

Violência em favelas e saúde

ANA LYDIA SAWAYA,^I

MARIA PAULA DE ALBUQUERQUE^{II}

e SEMIRAMIS MARTINS ÁLVARES DOMENE^{III}

Crescimento das favelas, crime organizado e efeitos sobre o território

O SURGIMENTO das favelas remonta ao início do século XX nos morros do Rio de Janeiro, construídas por ex-escravos legados à própria sorte. Essa condição não só não melhorou ao longo do século passado, como nas últimas décadas o número de favelas se intensificou. Entre os anos 2000 e 2010, o crescimento das favelas foi doze vezes maior que o aumento do número de moradias brasileiras. O número de pessoas vivendo nessas condições (61% das quais afro-brasileiras) aumentou de 6,5 milhões para 14 milhões no mesmo período. São Paulo abriga 27% das favelas do Brasil. Desde os anos 2000, as comunidades são ocupadas por trabalhadores pobres (65% dos moradores tem trabalho regular) sem renda suficiente para pagar o aluguel ou ter gastos regulares com água e luz.

Aproximadamente dois milhões de pessoas vivem nas favelas de São Paulo, embora esses dados não sejam precisos. Nesses territórios há elevada prevalência de subnutrição entre crianças, agravada pelas habitações insalubres. Além da subnutrição infantil verifica-se também uma alta prevalência de obesidade entre adultos, causada pelo consumo de alimentos ultra processados de baixo custo. O consumo desses produtos está associado a maior suscetibilidade de ganho de peso, especialmente entre mulheres que sofreram subnutrição em idades precoces. A prevalência de baixa estatura em crianças com até 5 anos é de 6% a 8% no Brasil, mas supera 25% em grupos de alta vulnerabilidade. A coexistência dessas condições configura uma dupla carga de doenças, e incide fortemente para o aumento do custo das políticas públicas, especialmente no campo da saúde e na alta da morbimortalidade, especialmente de doenças crônicas de difícil tratamento.

As favelas no Brasil são áreas urbanas marcadas por moradias precárias, sem registros formais de propriedade. Nos últimos 15 anos, grupos criminosos organizados como o Primeiro Comando da Capital (PCC) têm expandido seu território de domínio; e mais recentemente, a partir das penitenciárias onde alguns de seus integrantes cumprem pena, comandam os crimes. O PCC que nasce em São Paulo concentra atualmente poder no mercado de distribuição de drogas e está ampliando sua estrutura organizacional para o norte e nordeste do país e para outros países. O grande desenvolvimento do PCC e outros grupos representa um sintoma claro da falta de intervenção do Estado, assim como da ineficiência das políticas públicas e da má qualidade da educação.

Recentemente, tem-se evidenciado a importância da análise dos *efeitos de proximidade e vizinhança*, para além dos indivíduos que vivem em condições de pobreza, e seu impacto nas políticas públicas. Dessa abordagem nasce o conceito de efeitos da vizinhança ou do ambiente que se refere aos fatores que afetam a saúde da comunidade de forma independente daqueles ligados às condições familiares ou domiciliares, tais como o isolamento e a privação de acesso a bens. Esses efeitos incluem aqueles de caráter amplo que decorrem da localização das moradias, tais como falta de saneamento básico, de água potável, excessivo adensamento demográfico, construções precárias com riscos de enchentes e incêndios, poluição, falta de rede de transporte e a estigmatização. Reconhece-se cada vez mais que a associação desses determinantes contribui para uma condição de agravamento da situação de vulnerabilidade, comparativamente àquela experimentada por pessoas pobres que não vivem em favelas.

Aumentam as evidências, por exemplo, que aqueles que permanecem por duas ou três gerações em uma favela vivem uma espiral de fatores complicadores que progressivamente afastam seus moradores das condições para escapar dessa condição.

Os efeitos da vizinhança ainda contribuem para comprometer a saúde mental, acentuar a subnutrição entre crianças e agravar a morbidade por doenças crônicas entre adultos. Por isso, a presença desses efeitos no território representa um agravante que implica intervenções mais complexas e demanda maior investimento de recursos em saúde pública. Por outro lado, esse cenário pode oferecer a oportunidade para que uma única intervenção possa afetar simultaneamente muitas pessoas que vivem em uma área específica.

O tráfico, a violência e as dificuldades na assistência domiciliar

Os obstáculos para acesso ao serviço de saúde criados pela pobreza estrutural foram superados no Brasil. Mais de 80% das pessoas que são hospitalizadas pelo sistema público de saúde o avaliam como bom (Stopa et al., 2017). Contudo o tráfico de drogas se tornou o principal fator para a escalada da violência nas comunidades e um dos principais obstáculos para o sucesso do serviço público de saúde nas periferias e favelas. Mais de um terço dos brasileiros já experimentou algum tipo de violência. O Brasil, contudo, detém o primeiro lugar no mundo quando se considera o número de anos de vida perdidos por causa da violência, e essa condição é diretamente determinada pelo mercado ilegal de drogas.

É comum entre os operadores de saúde que atuam no território o relato que o comportamento ameaçador dos traficantes impediu as equipes de saúde de conduzirem seus trabalhos. Alguns profissionais, por exemplo, relatam que deixaram de notificar a suspeita de casos de abuso ou negligência infantil por receio de retaliação por parte de membros da família que estavam envolvidos com as organizações criminosas ou porque os dirigentes do tráfico deixaram claro não querer a intromissão de estranhos envolvidos em assuntos da comunidade.

Em muitas comunidades a ausência de uma liderança clara com quem os profissionais de saúde possam construir um diálogo e estabelecer relações de confiança alimenta um ambiente hostil e instável, e já levou a interrupção da assistência em saúde e afetou negativamente as famílias necessitadas. Há relatos de que as visitas domiciliares são frequentemente proibidas às sextas-feiras, uma vez que a incidência de conflitos e violência costuma aumentar neste dia nas favelas.

Dessa forma, o aumento da violência ampliou os desafios para implementar a assistência universal em saúde, uma das metas do Sistema Único de Saúde no Brasil. A pobreza costumava ser, talvez, a principal chaga dos países emergentes; contemporaneamente, o tráfico de drogas, a violência e os acidentes estão na raiz da iniquidade social.

O Centro de Recuperação e Educação Nutricional e a violência

O Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) é uma organização não governamental com forte atuação nessas comunidades que oferece assistência ambulatorial a crianças e adolescentes com subnutrição ou obesidade (cerca de 7 mil pacientes/ano) e atendimento em sistema de hospital-dia para os menores de cinco anos com subnutrição moderada ou grave (cerca de 140 pacientes/ano). O tratamento conta ainda com educação nutricional para melhorar a quantidade e a qualidade do consumo alimentar, fortalecimento da rede de suporte das famílias incluindo visitas domiciliares regulares, o manejo de infecções e outras doenças associadas por meio de atendimento médico além do aconselhamento psicológico. No hospital dia, as crianças recebem cinco refeições por dia com a meta de fornecer 100% das recomendações nutricionais diárias. Educadores sociais, nutricionistas, pediatras, psicólogos e professores participam do tratamento com o propósito de recuperar estatura e peso. A entidade trabalha em rede com os equipamentos públicos de saúde, educação e assistência da cidade e do estado de São Paulo e com outros parceiros da sociedade civil organizada cujo foco de ação está na garantia de direitos da infância e adolescência.

Seus profissionais têm descrito que a realização de busca ativa por crianças com subnutrição tem sido prejudicada pelo tráfico de drogas. A avaliação antropométrica é o método de aplicação em estudos de base populacional mais efetivo para identificar crianças em situação de risco nutricional. No entanto, os profissionais do CREN costumam ser impedidos de convocar as famílias para participar do Censo Antropométrico. Como resultado, o número de crianças presentes nesses mutirões de antropometria tem sido menor do que a média experimentada há dez anos.

O confronto com situações violentas no trabalho tem crescido para a equipe CREN. E os profissionais têm descrito que durante as atividades internas ou no campo muitas dessas situações têm demandado mudanças constantes no modelo de assistência. “A violência é estrutural”, “a cada ano piora” e “o crime acontece a luz do dia”, são frases cotidianas nos encontros com a equipe.

Em muitas favelas onde o ambiente é mais hostil, as visitas da equipe do

CREN têm ocorrido no menor tempo necessário para o alcance de objetivos mínimos. Alguns dos profissionais já tiveram armas apontadas diretamente para si, enquanto outros foram perseguidos até que deixassem a comunidade. Em uma ocasião as atividades do CREN foram suspensas em uma unidade de saúde pela chegada de um criminoso baleado, que obrigou assistência dos profissionais para retirada do projétil.

Há registro de profissionais da entidade que interromperam suas atividades para obedecer um toque de recolher na vizinhança. Proibida de deixar a área, a equipe foi mantida dentro da unidade de saúde por diversas horas. Em outra situação, foram informados por um integrante da organização criminosa “que não era um bom dia e o melhor seria ir embora”. Em outra unidade de saúde o atendimento foi interrompido por essa estar sendo usada como esconderijo de material do crime organizado. O roubo de carro de médicos como retaliação, também foi registrado.

Famílias envolvidas com o tráfico

Outra face dessa realidade trata das crianças cooptadas pelo tráfico de drogas. Um garoto de 10 anos foi levado ao serviço de custódia a pedido da mãe, que não se sentia capaz de evitar sua atividade com os criminosos. O garoto, que já havia roubado e se embriagava, ameaçou os profissionais do CREN com uma arma de fogo ao se encontrarem na comunidade.

Os pais e responsáveis, quando percebem um ambiente de confiança, costumam relatar as dificuldades para tirar seus filhos do crime organizado, onde auferem alto ganho financeiro com muito menos esforço do que em um trabalho formal. O tráfico confere ao jovem um *status* afetivo. Nesse ambiente, o criminoso se sente “importante”, “faz a diferença” e é valorizado como herói ao proteger a comunidade.

Os profissionais do CREN relatam ainda que, por causa das atividades ilegais, muitas mães omitem informações relevantes sobre a rotina diária, o que torna mais difícil a recuperação nutricional de seus filhos.

As comunidades envolvidas no tráfico têm muitos consumidores de drogas. Entre usuários é comum a negligência com sua própria saúde e com a de seus familiares. O uso da droga transforma hábitos e afeta diretamente a rotina familiar e o cuidado com as crianças.

Um dos integrantes da equipe referiu ter sido abordado pelo pai de uma paciente quando entrava em seu veículo ao fim do dia. O homem queixou-se de uma intervenção realizada pelo CREN. Sua esposa havia sido agredida fisicamente – ela tinha marcas no rosto e referiu serem resultado de um ataque com uma faca; por esse motivo, os profissionais do CREN a encorajaram a proceder a denúncia junto à delegacia da mulher, para onde a acompanharam. À porta do carro, o marido manifestou sua desaprovação, em tom ameaçador pela interferência do CREN nessa circunstância. Ele contradisse a esposa, ao relatar que as marcas no corpo dela foram causadas por outras pessoas, e não por ele.

No que se refere à atividade policial, os registros indicam haver situações de conflito (com relatos de tiroteio entre policiais e criminosos, que resultou na morte de um integrante da comunidade) ou aparente conivência, percebida em flagrantes de receptação de drogas na comunidade perdidos por pequeno atraso na chegada dos policiais.

Um relato de caso

José chegou ao CREN aos 4 anos de idade com quadro de subnutrição grave (Índice de Estatura para Idade (E/I) de - 5,73 escores Z),¹ com esquistossomose e outras parasitoses intestinais. Ele e suas duas irmãs viviam em uma favela com seus pais. A família morava em um barraco de um cômodo, sem luz natural. As irmãs de José também estavam subnutridas. Durante uma visita domiciliar, a equipe do CREN soube que a família havia sido contemplada com um apartamento em um programa de moradias populares, mas o “vendeu”, retornou à favela e “comprou” outro barraco (“compra” e “venda” irregulares tendo em vista não haver formalização da posse de qualquer dos imóveis). Esse episódio foi sugestivo para a equipe do CREN de um estilo de vida de risco e alta probabilidade de envolvimento com grupos do tráfico.

A favela onde José e sua família viviam é conhecida como área de intenso tráfico de drogas. O acesso ao território é restrito, e a presença da polícia, insuficiente. A unidade básica de saúde mais próxima relatou dificuldade de atender à população local porque um integrante do crime organizado com grande prestígio no local havia anunciado em tom ameaçador que os profissionais da unidade não eram bem-vindos para prestar assistência à comunidade.

O pai de José relatou que trabalhava com coleta e venda de material reciclável para viver, mas todas as vezes que a equipe do CREN realizava visitas domiciliares o encontrava em casa. Os membros da equipe souberam a partir de relatos da comunidade que ele estava respondendo criminalmente por alguns delitos. A partir das visitas a equipe começou a suspeitar que a mãe de José era usuária de drogas. José e suas irmãs, apesar da gravidade do quadro de subnutrição, faltavam regularmente ao tratamento, a despeito de haver transporte garantido diariamente pela instituição.

No início do tratamento, José chegou a apresentar alguma recuperação nutricional (E/I -4,19 escores Z), mas nos meses subsequentes houve agravamento da situação familiar com baixa aderência ao tratamento. Por isso, os profissionais visitaram a casa da família e, quando chegaram, encontraram a criança em situação clínica crítica, pois ele havia perdido 2,65 Kg em 11 dias. Estava bastante debilitado e não tinha forças para chorar. Sua mãe relatou que ele havia apresentado diarreia e vômitos, e essa era a razão para ela não o ter levado ao CREN. O serviço local de saúde, que também acompanhava a situação de saúde das crianças em parceria com o CREN, havia hesitado em acionar a justiça com receio de retaliação do tráfico, pois o responsável pela Unidade já havia sido alertado pelo crime organizado para que não se envolvesse demais com a comunidade.

Ante a constatação da gravidade do quadro clínico da criança, a equipe do CREN encaminhou José para internação hospitalar. Durante os 30 dias de internação, o hospital notificou o Conselho Tutelar, pois a equipe de saúde suspeitou que a mãe de José não queria que ele ganhasse peso. Ele e suas irmãs eram usados para pedir dinheiro nas ruas. E o baixo peso da criança, muito provavelmente, facilitava a atividade de mendicância da mãe. Quando a equipe abordou esse assunto a mãe negou a situação de exploração das crianças; apesar disso, ela foi vista pela equipe do CREN na rua pedindo esmola com as crianças.

No hospital, José continuou a não ganhar peso a despeito da oferta de refeições e tratamento, e se mostrava agressivo na presença da mãe. A equipe de saúde relatou que durante o período de internação a mãe tentou fugir com a criança. Quando o pai de José soube que o Conselho Tutelar havia sido notificado, ele foi ao CREN e se dirigiu a um dos profissionais da equipe, em tom ameaçador, dizendo que “iria resolver as coisas do jeito dele”. Ao final do período de hospitalização, a Justiça determinou que José fosse encaminhado a um abrigo e que fosse cessado o contato com sua família, inclusive por meio de visitas. A equipe do CREN continuou seu contato com a família buscando prevenir que os outros irmãos de José também se tornassem subnutridos enquanto realizava ações de reforço da rede social da família, buscando envolver parentes, vizinhos e instituições de suporte para a família.

Conclusão

O aumento da violência nas favelas e o cenário descrito neste artigo reforçam a hipótese de que a violência e o tráfico organizado nas favelas exacerbaram o efeito negativo da vizinhança e a segregação dessa população ao prejudicar o atendimento em saúde. Essa nova situação demanda políticas públicas específicas para esses territórios que levem em conta o agravamento causado pelo efeito da vizinhança. Por outro lado, ações voltadas especificamente para as favelas podem ter efeito somatório e aumento de impacto positivo justamente pela presença do efeito da vizinhança.

Agradecimentos

À equipe do CREN pelos relatos e, em especial, a Bruna Pellegrini pela organização e seleção dos relatos.

Nota

1 A subnutrição pode ser classificada em leve quando o Índice de Estatura para Idade (E/I); Peso para Idade (P/I) e/ou Índice de Massa Corporal para Idade (peso (kg)/estatura (m)²) encontra-se entre -1,0 e -2,0 escores Z (desvios padrão da mediana da população de referência da Organização Mundial da Saúde), moderada entre -2,01 e -3,0 escores Z e grave quando menor de -3,01 escores Z.

Referências

- BIDERMAN, C. et al. Pax Monopolista and Crime: the case of the Emergence of The Primeiro Comando da Capital in São Paulo. *Working papers*, Domestic Violence, 7.15.2104, n.2014/03, CAF Development Bank of Latin America.
- EZEH, A. et al. The history, geography, and sociology of slums and the health problems of people who live in slums. *Lancet*, v.389, p.547-58, 2017.
- MARTINS, V. J. B.; ALBUQUERQUE, M. P.; SAWAYA, A. L. Endocrine Changes in Undernutrition, Metabolic Programming, and Nutritional Recovery. In: PREEDY, V. R.; PATEL, V. B. (Ed.) *Handbook of Famine, Starvation, and Nutrient Deprivation* Springer. International Publishing AG 2017., DOI 10.1007/978-3-319-40007-5_41-1.
- MARTINS, V. J. B. et al. Long-Lasting Effects of Undernutrition. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v.8, p.1817-46, 2018.
- PASTERNAK, S.; D'OTTAVIANO, C. Favelas no Brasil e em São Paulo: avanços nas análises a partir da Leitura Territorial do Censo de 2010. *Cadernos Metrópole* [en línea], v.18, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=402844839013>>. Fecha de consulta: 9 de marzo de 2018.
- STOPA, S. R. et al. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. *Rev. Saúde Pública*, v.51, supl., p.1-3s, 2017.

RESUMO – O tráfico de drogas tornou-se o principal fator para a crescente escalada da violência e um dos maiores obstáculos para o sucesso dos serviços públicos de saúde nas favelas. O Brasil ocupa o primeiro lugar no mundo como o país com mais anos de vida perdidos pela violência. As favelas brasileiras surgiram nas colinas do Rio de Janeiro no início do século XX e foram construídas por ex-escravos. Nas últimas décadas, a velocidade de seu crescimento se intensificou. Entre 2000 e 2010, o crescimento de favelas foi doze vezes maior que o aumento anual das famílias brasileiras. O número de pessoas vivendo nessas condições (61% afro-brasileiras) aumentou de 6,5 milhões em 2000 para mais de 14 milhões em 2010. São Paulo abriga 27% de todas as favelas no Brasil. Desde a década de 2000, essas comunidades foram ocupadas por trabalhadores pobres (65% com permissão de trabalho) que não têm renda suficiente para pagar o aluguel. Aproximadamente dois milhões de pessoas residem nas favelas de São Paulo. Esses territórios têm a maior prevalência de subnutrição entre as crianças causada por moradia insalubre e a maior prevalência de obesidade em adultos causada pelo consumo de alimentos ultraprocessados de baixo custo. A coexistência dessas duas doenças representa uma carga dupla para a intervenção na saúde e aumenta consideravelmente o custo de implementação de políticas públicas. Este artigo apresenta evidências de que a violência está aumentando os efeitos negativos da vizinhança nas favelas brasileiras, condição que implica intervenções mais complexas e específicas, direcionadas para esses territórios.

PALAVRAS-CHAVE: Favelas, Violência, Saúde, Efeitos da vizinhança, Assistência em saúde, Território, Pobreza.

ABSTRACT – Drug trafficking has become the main factor in the escalation of violence and one of the greatest obstacles to the success of public health services in slums. Brazil ranks number one in the world as the country with the most years of life lost through violence. Brazilian slums emerged in the hills of Rio de Janeiro in the early 20th century and were built by former slaves. In the last decades, the speed of their growth has intensified. Between 2000 and 2010, the growth of slums was twelve times higher than the annual increase in Brazilian households. The number of people living in these conditions (61% Afro-Brazilians) increased from 6.5 million in 2000 to more than 14 million in 2010. São Paulo houses 27% of all the slums in Brazil. Since the 2000s, these communities have been occupied by poor workers (65% with work permits) who do not have a sufficient income to pay rent. Approximately 2 million people reside in the slums of São Paulo. These territories have the highest prevalence of malnutrition among children caused by unhealthy housing and the highest prevalence of adult obesity caused by the consumption of low-cost, ultraprocessed foods. The coexistence of these two diseases constitutes a double burden for health intervention and greatly increases the cost of implementing public policies. This article provides evidence that violence is increasing the negative neighborhood effects in Brazilian slums, a condition that implies more complex and targeted interventions in these territories.

KEYWORDS: Slums, Violence, Health, Neighborhood effects, Health assistance, Territory, Poverty.

Ana Lydia Sawaya é bióloga e professora do Departamento de Fisiologia, Disciplina de Fisiologia da Nutrição da Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora do grupo de pesquisa Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados (IEA) da Universidade de São Paulo (USP). @ – al.sawaya@yahoo.com.br

Maria Paula de Albuquerque é médica nutróloga e diretora clínica do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN)/Unifesp. Membro do grupo de pesquisa Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados (IEA) da Universidade de São Paulo (USP). @ – saude_vm@cren.org.br

Semíramis Martins Álvares Domene é nutricionista e professora no curso de Nutrição, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Membro do grupo de pesquisa Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados (IEA) da Universidade de São Paulo (USP)
@ – semiramisdomene@gmail.com

Recebido em 13.4.2018 e aceito em 30.5.2018.

^I Departamento de Fisiologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II} Centro de Recuperação e Educação Nutricional, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III} Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.