serviços de saúde, geralmente de perspectiva qualitativa, costumam explorar os pontos de vista de atores cotidianamente envolvidos na dinâmica dos serviços de saúde (usuários, profissionais de saúde, gestores, lideranças comunitárias) acerca do impacto da violência no cotidiano do serviço (Budô et al., 2007; Amaro, 2008; Batista et al., 2011).

Considerando-se a proposta de análise do acesso descrita por Sanchez (2012), descrita acima, o fenômeno da violência pode influenciar sobremaneira os aspectos da disponibilidade e da aceitabilidade. No primeiro caso, a localização do serviço de saúde em área considerada insegura poderia incidir no funcionamento do próprio equipamento (deslocamento pelo entorno, manutenção do pleno funcionamento, horários de abertura e fechamento adequados às necessidades etc.) e aos recursos humanos (manutenção de quadros funcionais, rotatividade de pessoal, absenteísmo decorrente de dificuldades para chegar ao local de trabalho).

Quanto à aceitabilidade, o estabelecimento/estreitamento de vínculos e confiança entre usuários e profissionais/serviço de saúde podem ser afetados por questões como:

1. percepção do usuário sobre o distanciamento do serviço em relação ao contexto de violência no qual está inserido; avaliação subjetiva em termos de custo-benefício sobre a possibilidade de deslocamento até o serviço de saúde, comprometendo (ou não) sua própria segurança para buscar atendimento de saúde;
2. percepção do profissional de que não vale a pena arriscar sua própria segurança para prestar atendimento, ainda mais num contexto de insuficiência de infraestrutura e pouca efetividade. Nesse sentido, a violência pode acabar contribuindo e se sobrepondo à sensação de falta de meios e infraestrutura nesses mesmos locais, multiplicando o seu efeito desmotivador.

## Metodologia

*Foram entrevistadas 300 pessoas em cada uma das quatro comunidades eleitas, perfazendo um total de 1.200 entrevistados.*

O presente estudo pretende analisar a relação entre a exposição à violência e o acesso a serviços de saúde através da aplicação de um questionário a uma amostra aleatória domiciliar de indivíduos de 16 anos e mais, residentes em quatro comunidades de baixa renda (todas elas favelas) no município de Rio de Janeiro. O tamanho de amostra planejado foi de 300 entrevistados para cada comunidade, perfazendo um total de 1.200 entrevistados. O erro amostral que corresponderia a uma amostra aleatória simples desse tamanho seria de 2,8% para perguntas dicotômicas, considerando um nível de significância (alpha) de 0,05.

A escolha das quatro comunidades foi realizada, em primeiro lugar, para maximizar a variância em termos de exposição à violência, mantendo constante, na medida do possível, outras características do contexto. Assim, duas das comunidades deveriam ter sido objeto do programa de Unidades de Polícia Pacificadora (UPP), que tem conseguido diminuir significativamente a violência letal e a violência armada em vários desses territórios, durante um mínimo de 2 anos. Paralelamente, as outras duas comunidades não deveriam ter recebido uma UPP e deveriam apresentar níveis relativamente elevados de violência.

Em suma, as comunidades a serem eleitas deveriam cumprir os seguintes requisitos:

1. Duas delas deviam possuir uma Unidade de Polícia Pacificadora dentro do seu território. Adicionalmente, deveriam ser consideradas UPPs relativamente calmas, considerando que a situação dentro do programa não é homogênea e há várias unidades que vem experimentando níveis relativamente maiores de violência. Da mesma forma, as duas comunidades sem UPPs deviam ser consideradas como relativamente violentas.
2. Os equipamentos de saúde disponíveis nesses territórios deveriam ser equiparáveis. Considerando que as equipes da Estratégia de Saúde da Família estão presentes em muitas favelas da cidade, enquanto que a presença de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (e, com maior razão, dos hospitais) é rara, seguiu-se o critério de que todas as quatro comunidades selecionadas deveriam conter alguma unidade/equipe de Saúde da Família dentro ou na entrada, enquanto nenhuma delas poderia incluir uma UPA (ou um hospital) dentro do seu território. Obviamente, a presença de equipamentos de saúde no território é um elemento central para determinar o acesso aos serviços e não poderia haver diferenças nesse sentido que pudessem ser confundidas com o efeito da violência.
3. O nível socioeconômico das comunidades com e sem UPP deveria ser equiparável, para neutralizar o efeito que esta dimensão poderia causar no acesso aos serviços de saúde, considerando que diversas pesquisas já revelaram a relação



*Um dos critérios de escolha das comunidades foi que as comunidades, embora violentas, não apresentassem níveis ou perfis de violência que colocassem em risco os pesquisadores que iriam realizar as entrevistas domiciliares.*

entre dimensões econômicas e saúde (Szwarcwald et al., 1999). Nesse sentido, decidiu-se escolher duas comunidades de renda relativamente baixa (uma com UPP e outra sem) e duas comunidades com renda relativamente maior (uma com UPP e outra sem).

Foram analisadas as comunidades de baixa renda que pudessem cumprir os requisitos já citados. Para determinar o status socioeconômico, consideramos o Índice de Desenvolvimento Social (IDS) calculado pelo Instituto Pereira Passos (IPP) para todas as favelas do município do Rio de Janeiro, a partir dos dados do Censo 2010. O índice incorpora diversos indicadores de acesso a água, esgoto, coleta de lixo, analfabetismo e renda. A partir daí, procuraram-se duas comunidades (uma com UPP e outra sem) que tivessem um valor no índice superior à mediana e duas outras com valores inferiores à mediana.

A escolha das comunidades que cumprissem todos os requisitos acima mencionados não foi simples. Outro critério, adicional aos anteriores, foi que as comunidades, embora violentas, não apresentassem níveis ou perfis de violência que colocassem em risco os pesquisadores que iriam realizar as entrevistas domiciliares. Foram realizadas visitas de campo às comunidades para garantir a presença dos equipamentos de saúde de acordo com os critérios adotados.

Finalmente foram selecionadas as seguintes comunidades:

### ■ Morro da Babilônia e Chapéu Mangueira

Comunidades localizadas no bairro do Leme, que utilizam o mesmo Centro Municipal de Saúde. Estas comunidades contam com uma UPP desde 10 de junho de 2009 e possuem um índice de desenvolvimento superior à mediana;

### ■ Parque Vila Isabel

Comunidade contígua ao Morro dos Macacos, no bairro de Vila Isabel. A UPP dessa região, abrangendo o Parque Vila Isabel, o Morro dos Macacos e o Morro do Pau da Bandeira, foi inaugurada em 30 de novembro de 2010. O índice de desenvolvimento social do Parque Vila Isabel é inferior à mediana;

### ■ Parque Proletário dos Bancários

Também conhecido como Morro do INPS, localizado na Ilha do Governador. Não existe UPP nesse local e o seu índice de desenvolvimento é superior à mediana;

### ■ Morro União

Também conhecido como Morro do Jorge Turco, localizado nos bairros de Colégio e Coelho Neto. Essa comunidade não conta com UPP. Como o seu índice de desenvolvimento é igual à mediana e estávamos procurando um lugar com menor

nível socioeconômico, foram selecionados os setores censitários mais afastados e de menor renda e foram excluídos os setores com estabelecimentos comerciais, presumivelmente os de maior renda.

No quadro a seguir aparecem os setores censitários incluídos na pesquisa, os domicílios arrolados e o número de questionários efetivamente aplicados.

**Quadro 1. Relação de setores censitários pesquisados por favela**

FAVELA	SETOR	NÚMERO DE DOMICÍLIOS ESTIMADOS(*)	NÚMERO DE ARROLADOS	NÚMERO DE QUESTIONÁRIOS APLICADOS
Morro União	300029	153	58	44
	300030	144	45	40
	300031	176	92	74
	300032	134	44	32
	300033	80	32	30
	300034	174	49	40
	300038	68	26	18
	300039	81	28	22
Parque Proletário dos Bancários	250065	186	60	53
	250066	284	166	142
	250067	181	81	67
	250070	306	49	38
Morro Babilônia e Chapéu Mangueira	100003	404	133	120
	100415	648	202	180
Parque Vila Isabel	140142	357	140	120
	140143	449	132	109
	140144	361	82	71

(\*) Fonte: IBGE - Censo 2010/IPP

*Nos domicílios selecionados, os pesquisadores listaram todos os moradores com idade igual ou superior a 16 anos, em ordem decrescente de idade. O campo foi realizado entre janeiro e fevereiro de 2014.*

Os domicílios foram arrolados seguindo um critério geográfico a partir do início do setor registrado pelo IBGE. A fração amostral inter-domiciliar foi de 1/3, ou seja, um a cada três domicílios encontrados na rota foram arrolados para a pesquisa. Em caso de domicílio fechado, ele só podia ser substituído após três visitas em dias/horários diferentes, durante o período da coleta. A substituição ocorria inicialmente pelo domicílio anterior e, no próximo caso, pelo domicílio posterior àquele originalmente selecionado. A amostra de domicílios foi ampliada em aproximadamente 20% para dar conta dos domicílios fechados e das recusas. No final do processo foram arrolados um total de 1.419 domicílios para a seleção dos entrevistados. Apenas 26 domicílios (1,8%) foram encontrados fechados depois de três tentativas e tiveram de ser descartados.

Nos domicílios selecionados, os pesquisadores listaram todos os moradores com idade igual ou superior a 16 anos, em ordem decrescente de idade. A fração amostral intra-domiciliar foi de 1/3, isto é, um em cada três moradores foi entrevistado, selecionados de forma sistemática. A listagem de moradores era contínua entre domicílios, de forma que era possível que em alguns domicílios ninguém fosse selecionado, por não coincidir com a fração amostral, enquanto em outros domicílios mais de uma pessoa fosse entrevistada. Este procedimento foi escolhido por resultar numa amostra auto-ponderada.

Se as pessoas selecionadas não estivessem presentes na primeira visita, elas eram procuradas num mínimo de duas outras ocasiões em horários e dias diferentes. Quando houve recusa ou o morador selecionado não foi encontrado, ele ou ela não eram substituídos dentro do domicílio para evitar vieses. Foram desconsiderados dentro da listagem de moradores os seguintes casos: pessoas portadoras de deficiência mental; pessoas ausentes do domicílio, sem retorno previsto para os próximos dias de visita; idosos ou portadores de deficiências físicas ou mentais que os impossibilitassem de tomarem decisões próprias; e pessoas que estavam temporariamente no domicílio.

Apenas duas pessoas (0,2% do total de pessoas abordadas) se recusaram a participar na pesquisa.

O questionário, que foi previamente pré-testado, continha os seguintes blocos:

- Bloco A      Informações Individuais e do Domicílio
- Bloco B      Estado Geral de Saúde
- Bloco C      Promoção da Saúde / Estratégia de Saúde da Família
- Bloco D      Cenários de Problemas de Saúde recentes que precisaram de atenção médica
- Bloco E      Casos recentes de Atendimento de Emergência
- Bloco F      Cenários hipotéticos futuros que precisariam de atenção médica

Bloco G Cenários hipotéticos futuros de Atendimento de Emergência

Bloco H Percepção sobre Segurança na Comunidade

O campo foi realizado entre os dias 22 de janeiro e 14 de fevereiro de 2014. A supervisão de campo acompanhou presencialmente a realização de 10% dos questionários.

A digitação de cada questionário foi realizada duas vezes, por dois digitadores separados de forma independente, para poder conferir a coincidência do resultado e detectar e corrigir eventuais erros de digitação.

## Perfil sociodemográfico da população estudada

Do total de 1.200 indivíduos com 16 anos ou mais de idade entrevistados, 54,5% eram do sexo feminino e 45,5% masculino. A média de idade foi de 39,9 anos. A população era relativamente nova, na medida em que observamos um maior número de pessoas com idade entre 20 e 29 anos (22,8%) e 30 e 39 anos (18,6%), com frequências menores para as idades mais avançadas. Cerca de 36% dos participantes da pesquisa se autodeclararam brancos, 18% pretos e 46% pardos.

**Tabela I. Distribuição dos entrevistados segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas (n=1.200)**

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	%	
Sexo	Masculino	546	45,5%
	Feminino	654	54,5%
Faixa Etária	Até 19 anos	149	12,4%
	20 a 29 anos	274	22,8%
	30 a 39 anos	223	18,6%
	40 a 49 anos	179	14,9%
	50 a 59 anos	176	14,7%
	60 anos ou mais	199	16,6%
Cor/Raça	Branca	434	36,2%
	Preta	215	17,9%
	Parda	548	45,7%
	Amarela	2	0,2%
	Indígena	1	0,1%
Escolaridade	Sem instrução	70	5,8%
	Ensino Fundamental incompleto	485	40,4%
	Ensino Fundamental completo	158	13,2%
	Ensino Médio incompleto	164	13,7%
	Ensino Médio completo	257	21,4%
	Superior incompleto	38	3,2%
	Superior completo	25	2,1%
	Pós-Graduação	2	0,2%
Sem informação	1	0,1%	
Faixa de Renda Familiar	Até R\$ 350,00	22	1,8%
	Mais de R\$ 350,00 a R\$ 750,00	208	17,3%
	Mais de R\$ 750,00 a R\$ 1.500,00	492	41,0%
	Mais de R\$ 1.500,00 a R\$ 3.000,00	323	26,9%
	Mais de R\$ 3.000,00 a R\$ 5.000,00	82	6,8%
	Mais de R\$ 5.000,00	9	0,8%
Sem informação	64	5,3%	

A maioria dos entrevistados mora com os filhos (52,5%) e com o(a) marido/esposa (48,2%), e apenas 5% vivem sozinhos.

Em relação à educação, aproximadamente 40% possuía apenas o ensino fundamental incompleto, e a população sem instrução era inferior a 6% (Tabela 1). A renda familiar mensal da população estudada foi distribuída da seguinte forma: quase 20% tinha um rendimento de até R\$ 750; 41% disse que a renda familiar estava entre R\$ 750 e R\$ 1.500; e apenas 7,6% informou que a renda familiar era superior a R\$ 3.000.

Quanto ao domicílio, a maioria dos entrevistados informou que residia em casa (70,3%), e quase 90% dos respondentes disseram que o domicílio de residência era próprio. Um total de 98% dos domicílios está conectado à rede de esgotamento e 70% recebe conta de energia elétrica. O número médio de moradores por cômodo é de 1,5 (mediana=1,3).

Em suma, confirma-se que se trata de uma população de renda baixa e escolaridade limitada. Quando se comparam as quatro comunidades entre si, como mostra a tabela seguinte, revela-se que o status socioeconômico de todas elas é parecido. A situação da Babilônia e do Chapéu Mangueira parece levemente superior, mas a diferença é bastante pequena. Quanto às comunidades sem UPP, ambas são muito semelhantes, o que indica que não tivemos sucesso na tentativa de conseguir uma comunidade com melhor status socioeconômica do que a outra, conforme pretendido.

O tempo médio de residência nas respectivas comunidades é de 25 anos, ou seja, são pessoas com longa permanência no local.

**Tabela II. Indicadores Socioeconômicos por Comunidade**

	COMUNIDADE			
	Morro Babilônia e Chapéu Mangueira	Parque Vila Isabel	Parque Proletário dos Bancários	Morro União
% dos moradores que não completaram o Ensino Fundamental	43,8%	50,3%	48,7%	42,3%
Renda Familiar per Capita	R\$528	R\$437	R\$451	R\$464
Média de Moradores por Cômodo	1,67	1,62	1,29	1,51
Índice de Consumo (Objetos Possuídos) <sup>1</sup>	4,98	4,72	5,06	4,87

<sup>1</sup> Trata-se de um índice composto, calculado através da soma simples dos seguintes elementos presentes no domicílio: máquina de lavar; computador; telefone fixo; telefone móvel; televisão de 40 polegadas ou mais; lavadora de louças; carro. Pode existir mais de um de cada um destes elementos num domicílio e todos eles são contados.

## Exposição à Violência e Percepção de Segurança

Nessa dimensão, é preciso confirmar dois pontos:

- que os níveis de violência sofridos por estas populações sejam relativamente elevados, a fim de poder testar o seu impacto no acesso a saúde;
- que as comunidades com UPP apresentem um grau de exposição à violência armada significativamente menor do que as outras, conforme o desenho da pesquisa pretendia.

O questionário incluía perguntas que indagavam se o respondente tinha visto determinadas condutas violentas na sua comunidade durante os 12 meses anteriores, além de outras questões sobre a percepção de segurança.

Assim, o item mais revelador é o que perguntava sobre pessoas armadas na rua que não fossem policiais e seguranças: um terço da população tinha visto esse tipo de pessoas armadas no último ano. Por sua vez, 8% das pessoas viram ou ouviram falar sobre indivíduos mortos por arma de fogo na comunidade, 4% viram ou ouviram falar em assaltos e 5% viram ou ouviram falar em policiais agredindo moradores.

Em suma, as comunidades pesquisadas experimentavam níveis médios ou altos de violência criminal. Outros itens estavam referidos a violência interpessoal ou doméstica, diferente da violência criminal apresentada acima. Assim, 20% dos moradores tinham visto ou ouvido falar em mulheres sendo agredidas por companheiros ou parentes e 23% tinham visto ou ouvido falar em pessoas se agredindo fisicamente.

Em relação à percepção de segurança, 64% dos entrevistados se sentiam seguros e 8% muito seguros quando caminhavam pelas ruas da comunidade durante o dia. Os percentuais respectivos para a sensação de segurança durante a noite são 60% (seguro) e 7% (muito seguro). A aparente discrepância entre sensação de segurança e incidência de eventos violentos não é novidade, pois a literatura mostra como a percepção depende de muitos fatores e não apenas da exposição à violência (Borges, 2011).

O segundo objetivo era comprovar se as comunidades com UPPs de fato apresentavam menor exposição à violência. Para tanto, a tabela seguinte revela os diferentes indicadores de exposição à violência para cada um das quatro comunidades.

*O item mais revelador do questionário perguntava sobre pessoas armadas na rua que não fossem policiais e seguranças.*

**Tabela III. Percentual de pessoas que viram ou ouviram falar em eventos de violência na comunidade nos últimos 12 meses, por Comunidade**

Tipo de evento de violência	Morro Babilônia e Chapéu Mangueira	Parque Vila Isabel	Morro União	Parque Proletário dos Bancários	Total
Pessoas andando com arma de fogo na rua que não fossem policiais ou seguranças	8,0	11,4	81,2	41,6	35,1
Mulheres sendo agredidas por seus maridos ou companheiros ou por parentes	9,7	19,4	31,5	18,2	19,6
Pessoas se agredindo fisicamente na comunidade	12,7	20,1	39,1	19,1	22,6
Pessoas sendo assaltadas nas ruas da comunidade	0,7	5,4	11,0	0,3	4,3
Pessoas sendo mortas por arma de fogo na comunidade	1,0	5,4	24,5	3,4	8,4
Policiais agredindo pessoas na comunidade	3,7	4,4	11,5	2,4	5,4

Os dados permitem alcançar diversas conclusões. Em primeiro lugar, é possível concluir que as comunidades com UPP são diferentes das outras, sobretudo em termos de uma presença muito menor de pessoas armadas, conforme esperado. Entretanto, existem também diferenças consideráveis de uma a outra comunidade, tanto entre os locais com UPP quanto naqueles em que o programa está ausente. Assim, a violência parece estar muito mais presente no Morro União do que no Parque dos Bancários. Paralelamente, o Parque Vila Isabel também registra uma incidência de episódios violentos maior do que a comunidade do Chapéu Mangueira/Babilônia.

De fato, embora a presença de pessoas armadas seja maior no Parque dos Bancários do que no Parque Vila Isabel (uma comunidade com UPP), o resto dos indicadores de violência criminal (assaltos, mortes por arma de fogo e violência policial) são mais elevados nesta última comunidade do que na primeira. Inclusive, os assaltos são quase desconhecidos no Parque dos Bancários.

Em relação aos indicadores do que poderíamos chamar de ‘violência não criminal’ (violência doméstica contra mulheres e pessoas se agredindo), os valores seguem mais ou menos a mesma ordenação: o Morro União é o local mais violento, seguido pelas comunidades do Parque Vila Isabel e Parque dos Bancários, ambos com registros equivalentes. Por último, o lugar menos violento parece ser o Morro do Chapéu-Mangueira/ Babilônia.



Em suma, a escolha das comunidades condiz com o desenho pretendido da pesquisa, na medida em que a violência criminal está de fato mais presente nas comunidades sem UPP. Contudo, existem diferenças notáveis entre as comunidades, de forma que existe um local (Morro União) com níveis de violência muito mais elevados do que os outros três. A presença de agentes armados também é frequente na outra comunidade sem UPP (Parque dos Bancários), mas os outros indicadores de violência criminal são muito mais moderados.

A sensação de segurança, como já foi explicado, pode estar relacionada à presença de eventos violentos, mas não de uma forma automática ou linear. A próxima tabela apresenta essa percepção para cada uma das comunidades.

**Tabela IV. Percentual de pessoas que se sentem seguras ou muito seguras, por Comunidade**

Tipo de evento de violência	Morro Babilônia e Chapéu Mangueira	Parque Vila Isabel	Morro União	Parque Proletário dos Bancários	Total
... ao andar nas ruas de sua comunidade durante o dia	88,6	69,3	44,3	84,0	71,6
... ao andar nas ruas de sua comunidade durante a noite	87,0	66,0	35,0	79,6	67,0

Os moradores se sentem bastante seguros no Chapéu-Mangueira/Babilônia e no Parque dos Bancários, isto é, numa comunidade com e noutra sem UPP. Por sua vez, os residentes no Parque Vila Isabel sentem menos segurança do que nos outros dois lugares, enquanto que as pessoas que moram no Morro União, a comunidade mais violenta, se sentem notavelmente mais inseguros.

## Condição de saúde da população estudada e acesso aos serviços de saúde

A primeira pergunta indagava sobre o estado de saúde, de acordo com a percepção da própria pessoa. Aproximadamente 64% das pessoas considera a sua saúde como boa e 14% como muito boa. Menos de 4% considera seu estado de saúde como ruim ou muito ruim.

Em seguida, o entrevistado respondia se alguma vez foi diagnosticado com alguma de sete doenças e condições, escolhidas justamente em função da sua alta frequência, considerando diversos tipos de patologia e de gravidade.

**Tabela V. Percentual de pessoas que foram diagnosticados com alguma destas condições alguma vez na vida**

TIPO DE EVENTO DE VIOLÊNCIA	%
Hipertensão (Pressão alta)	27,6
Diabetes (Açúcar no sangue)	7,9
Colesterol alto (Gordura no sangue)	10,3
Infarto do miocárdio (Ataque do coração)	1,5
Asma (Bronquite asmática)	3,6
Depressão, ansiedade ou insônia	6,1
Tuberculose	0,6

A condição mais comum é a hipertensão, seguida por problemas com colesterol. Considerando todas estas patologias, 35,9% da população entrevistada relatou pelo menos uma delas. E um total de 6,7% afirmou ter sido impossibilitado, em função delas, de realizar suas atividades cotidianas no último mês.

A exploração do acesso aos serviços de saúde começou pelas questões relativas à Saúde da Família, estratégia prioritária de expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil. De fato, 82% dos entrevistados afirmaram que o seu domicílio está cadastrado na Unidade de Saúde da Família, enquanto 14% responderam negativamente e 4% não souberam informar. Vale lembrar que a existência de uma unidade de Saúde da Família dentro ou nas imediações da comunidade foi um dos critérios de seleção dos locais pesquisados. Em outras palavras, a cobertura da ESF parece ser bastante ampla nestas comunidades, embora não universal. **Entre os cadastrados**

*Entre os cadastrados que conseguem lembrar a data do cadastramento, mais de 80% afirmaram que ele foi feito há mais de dois anos, de forma que a ESF já tem vários anos de funcionamento nesses lugares.*

que conseguem lembrar a data do cadastramento, mais de 80% afirmaram que ele foi feito há mais de dois anos, de forma que a ESF já tem vários anos de funcionamento nesses lugares.

Em relação à atenção emergencial, um total de 10,1% dos respondentes afirmaram que algum membro do seu domicílio ficou internado num hospital (por pelo menos uma noite) nos 12 meses anteriores à entrevista.

De forma mais específica, foi perguntado se algum morador do domicílio tinha experimentado uma série de problemas de saúde no último ano e, em caso afirmativo, que tipo de serviço de saúde tinha procurado e como foi a atenção recebida. Os problemas de saúde que foram incluídos nos cenários perguntados foram os seguintes: a) febre alta com vômito e diarreia (13,8% dos domicílios tinham enfrentado esta situação); b) fratura ou corte profundo (5,5% dos domicílios); e c) crise de asma, bronquite ou dificuldade para respirar (5,1% dos domicílios).

**Tabela VI. Serviço de Saúde Procurado em função de problemas de saúde experimentados por um morador do domicílio nos 12 meses anteriores**

Variáveis	Febre alta com vômito/diarreia		Fratura / corte profundo		Crise asma, bronquite, dificuldade para respirar	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Unidade básica de Saúde (posto de saúde ou clínica da família)	46	27,9	4	6,1	15	25,0
Consultório médico particular	2	1,2	0	0,0	3	5,0
Serviço de especialidades médicas ou Policlínica	11	6,7	6	9,1	4	6,7
Pronto-socorro ou emergência, inclusive UPA	58	35,2	9	13,6	17	28,3
Hospital	27	16,4	45	68,2	7	11,7
Farmácia	1	0,6	0	0,0	2	3,3
Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não procurou atendimento	20	12,1	2	3,0	12	20,0
Total	165	100,0	66	100,0	60	100,0
Não Aconteceu o Problema	1035	-	1134	-	1139	-
Não Respondeu	-	-	-	-	1	-
TOTAL	1200	-	1200	-	1200	-

Embora o número de casos seja pequeno, a tabela seguinte revela que os serviços de saúde efetivamente procurados dependem da natureza do problema. No caso de febre com vômito ou diarreia e no caso de problemas respiratórios, as pessoas costumam procurar uma Unidade Básica de Saúde ou um Pronto-Socorro. Por sua vez, os episódios de lesões (fraturas ou cortes) levam os pacientes diretamente para o hospital.

Paralelamente a essa pergunta sobre serviços procurados em episódios concretos de crises de saúde, uma outra questão colocava os três mesmos problemas de saúde, dessa vez como cenários hipotéticos para o futuro, e perguntava o que a pessoa faria. A vantagem em relação à pergunta anterior é que, dado que se trata de uma situação hipotética, é respondida por todos os entrevistados e não apenas pelos que passaram pelo episódio recentemente. A desvantagem é, justamente, que se trata de uma suposição e não de uma conduta concreta.

**Tabela VII. Serviço de Saúde Procurado em função de problemas de saúde hipoteticamente enfrentados por um morador do domicílio no futuro**

Variáveis	Febre alta com vômito/diarreia		Fratura / corte profundo		Crise asma, bronquite, dificuldade para respirar	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Unidade básica de Saúde (posto de saúde ou clínica da família)	386	32,4	119	10,1	335	28,1
Consultório médico particular	30	2,5	20	1,7	26	2,2
Serviço de especialidades médicas ou Policlínica	42	3,5	49	4,2	51	4,3
Pronto-socorro ou emergência, inclusive UPA	504	42,4	421	35,8	509	42,7
Hospital	204	17,1	515	43,8	249	20,9
Laboratório para Exames	0	0,0	2	0,2	1	0,1
Farmácia	5	0,4	0	0,0	4	0,3
Chamaria o Corpo de Bombeiro/SAMU	14	1,2	51	4,3	17	1,4
Outro	4	0,3	0	0,0	1	0,1
Procuraria UPP	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Total	1190	100,0	1177	100,0	1193	100,0
Não Respondeu	10	-	23	-	7	-
TOTAL	1200	-	1200	-	1200	-

As respostas são parecidas àquelas oferecidas para situações concretas já experimentadas. Em caso de febre com vômito e diarreia, e de dificuldades para respirar, as pessoas procurariam um Pronto-Socorro ou uma Unidade Básica de Saúde, com preferência para o primeiro. Em caso de lesão (fratura ou corte), a opção mais comum é o hospital.

Outra bateria de perguntas estava referida ao atendimento de emergência. Em primeiro lugar, indagava-se se algum morador do domicílio tinha precisado de atendimento de emergência em casa nos 12 meses anteriores: 8% das pessoas (95 casos) tinham passado por essa situação. Deles, dois terços dos pacientes aproximadamente acabaram sendo removidos por uma ambulância do Corpo de Bombeiros ou do SAMU.

Em segundo lugar, perguntava-se o que a pessoa faria se um morador do domicílio precisasse de atendimento de emergência no futuro: 39% iria a um hospital, 36% buscaria um Pronto-Socorro de um hospital e 14% procuraria uma Unidade Básica de Saúde.

## A relação entre violência e a demanda por serviços de saúde;

*O objetivo final é estimar em que medida a violência pode estar influenciando o grau em que os cidadãos são atendidos pelos serviços de saúde.*

Na verdade, a demanda e a oferta dos serviços de saúde estão intimamente relacionados, e várias das perguntas do questionário dizem respeito a ambas simultaneamente. Entretanto, separaremos demanda e oferta como uma forma de organizar a exposição dos resultados. De qualquer forma, o objetivo final é estimar em que medida a violência pode estar influenciando o grau em que os cidadãos são atendidos pelos serviços de saúde.

Em primeiro lugar, compararemos o acesso aos serviços de saúde por comunidade para explorar em que medida o grau de violência pode estar influenciando-o.

O cadastramento de famílias pela ESF é um elemento que responde tanto ao acesso quanto à oferta. De fato, como revela a tabela seguinte, três comunidades apresentam níveis de cobertura do programa semelhantes, entre 80 e 90% dos domicílios cadastrados. O único local com menor cobertura é o Parque dos Bancários, com apenas dois terços dos domicílios registrados.

**Tabela VIII. Percentual de pessoas que informaram ter domicílio cadastrado pela Estratégia de Saúde da Família, por Comunidade**

	Morro Babilônia e Chapéu Mangueira	Parque Vila Isabel	Morro União	Parque Proletário dos Bancários
Domicílio Cadastrado	83,7	86,3	90,7	66,3
Domicílio Não cadastrado	12,7	9,7	6,3	26,7
Não sabe/Não respondeu	3,7	4,0	3,0	7,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Embora, em média, as favelas com UPP apresentem um maior grau de cobertura, não se justifica atribuir essa diferença à violência, especialmente porque a comunidade mais violenta, o Morro União, é justamente aquela com maior proporção de domicílios contemplados. Nesse sentido, a violência não parece estar prejudicando, necessariamente, a inscrição das famílias na ESF.

As perguntas referidas à ocorrência de problemas específicos de saúde acontecidos com moradores do domicílio nos 12 meses anteriores (febre alta com vômito e diarreia; fratura ou corte profundo; crise de asma, bronquite ou dificuldade para respirar) continham uma série de questões complementares. Por exemplo, indagavam sobre as razões para ter escolhido o serviço concreto que foi procurado (UPA, consultório, Unidade de Saúde, hospital, etc.)

Como mostra a tabela seguinte, os motivos aduzidos são quase sempre a proximidade do serviço e a rapidez do atendimento.

**Tabela IX. Razões para ter procurado o Serviço de Saúde Procurado em função de problemas de saúde experimentados por um morador do domicílio nos 12 meses anteriores**

Variáveis	Febre alta com vômito/diarreia		Fratura / corte profundo		Crise asma, bronquite, dificuldade para respirar	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Possui conhecidos que trabalham no serviço	4	2,8	1	1,6	0	0,0
O serviço é próximo do domicílio	57	39,3	18	28,6	23	48,9
O atendimento é rápido	62	42,8	30	47,6	19	40,4
Estar cadastrado no serviço	12	8,3	3	4,8	2	4,3
Outros motivos	10	6,9	11	17,5	3	6,4
Total	145	100,0	63	100,0	47	100,0
Não sabe/ Não respondeu	0		1		1	
Não se aplica (não precisou de atenção)	1055		1136		1152	0,0
TOTAL	1200	-	1200	-	1200	-

Embora existisse a possibilidade de apontar uma razão diferente das oferecidas (“outros motivos”), poucas pessoas a utilizaram e, entre elas, nenhuma mencionou a violência como motivo.

Por outro lado, entre os mais de 250 entrevistados que afirmaram ter procurado um serviço médico em função de alguma dessas três condições, apenas 6 deixaram de ser atendidos. Nenhum desses seis atribuiu à insegurança ou à violência a ausência de atendimento.

Na bateria sobre cenários hipotéticos de futuro relativos a estes mesmos três problemas de saúde, a pergunta sobre o serviço que seria procurado era seguida por um conjunto de itens sobre possíveis dificuldades que o entrevistado poderia enfrentar nessa procura. Um desses motivos propostos que poderiam causar dificuldades era justamente a violência na sua região.

**Tabela X. Percentual de pessoas que acha que enfrentaria dificuldade para procurar atendimento de saúde, por Tipo de Problema de Saúde e Motivo da Dificuldade**

Variáveis	Febre alta com vômito/diarreia		Fratura / corte profundo		Crise asma, bronquite, dificuldade para respirar	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Dificuldade para conseguir transporte	132	11,0	194	16,2	114	9,5
Falta de médicos e/ou outros profissionais de saúde no serviço <sup>2</sup>	236	19,7	217	18,1	186	15,5
Violência/insegurança na região onde mora	29	2,4	27	2,3	24	2,0
Falta de tempo para procurar atendimento	11	0,9	11	0,9	9	0,8
Falta de dinheiro para se deslocar/procurar o atendimento	82	6,8	82	6,8	60	5,0
Falta de acompanhante para procurar médico e/ou atendimento de saúde	11	0,9	10	0,8	5	0,4
Falta de alguém que tomasse conta das crianças, idosos, doente	4	0,3	4	0,3	4	0,3
TOTAL	1200	-	1200	-	1200	-

Como pode ser observado, o percentual de pessoas que cogitam que a violência poderia ser um problema no acesso aos serviços de saúde é pequeno, entre 2 e 3%. Entretanto, esse percentual não é homogêneo entre as diversas comunidades, como revela a tabela seguinte.

<sup>2</sup> Vale lembrar que a violência pode também ser um motivo da ausência dos médicos, mas nesta pergunta a intenção era mensurar a percepção direta das dificuldades por parte do entrevistado.



**Tabela XI. Percentual de pessoas que acreditam que enfrentariam dificuldades de acesso a atendimento de saúde por algum dos três tipos de problema (febre, fratura/corte, asma) por causa da violência na sua região, segundo Comunidade**

	Morro Babilônia e Chapéu Mangueira	Parque Vila Isabel	Morro União	Parque Proletário dos Bancários
% que acha que enfrentaria dificuldades de acesso a atendimento de saúde pela violência	0,0	0,3	10,3	0,7

Assim, apenas o Morro União, a única comunidade onde as mortes violentas em espaços públicos são frequentes, apresenta uma porcentagem significativa de pessoas que temem que a violência possa afetar o seu acesso aos serviços de saúde. As diferenças entre as comunidades são estatisticamente significativas (Xi quadrado=81,97; g.l.=3;  $p < 0,001$ ). A simples presença de pessoas armadas, como é o caso do Parque dos Bancários, não é suficiente para gerar insegurança associada ao acesso aos serviços de saúde, que só acontece em situações de violência extrema. Mesmo nesse ambiente de alta violência, a proporção de pessoas preocupadas com a segurança em relação ao acesso aos serviços de saúde é apenas de 1 em 10.

Como caberia esperar, a percepção de insegurança dos cidadãos também está associada à preocupação com a violência como obstáculo potencial à atenção de saúde. Conforme a próxima tabela mostra, são sobretudo os cidadãos que se sentem inseguros na comunidade os que manifestam essa preocupação. O efeito é estatisticamente significativo (Xi quadrado=42,98; g.l.=2;  $p < 0,001$ ).

**Tabela XII. Preocupação com a segurança como uma dificuldade para o acesso a atendimento de saúde por algum dos três tipos de problema (febre, fratura/corte, asma) de acordo com percepção de segurança na comunidade durante o dia**

PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA AO ANDAR NAS RUAS DA COMUNIDADE DURANTE O DIA					
		Muito Seguro/ Seguro	Nem Seguro nem Inseguro	Inseguro/Muito Inseguro	Total
Preocupação de que a violência possa dificultar o acesso a atendimento de saúde por algum dos 3 problemas de saúde	Não	846	193	123	1162
		98,8%	96,0%	89,1%	97,2%
	Sim	10	8	15	33
		1,2%	4,0%	10,9%	2,8%
TOTAL		856	201	138	1195
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Outro bloco do questionário dizia respeito ao atendimento de emergência em casa, por qualquer motivo.*

O resultado quando se utiliza a percepção de segurança durante a noite é muito semelhante e, em função disso, não será apresentado aqui.

Como já foi relatado, outro bloco do questionário dizia respeito ao atendimento de emergência em casa, por qualquer motivo. Entre as 95 pessoas que responderam que um morador do seu domicílio tinha precisado de atendimento de emergência em casa nos 12 meses anteriores, 65 afirmaram que o morador foi removido por ambulância. Para os 30 restantes, foi perguntada a razão pela qual a ambulância não tinha removido a pessoa e, nesse caso, uma das alternativas de resposta oferecidas era a seguinte: “a ambulância não conseguiu chegar por falta de segurança para circulação local na região”. A ausência de remoção por ambulância é atribuída em geral ao fato de que a pessoa conseguiu se deslocar por si mesma até o serviço (17 casos) ou a que o atendimento foi realizado no próprio domicílio (6 casos). Apenas uma única pessoa optou pelo motivo da falta de segurança. Curiosamente, essa pessoa é moradora do Parque Vila Isabel, uma comunidade com UPP.

Por último, os entrevistados respondiam sobre um cenário futuro hipotético de necessidade de atendimento de emergência, por qualquer motivo, por parte de um morador do seu domicílio. As mesmas dificuldades potenciais para acessar o serviço de emergência que já foram apresentadas em relação aos três problemas de saúde concretos são contempladas aqui. O resultado pode ser conferido na próxima tabela.

**Tabela XIII. Percentual de pessoas que acha que enfrentaria dificuldades para procurar atendimento de emergência, por Motivo da dificuldade**

	Freq.	%
Dificuldade para conseguir transporte	164	13,7
Falta de médicos e/outros profissionais de saúde no serviço	159	13,3
Violência/insegurança na região onde mora	22	1,8
Falta de tempo para procurar atendimento	8	0,7
Falta de dinheiro para se deslocar/procurar o atendimento	65	5,4
Falta de acompanhante para procurar médico e/ou atendimento de saúde	7	0,6
Falta de alguém que tomasse conta das crianças, idosos, doente	2	0,2
TOTAL	1200	-

De maneira convergente com os resultados obtidos para os 3 problemas de saúde, as grandes preocupações são o transporte e a falta de médicos nos serviços de saúde. Apenas 2% dos entrevistados antecipam dificuldades originadas pela falta de segurança.

Mais uma vez, essa preocupação não se distribui de forma aleatória entre as comunidades; ela é claramente maior no Morro União (6,4%), a comunidade mais violenta, e quase inexistente nos outros três locais: Parque dos Bancários (0,7%), Parque Vila Isabel (0,3%) e Chapéu-Mangueira/Babilônia (0%)<sup>3</sup>.

Da mesma forma, a preocupação com a segurança como obstáculo para o atendimento de emergência está associada à percepção de segurança de cada cidadão individualmente: ela é manifestada por apenas 0,9% daqueles que se sentem seguros ou muito seguros caminhando nas ruas da comunidade durante o dia, por 3,5% daqueles que não se sentem seguros nem inseguros, e por 5,1% daqueles que se dizem inseguros ou muito inseguros (Xi quadrado=15,09; g.l.=2; p<0,01).

A última pergunta do questionário indagava diretamente se o entrevistado já tinha desistido ou adiado a ida a um serviço de saúde por causa da violência na comunidade. Esta pergunta foi colocada no final justamente para não influenciar as respostas das outras questões.

Apenas 23 pessoas (1,9% do total) responderam afirmativamente à questão. Dessas 23 pessoas, 12 manifestaram que isso tinha acontecido nos anos de 2013 e 2014, ou seja, num período recente, de menos de um ano. Na verdade, essa interferência da

<sup>3</sup> A diferença entre essas proporções é estatisticamente significativa: (Xi quadrado=45,88; g.l.=3; p<0,001).

procura do serviço de saúde por conta da violência se distribui, mais uma vez, de forma muito diferente por comunidade. A prática totalidade daqueles que deixaram de ir a um serviço de saúde como consequência da violência são moradores do Morro União, a comunidade mais violenta. Nesse lugar, aproximadamente 7% dos indivíduos já passaram por essa experiência, enquanto nas outras comunidades a proporção é igual ou próxima de 0<sup>4</sup>.

**Tabela XIV. Percentual de pessoas que já desistiram ou adiaram uma ida a um serviço de saúde por causa da violência na comunidade, por Comunidade**

		COMUNIDADE				
		Morro Babilônia e Chapéu Mangueira	Parque Vila Isabel	Parque Proletário dos Bancários	Morro União	Total
Você já deixou de procurar ou já adiou uma ida a um serviço de saúde por causa de situações de violência na comunidade?	Sim	0	2	21	0	23
		,0%	,7%	7,2%	,0%	1,9%
	Não	300	298	272	298	1168
		100,0%	99,3%	92,8%	100,0%	98,1%
Total		300	300	293	298	1191
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chama a atenção o fato de que os percentuais sejam tão baixos em três comunidades, mesmo que a pergunta não tenha referência temporal alguma, isto é, considerando que as pessoas podem responder afirmativamente mesmo que o incidente tenha acontecido há muito tempo. Nesse sentido, é preciso fazer uma ressalva metodológica. Dado que o bloco imediatamente anterior de perguntas no questionário estava referido aos últimos 12 meses, é possível que alguns entrevistados tenham entendido que o bloco em questão também conservava esta referência, mesmo que não houvesse limitação temporal alguma.

A suspensão ou adiamento da procura do serviço de saúde também está relacionada à percepção da segurança na comunidade, conforme mostra a tabela seguinte. Quanto mais insegura é considerada a comunidade pelos seus moradores, maior a probabilidade de que os moradores tenham deixado de procurar um serviço de saúde (Xi quadrado=64,5; g.l.=2; p<0,001).

4 A diferença entre comunidades é estatisticamente significativa: Xi quadrado=56,72; g.l.=3; p<0,001).

**Tabela XV. Desistência ou Adiantamento da ida a um serviço de saúde por causa da violência na comunidade, segundo a percepção de segurança na comunidade**

PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA AO ANDAR NAS RUAS DA COMUNIDADE DURANTE O DIA					
		Muito Seguro/ Seguro	Nem Seguro nem Inseguro	Inseguro/Muito Inseguro	Total
Preocupação de que a violência possa dificultar o acesso a atendimento de saúde por algum dos 3 problemas de saúde	Sim	2	7	14	23
		,2%	3,5%	10,1%	1,9%
	Não	848	192	124	1164
		99,8%	96,5%	89,9%	98,1%
TOTAL		850	199	138	1187
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

É importante frisar que a direção da causalidade aqui pode ser recíproca. Por um lado, comunidades mais inseguras provocarão mais interrupções nos serviços de saúde; por outro, lugares onde as pessoas devem adiar a procura de atenção sanitária por causa da violência certamente serão considerados como mais inseguros.

Um elemento interessante, que não tinha sido previsto originalmente, é o papel que as próprias UPPs podem adquirir na facilitação do acesso aos serviços de saúde. Assim, quando se perguntava como as pessoas iriam ao serviço de saúde procurado em caso de necessidade, alguns disseram que procurariam a UPP para conseguir transporte até o serviço: 4 pessoas no caso de febre alta com vômitos e diarreia; 3 pessoas em caso de crise de asma, bronquite ou dificuldade de respirar; 9 pessoas no caso de fraturas ou cortes profundos; e 2 pessoas no caso de emergência. É importante frisar que a opção da UPP como forma de chegar ao local de atendimento não estava entre as alternativas oferecidas pelo questionário e foi fornecida diretamente pelos respondentes.

Todas essas menções, menos uma, aconteceram na comunidade do Chapéu-Mangueira/Babilônia. Inclusive, uma pessoa chegou a responder diretamente que procuraria a UPP em caso de febre alta com diarreia e vômito, como se fosse, ela própria, um serviço de saúde.

Em suma, algumas UPPs, mas não todas, parecem ser vistas por parte dos cidadãos como um serviço público que, entre outras coisas, pode facilitar o acesso aos serviços de saúde.

Um objetivo adicional da pesquisa seria explorar o perfil daqueles que manifestam uma restrição no acesso aos serviços de saúde em função da violência, para ver em que medida eles são diferentes do resto da população. Caso existir de fato um perfil

*Algumas UPPs, mas não todas, parecem ser vistas por parte dos cidadãos como um serviço público que, entre outras coisas, pode facilitar o acesso aos serviços de saúde.*

*Não foi encontrada nenhuma relação estatisticamente significativa entre sofrer ou não restrições no acesso a serviços de saúde por causa da violência. A única variável que aponta alguma diferença, mesmo não significativa, é a renda.*

diferencial entre aqueles que têm seu acesso restrito, isso poderia ajudar a pensar medidas preventivas para reduzir o problema. Entretanto, essa análise está severamente limitada por causa do pequeno número de casos, o que reduz muito o poder de qualquer teste estatístico e, com ele, a possibilidade de encontrar resultados significativos. Assim, apenas 23 entrevistados reconhecem ter cancelado ou adiado a ida a um serviço de saúde por causa da violência e só 34 imaginam que a segurança poderia ser uma dificuldade para acessar o tratamento de algum dos três problemas de saúde já descritos.

Com esses números, qualquer cruzamento com outras variáveis é meramente exploratório. De fato, não foi encontrada nenhuma relação estatisticamente significativa entre sofrer ou não restrições no acesso a serviços de saúde por causa da violência e as seguintes características do perfil individual: sexo, faixa etária, cor, educação e faixa de renda. Contudo, a única variável que aponta alguma diferença, mesmo não significativa, é a renda, tal que as pessoas com acesso prejudicado pela violência parecem possuir uma renda um pouco menor. Assim, 78% dos que cancelaram ou adiaram a sua procura pelo serviço de saúde possuem uma renda familiar de até R\$1.500, comparado com 63% entre os que não tiveram a sua procura afetada pela violência<sup>5</sup>. De qualquer forma, seria preciso contar com uma amostra maior para poder chegar a conclusões sólidas.

---

<sup>5</sup> Chi-quadrado=2,21; g.l.=1; p=0.137.

## A relação entre violência e oferta de serviços de saúde

O grau em que a violência pode condicionar a oferta dos serviços de saúde representa uma abordagem complementar e integrada à análise do possível impacto da violência na demanda. Obviamente, como esta pesquisa carece de dados diretos sobre oferta de serviços, procedentes de registros administrativos, o enfoque será restrito à percepção dos usuários em relação a essa oferta de serviços.

Assim, o questionário perguntava diretamente se os indivíduos souberam se, na comunidade:

- houve casos em que médicos ou outros profissionais de saúde deixaram de ir trabalhar por causa da violência ou da insegurança;
- houve fechamentos temporários de serviços de saúde por causa da violência ou da insegurança.

**Tabela XVI. Percentual de pessoas que souberam de casos em que médicos ou outros profissionais de saúde deixaram de ir trabalhar por causa da violência/ insegurança na comunidade, por Comunidade**

		COMUNIDADE				
		Morro Babilônia e Chapéu Mangueira	Parque Vila Isabel	Morro União	Parque Proletário dos Bancários	Total
O(A) Sr(a) já soube de alguma situação em que o médico e/ou outros profissionais de saúde deixaram de vir trabalhar por causa da insegurança/ violência em sua comunidade?	Sim	0	6	86	5	97
		,0%	2,0%	30,8%	1,7%	8,2%
	Não	300	294	193	292	1079
		100,0%	98,0%	69,2%	98,3%	91,8%
Total		300	300	279	297	1176
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Houve casos em que médicos ou outros profissionais de saúde deixaram de ir trabalhar como consequência da violência ou da insegurança na sua comunidade.*

No conjunto da amostra, um total de 8,2% dos entrevistados relatam situações em que médicos ou profissionais da saúde deixaram de ir trabalhar como consequência da violência na sua comunidade. Entretanto, essa proporção se distribui de uma forma muito desigual entre as comunidades, até de uma forma mais extrema do que as variáveis analisadas anteriormente a propósito da demanda dos serviços. Como mostra a próxima tabela, a proporção é nula no Chapéu-Mangueira/ Babilônia, muito baixa no Parque Vila Isabel e no Parque dos Bancários (uma comunidade com UPP e uma sem), enquanto ela supera 30% no Parque União (Xi quadrado=247,25; g.l.=3;  $p<0,001$ ).

Em outras palavras, a ausência dos profissionais da saúde por causa da violência acontece apenas em lugares em que os níveis de violência armada, que resultam em mortes de pessoas, são bastante elevados, como o Morro União. As diferenças observadas aqui são muito superiores às registradas na demanda das pessoas pelos serviços, pois enquanto neste último caso o diferencial não superava 10%, no caso atual ultrapassa 30%.

Os resultados são muito parecidos, inclusive mais extremos, quando se pergunta sobre interrupção temporária dos serviços de saúde por causa da violência. De novo, a incidência destas situações é quase inexistente no Chapéu-Mangueira/Babilônia e no Parque Bancários, bastante reduzida no Parque Vila Isabel e elevada no Morro União (Xi quadrado=296,99; g.l.=3;  $p<0,001$ ).



**Tabela XVII. Percentual de pessoas que souberam de casos em que serviços de saúde na sua comunidade foram fechados temporariamente por causa da violência/insegurança, por comunidade**

		COMUNIDADE				
		Morro Babilônia e Chapéu Mangueira	Parque Vila Isabel	Morro União	Parque Proletário dos Bancários	Total
Algum serviço de saúde de sua comunidade já foi fechado temporariamente ou deixou de fazer atendimento por causa da violência/insegurança na região?	Sim	0	5	95	1	101
		,0%	1,7%	33,5%	,3%	8,6%
	Não	300	295	189	296	1080
		100,0%	98,3%	66,5%	99,7%	91,4%
Total		300	300	284	297	1181
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Assim, um terço dos moradores do Morro União soube de algum caso em que o serviço fechou por culpa da insegurança, a maior incidência encontrada até agora.

Por sua vez, da mesma forma que acontecia com a demanda por serviços de saúde, a oferta de saúde apresentou uma clara relação com a percepção de segurança dos cidadãos: aqueles que se sentem mais inseguros tendem a reportar com mais frequência casos de profissionais ausentes ou de serviços fechados em função da violência.

Dessa forma, entre as pessoas que se sentem inseguras ou muito inseguras ao caminhar na sua comunidade durante o dia 26,3% souberam de médicos que não foram trabalhar por causa da violência ( $\chi^2=97,94$ ; g.l.=2;  $p<0,001$ ) e 30,4% afirmaram que o serviço de saúde na comunidade já foi temporariamente fechado pelo mesmo motivo ( $\chi^2=111,78$ ; g.l.=2;  $p<0,001$ ).

Como já foi explicado, a insegurança pode ser tanto uma causa quanto uma consequência da afetação da oferta dos serviços de saúde.

**Tabela XVIII. Percentual de pessoas que souberam de casos em que médicos ou outros profissionais de saúde deixaram de ir trabalhar por causa da violência/insegurança na comunidade, de acordo com a percepção de segurança**

PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA AO ANDAR NAS RUAS DA COMUNIDADE DURANTE O DIA					
		Muito Seguro/ Seguro	Nem Seguro nem Inseguro	Inseguro/Muito Inseguro	Total
O(A) Sr(a) já soube de alguma situação em que o médico e/ou outros profissionais de saúde deixou de vir trabalhar por causa da insegurança/ violência em sua comunidade?	Sim	30	32	35	97
		3,6%	16,2%	26,3%	8,3%
	Não	812	166	98	1076
		96,4%	83,8%	73,7%	91,7%
TOTAL		842	198	133	1173
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabela XIX. Percentual de pessoas que souberam de casos em que serviços de saúde na sua comunidade foram fechados temporariamente por causa da violência/insegurança, de acordo com a percepção de segurança**

PERCEPÇÃO DE SEGURANÇA AO ANDAR NAS RUAS DA COMUNIDADE DURANTE O DIA					
		Muito Seguro/ Seguro	Nem Seguro nem Inseguro	Inseguro/Muito Inseguro	Total
Algum serviço de saúde de sua comunidade já foi fechado temporariamente ou deixou de fazer atendimento por causa da violência/insegurança na região?	Sim	33	27	41	101
		3,9%	13,6%	30,4%	8,6%
	Não	812	171	94	1077
		96,1%	86,4%	69,6%	91,4%
TOTAL		845	198	135	1178
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

## Conclusões

*As comunidades sem UPP apresentaram níveis de violência superiores às comunidades sem UPP. A presença de grupos armados irregulares não é sinônimo de insegurança nem necessariamente de alta incidência de violência armada.*

Em primeiro lugar, cumpre dizer que o desenho da pesquisa, tal como foi pensado, foi atingido apenas em parte. Assim, as comunidades sem UPP de fato apresentaram níveis de violência superiores às comunidades sem UPP, mas boa parte dessa diferença é devida a uma única comunidade, o Morro União, que registrava uma incidência de violência muito superior ao resto. Nesse local, é muito comum a presença de pessoas armadas e não é infrequente a ocorrência de mortes decorrentes da violência armada. No outro extremo, aparece a comunidade do Chapéu-Mangueira/ Babilônia, com UPP e com baixos níveis de violência em quase todos os indicadores. Entretanto, as outras duas comunidades, Parque Vila Isabel (com UPP) e Parque dos Bancários (sem UPP), não são muito diferentes entre si. A diferença mais marcante é a maior presença de indivíduos armados nesta última comunidade (sem UPP), mas ao mesmo tempo a sensação de segurança dos moradores nesse local é mais elevada do que no primeiro e os assaltos parecem muito infrequentes.

Talvez possamos interpretar esses resultados no sentido de que a simples presença de grupos armados irregulares não é sinônimo de insegurança nem necessariamente de alta incidência de violência armada.

Por sua vez, a variabilidade socioeconômica entre as quatro comunidades pesquisadas é menor do que o imaginado, de forma que todas elas parecem ter populações relativamente homogêneas nessa dimensão.

A primeira conclusão sobre a relação possível entre acesso aos serviços de saúde e violência é que esta última não parece afetar o cadastramento pela Estratégia de Saúde da Família. De fato, a proporção de domicílios cadastrados no programa é maior justamente na comunidade mais violenta, o Morro União.

Os entrevistados foram perguntados sobre casos concretos de demanda de serviços de saúde nos últimos anos em função de diversos problemas de saúde. Assim, no caso de febre com vômito ou diarreia e no caso de problemas respiratórios, as pessoas costumavam procurar uma Unidade Básica de Saúde ou um Pronto-Socorro. Por sua vez, os episódios de lesões (fraturas ou cortes) levaram os pacientes diretamente para o hospital. Quando inquiridos pelas razões da escolha desses serviços, os moradores das comunidades manifestavam sua preocupação com a proximidade do serviço e com a rapidez do atendimento. A violência não era mencionada espontaneamente como um dos elementos centrais na eleição dos serviços de saúde.

Paralelamente, quando se perguntava explicitamente sobre a possibilidade de que a insegurança afetasse o acesso aos serviços de saúde no futuro, os cidadãos não pareciam muito preocupados nesse sentido, em comparação com as dificuldades para

*o impacto da violência na demanda dos serviços de saúde existe, mas é reduzido e limitado apenas a contextos com altos níveis de violência armada. A simples presença de contingentes armados irregulares não é suficiente para provocar este efeito.*

conseguir transporte e para garantir a presença de médicos no serviço, por exemplo, ou mesmo com a escassez de recursos que facilitassem esse acesso.

Entretanto, essa preocupação com a interferência da violência no acesso aos serviços de saúde existia em alguma medida, mas concentrada apenas na comunidade com maior nível de violência armada, o Morro União, onde 10% das pessoas externaram esse receio.

O panorama é semelhante quando se considera o grau de segurança ou insegurança percebido pelas pessoas individualmente, pois 11% dos que se sentem inseguros ou muito inseguros caminhando na comunidade de dia assumem o temor de que a violência possa obstaculizar o seu acesso aos serviços de saúde.

Em relação ao atendimento de emergência em casa, os resultados são parecidos. No Morro União, 6% das pessoas afirmaram que a violência poderia dificultar o acesso ao atendimento emergencial, enquanto essa preocupação praticamente não existia nas outras comunidades. Na prática, só encontramos um caso de um indivíduo que não pôde ser removido por uma ambulância por causa da violência nos 12 meses anteriores à pesquisa e esse caso aconteceu curiosamente no Parque Vila Isabel, onde existe uma UPP.

Quando se pergunta diretamente às pessoas se já adiaram a ida a um serviço de saúde ou desistiram dela por causa da violência ou a insegurança, 7% dos moradores do Morro União responderam afirmativamente, enquanto nas outras comunidades o valor era próximo ou igual a 0.

Em suma, o impacto da violência na demanda dos serviços de saúde existe, mas é reduzido e limitado apenas a contextos com altos níveis de violência armada. A simples presença de contingentes armados irregulares não é suficiente para provocar este efeito. Por outro lado, chama a atenção o alto nível de convergência entre os resultados obtidos independentemente de se a insegurança é mensurada em termos da incidência de episódios violentos em cada comunidade ou em termos de percepção individual: em ambos os casos os percentuais são parecidos.

Já o impacto da violência na oferta dos serviços de saúde parece ser maior do que o seu efeito na demanda. Nesse sentido, se o percentual de entrevistados que reconhecia limitar a sua demanda de serviços de saúde por causa da violência não ultrapassava 10%, a proporção se triplica em relação à oferta. Assim, 31% dos moradores do Morro União relataram episódios em que médicos ou outros profissionais de saúde deixaram de ir trabalhar por causa da violência, e 34% dos residentes nessa comunidade reconheceram casos de fechamento temporário do serviço por esse mesmo motivo. Os percentuais nas outras comunidades não ultrapassam 2%.

Em outras palavras, o peso da violência é maior sobre a oferta do que sobre a demanda de serviços de saúde, talvez porque os moradores desses locais atinjam um

maior grau de adaptação à presença da violência do que os profissionais que trabalham nesses serviços. Mesmo assim, esse efeito não parece operar sobre a maioria da população e continua restrito aos locais de maiores níveis de violência armada no contexto das comunidades populares do Rio de Janeiro.

Revela-se assim a necessidade de que futuras pesquisas retomem essa questão, com o intuito de esclarecer se existe um perfil diferencial dos indivíduos que sofrem, em maior grau, essa restrição ao acesso aos serviços de saúde por causa da violência. Da mesma forma, seria importante conhecer que fatores pessoais ou institucionais específicos incidem sobre a possibilidade de que a oferta de serviços de saúde seja limitada pela violência. A resposta a essas questões pode ajudar a formular medidas e políticas que diminuam a extensão do problema.

## Referências bibliográficas

AMARO, Marcia Caroline Portela; ANDRADE, Selma Maffei de; GARANHANI, Mara Lúcia. A atuação do serviço de saúde na violência sob o olhar de lideranças comunitárias de Londrina (PR). *Saúde soc.*, São Paulo, v. 17, n. 3, set. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902008000300017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000300017&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 03 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S010412902008000300017>.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232012001100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001100002&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 02 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232012001100002>.

BATISTA, Cássia Beatriz et al. Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Trab. Educ. Saúde (Online)*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, out. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198177462011000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462011000200008&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 03 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S198177462011000200008>

BORGES, D. *O medo no Rio de Janeiro. Uma análise sob a perspectiva das crenças de perigo*. Rio de Janeiro: Appris. 2011.

BUDO, Maria de Lourdes Denardin et al. Concepções de violência e práticas de cuidado dos usuários da estratégia de saúde da família: uma perspectiva cultural. *Texto contexto enferm.*, Florianópolis, v. 16, n. 3, Sept. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072007000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000300018&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S010407072007000300018>.

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232012001100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001100007&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 03 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232012001100007>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, nov. 1997. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010459701997000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459701997000300006&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 05 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S010459701997000300006>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jun. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2004000300001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000300001&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 05 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2004000300001>.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; ESCOSTEGUY, Claudia Caminha. Epidemiologia e serviços de saúde. In: MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. 1. ed. Pag: 3619.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 31, n. 3, Mar. 2012. Available from <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892012000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892012000300012&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S102049892012000300012>.

SZWARCWALD CL1, BASTOS FI, ESTEVES MA, de ANDRADE CL, PAEZ MS, MEDICI EV, DERRICO M. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 1999 JanMar;15(1):1528.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2004000800014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000800014&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 02 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2004000800014>.



**HASOW** HUMANITARIAN ACTION  
IN SITUATIONS  
OTHER THAN WAR

The Humanitarian Action in Situations other than War (HASOW) project is based at the International Relations Institute of the Catholic University of Rio de Janeiro (IRI-PUC) with support from the International Development Research Centre (IDRC). The aim of HASOW is to comprehensively assess the dynamics of urban violence and the changing face of humanitarian action. Administered between 2011 and 2014, HASOW focuses on the dynamics of organized violence in urban settings, including Rio de Janeiro, Ciudad Juarez, Medellin and Port-au-Prince.

#### Coordinators

Robert Muggah

Paulo Esteves

#### Layout

Scriptorium Design

#### Address

Rua Marquês de São Vicente, 225,  
Vila dos Diretórios, casa 20 Gávea,  
Rio de Janeiro - RJ  
Brazil

#### Contact

(55) 21 2245-1900

hasowproject@gmail.com

[www.hasow.org](http://www.hasow.org)

## OTHER PUBLICATIONS BY HASOW

From Fragile States to Fragile Cities:  
Redefining Spaces of Humanitarian Practices  
Discussion Paper 12 | October 2014

Rio's Pacification: Paradigm Shift or Paradigm Maintenance?  
Discussion Paper 11 | August 2014

*Os Deslocados*: Conceptualizing Internal Displacement in Brazil  
Discussion Paper 10 | July 2014

Regional Organization and Humanitarian Practices  
Discussion Paper 9 | May 2014

*Pelo telefone*: rumors, truths and myths in the 'pacification' of the favelas of Rio de Janeiro  
Discussion Paper 8 | March 2014

Old problems and old solutions: an analysis of Rio de Janeiro's public safety policy and its impact on urban violence  
Discussion Paper 7 | October 2013

Protection and vulnerability in urban contexts:  
the case of refugees in Rio de Janeiro  
Discussion Paper 6 | September 2013

Urban violence and humanitarian action in Medellin  
Discussion Paper 5 | June 2013

Revisiting Haiti's Gangs and Organized Violence  
Discussion Paper 4 | June 2013

International Rules on Violence  
Discussion Paper 3 | March 2013

Regulating "Drug Wars" and Other Gray Zone Conflicts:  
Formal and Functional Approaches  
Discussion Paper 2 | October 2012

Violent Disorder in Ciudad Juarez: A Spatial Analysis of Homicide  
Discussion Paper 1 | September 2012



International Development Research Centre  
Centre de recherches pour le développement international

