

A PRIMEIRA INFÂNCIA NA MARÉ:
Impactos da violência armada
na saúde e imunização de
crianças com até 6 anos de vida



FICHA TÉCNICA

Equipe Redes da Maré

Coordenadoras do Eixo Direito à Saúde
Fernanda Andrade
Carolina Dias

Coordenadora do Eixo Direito à Segurança Pública e Acesso à Justiça
Tainá Alvarenga

Núcleo de Acompanhamento Institucional
Luna Arouca
Liliane Santos
Maíra Gabriel Anhorn

Pesquisa e Redação
Aristênio Santos
Diana Beserra
Esther Rodrigues
Luca Lima
Patrícia Ramalho
Thais Silva

Equipe de Campo
Adriana Lima
Priscila de Jesus

Apoio Técnico
Fernanda Lima (Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz)
Leonardo Bastos (Pontifícia Universidade Católica/Rio de Janeiro)

Assessoria de Imprensa
Andrea Blum

Colaboração
Fundação Oswaldo Cruz

Equipe Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)

Joaquin Gonzalez-Aleman - Representante do UNICEF no Brasil
Layla Saad - Representante adjunta para Programas do UNICEF no Brasil
Flavia Antunes Michaud - Chefe do Escritório do UNICEF no Rio de Janeiro
Luciana Phebo - Chefe de Saúde e Nutrição do UNICEF no Brasil
Mariia Matsepa - Chefe de Planejamento, Monitoramento e Avaliação do UNICEF no Brasil
Sonia Yeo - Chefe de Comunicação e Advocacy do UNICEF no Brasil
Paulo Moraes - Chefe Interino de Proteção contra as Violências do UNICEF Brasil

Núcleo Editorial UNICEF

Tatiana Dias Martinewski - Oficial de Saúde do UNICEF no Brasil
Marcos Kalil - Oficial de Proteção à Criança do UNICEF no Brasil
Diêgo Lôbo - Especialista de Comunicação do UNICEF no Brasil
Maíra Souza - Especialista em Desenvolvimento Infantil na Primeira Infância do UNICEF no Brasil
Paula Marques - Oficial de Monitoramento e Avaliação do UNICEF no Brasil
Willian Wives - Oficial de Monitoramento e Avaliação do UNICEF no Brasil

Projeto Gráfico
Adriana Reis

Revisão Final
Moniza Rizzini Ansari
Lidiane Malanquini
Luna Arouca

Sumário

6	1. Apresentação
9	2. Um estudo territorial sobre acesso, barreiras e agravos à saúde de crianças (0 a 6 anos) no conjunto de favelas da Maré
9	2.1 Contextualização territorial do Conjunto de Favelas da Maré
16	2.2 Sobre a metodologia
19	3. Impactos da violência armada na saúde e imunização da primeira infância
22	3.1 Como a violência armada impactou a vacinação de crianças na primeira infância na Maré em 2024 e 2025?
35	3.2 Como atores sociais da Maré problematizam os impactos da violência armada no acesso à saúde e à imunização de crianças na primeira infância?
46	4. Considerações Finais: Violência, racismo e atraso vacinal
49	5. Recomendações para Políticas Públicas
54	6. Referências

Apresentação

Esta publicação reúne os principais achados de um estudo territorial que busca identificar as formas pelas quais a violência armada no conjunto de favelas da Maré impacta o acesso à saúde e à imunização de crianças de até 6 anos de idade que vivem neste território. O estudo faz uma análise dos dados coletados, em 2025, a partir da intersecção de raça e território para impulsionar transformações de políticas públicas em saúde da primeira infância de forma atenta e adaptável a especificidades de favelas e periferias urbanas.

A iniciativa de investigar estas questões nasce da parceria estabelecida entre o **Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)**, agência das Nações Unidas responsável por defender e proteger os direitos de crianças e adolescentes, e a **Redes da Maré**, uma organização de base comunitária, que atua há décadas com a missão de tecer as redes necessárias para efetivar os direitos da população das 15 favelas que formam a Maré, no Rio de Janeiro. Já tendo um histórico de trabalho em parceria – como é o caso do projeto *Criando Rede nas favelas da Maré*¹, durante a pandemia de COVID-19 – com a publicação do presente estudo, renovamos o empenho de construir caminhos de proteção às crianças que residem nas favelas da Maré e de informar a construção de políticas públicas que possam beneficiar crianças em outros lugares com desafios semelhantes.

Essa parceria propicia um olhar para desafios concretos das agendas globais sobre a infância a partir de realidades locais. Desde o conjunto de favelas da Maré, investigamos as complexas configurações socioterritoriais que funcionam como barreiras ao exercício pleno de direitos sociais, em especial à saúde.

1 • Projeto CRIANDO Rede nas favelas da Maré foi uma importante parceria entre UNICEF, Luta pela Paz, Redes da Maré e Observatório de Favelas, com o objetivo de fortalecer a rede de proteção social e as políticas públicas com foco em crianças, adolescentes e jovens vulneráveis do território, no contexto da pandemia. Vide: <https://www.unicef.org/brazil/projeto-criando-rede-nas-favelas-da-mare>

Compromissos internacionais e princípios constitucionais brasileiros preconizam os fundamentos da proteção integral e da prioridade absoluta para crianças e adolescentes. Ainda assim, prevalecem fatores que dificultam a ampliação das condições de saúde da primeira infância em territórios de favela e periferias urbanas. A partir de perspectivas baseadas no conhecimento local, busca-se mapear gargalos e identificar soluções para subsidiar estratégias de efetivação de metas globais em saúde integral e preventiva por meio do enfrentamento a barreiras de acesso e agravos à saúde de crianças.

As metas globais de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) estão integradas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com destaque para o ODS 3 - Saúde e Bem-Estar, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar de todos, em todas as idades, até 2030. Essas metas abrangem áreas como a redução da mortalidade materna e infantil, o combate a epidemias e a prevenção de doenças, entre outras. Para isso, a vacinação é uma das estratégias em saúde pública mais eficazes para proteger o bem-estar da população e garantir a segurança coletiva com o controle de doenças evitáveis.

No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), um dos mais abrangentes e exitosos do mundo, garante que crianças em diferentes regiões do país tenham acesso gratuito a imunobiológicos fundamentais. Entretanto, a manutenção desta referência internacional tem enfrentado sérios desafios na última década, marcados pela queda progressiva das coberturas vacinais e ressurgimento de doenças controladas.

Especialmente desde a pandemia da COVID-19, muitos esforços são empenhados mundialmente para combater a desinformação, a hesitação vacinal e os desafios logísticos de distribuição. Mas um fator determinante para o alcance de vacinas permanece pouco compreendido: a violência armada, manifestada tanto pelo convívio constante com grupos armados que exercem controle sobre territórios, quanto por políticas não protetivas de segurança pública, que geram episódios como tiroteios e intervenções territoriais associadas a possíveis violações de direitos, inclusive de crianças e adolescentes.

A parceria entre UNICEF e Redes da Maré busca preencher essa lacuna ao analisar os impactos da violência armada na saúde da população da Maré com ênfase na imunização de crianças residentes na região. Demonstramos as formas pelas quais a política de segurança pública funciona como determinante social da saúde, na medida em que alimenta e perpetua a violência armada em territórios periféricos e afeta direta e indiretamente a saúde da população e o desenvolvimento infantil. Assim, o direito à saúde, ao cuidado e ao desenvolvimento integral de crianças na primeira infância permanece condicionado por um contexto de violência do qual o Estado não pode se eximir.

Esperamos que este estudo impulse transformações eficazes deste cenário, tanto subsidiando mudanças institucionais por parte de gestores e tomadores de decisão responsáveis pelas políticas de saúde e, sobretudo, da segurança pública do Rio de Janeiro; quanto fortalecendo mobilização comunitária, que historicamente tem sido o motor de conquistas importantes para atender à demanda real da população da Maré.

2

Um estudo territorial sobre acesso, barreiras e agravos à saúde de crianças (0 a 6 anos) no conjunto de favelas da Maré

Para investigar os elementos da violência armada que moldam as condições de saúde da primeira infância na Maré, primeiramente, é preciso olhar para os fatores sociais, políticos, culturais e econômicos que lhe dão contexto. Com atenção a esses componentes, em seguida, desenha-se uma metodologia de base territorial que abarque a complexa rede de indivíduos, relações, e estruturas sociais que constituem o território.

2.1

Contextualização Territorial do Conjunto de Favelas da Maré

A Maré é um dos maiores conjuntos de favelas do Brasil. Formada por 15 favelas, com quase 125 mil habitantes, trata-se do terceiro bairro mais populoso da Zona Norte do Rio de Janeiro e o terceiro em densidade demográfica, com uma média de 29 mil hab./km² (IBGE, 2022).

A Maré está localizada entre as principais vias expressas de acesso à cidade, a Avenida Brasil e as Linhas Amarela e Vermelha. O início de sua formação urbana data da década de 1940, durante a construção da Avenida Brasil, que impulsionou a ocupação do território às margens da via. Seu crescimento se intensificou especialmente a partir da década de 1980 com uma série de medidas habitacionais promovidas pelo poder público municipal, estadual e federal que removeram favelas de áreas centrais da cidade. Esse processo resultou em uma população diversa, cuja identidade foi construída a partir das lutas sociais com intensas mobilizações comunitárias. Trata-se, portanto, de um território marcado pela resistência e pela reinvenção, com singularidades que nem sempre são levadas em conta na formulação das políticas públicas (NÓBREGA Jr et al., 2012).

Mapa 1 -
O Conjunto de Favelas da Maré



O *Censo Populacional da Maré* (Redes da Maré, 2019) aponta para uma população majoritariamente jovem, com mais da metade dos seus moradores com menos de 30 anos e 12,4% entre 0 e 6 anos. Ou seja, **cerca de 15 mil crianças vivendo sua primeira infância na Maré**. Ademais, sua composição demográfica é em sua maioria de mulheres, que representam 51% da população e por uma identidade racial de maioria preta e parda, que somavam mais de 62% dos moradores².

Com uma grande proporção de lares chefiada por mulheres, dados do diagnóstico *Primeira Infância nas Favelas da Maré*³ (Redes da Maré, 2023a) indicam que em 94% dos casos, mães ou avós são as principais responsáveis pelos cuidados das crianças, e em mais da metade das famílias (51%), a mulher também assume o papel de principal provedora econômica. Essa configuração revela a centralidade do trabalho e do cuidado feminino, ao mesmo tempo em que expõe a sobrecarga das mulheres em contextos de vulnerabilidade social.

Em relação aos serviços públicos que atendem a Maré, a histórica mobilização de seus moradores ao longo das últimas décadas levou a conquista e a ampliação dos serviços essenciais de abastecimento de água, eletricidade e rede de esgoto, além de equipamentos sociais. Mais recentemente, importantes mobilizações comunitárias resultaram na ampliação da rede pública de ensino, havendo, hoje, 49 escolas públicas (45 municipais e 4 estaduais), onde estudam um total de 19.537 estudantes.

² Para o número total de habitantes, utilizamos como referência o IBGE e o desagregado por bairros realizado pelo Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (IPP). Já para a caracterização detalhada do perfil da população, na impossibilidade de acessar dados como idade, raça e cor distribuídos por bairros no censo nacional, recorreremos aos dados levantados pelo Censo Maré (2019), desenvolvido pela Redes da Maré, ainda que estes não sejam os mais atualizados.

³ Pesquisa realizada pela Redes da Maré, que teve como objetivo compreender as condições de vida, acesso a direitos e serviços, além das principais demandas das famílias com crianças de 0 a 6 anos, subsidiando a construção do Plano Participativo para a Primeira Infância da Maré em 2024.

Quanto a serviços de atendimento em saúde, atualmente há seis unidades básicas na Maré: dois Centros Municipais de Saúde e quatro Clínicas da Família. O território também conta com um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), voltado ao acompanhamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e persistente, incluindo os casos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. No atendimento de urgência e emergência, desde 2007, há uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada na Vila do João, mas que não atende a todos os moradores da Maré.

Apesar destes importantes equipamentos sociais, levantamentos comunitários realizados pela Redes da Maré (2024a) indicam a insuficiência do número de equipes de saúde sob os parâmetros da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o subfinanciamento crônico da rede local e do sistema. Esse panorama leva à sobrecarga das equipes e dos gestores, à precarização das instalações e ao baixo alcance da cobertura populacional.

Central para o presente estudo, há um déficit de serviços públicos para o atendimento de demandas sociais específicas da primeira infância, segundo o diagnóstico Primeira Infância na Maré (Redes da Maré, 2023a), que aponta para lacunas significativas quanto à insuficiência de creches e ausência de vagas na rede de educação infantil para cobrir a demanda real dessa população, além do acesso frágil à rede de proteção social. Considerando que políticas de assistência social alcançam mais expressivamente as famílias mais vulneráveis, é a saúde, por sua cobertura universal, que tem maior contato com crianças na primeira infância e suas famílias.

• **Violência armada e suas implicações sociais para crianças, adolescentes, famílias, comunidades e serviços públicos**

Na Maré se manifestam, de forma emblemática, as mais diversas questões de desigualdade e injustiça social que afetam as favelas e periferias urbanas do Brasil. O território enfrenta há anos lacunas no acesso a políticas públicas, ao mesmo tempo em que convive com a presença de grupos armados e é alvo de um modelo não-protetivo de política de segurança pública, muitas vezes associado a violações de direitos, inclusive de crianças e adolescentes.

Organização territorial orientada pela violência armada

Atualmente, o território da Maré é controlado por três grupos armados, sendo dois associados ao comércio varejista de drogas e outro às milícias. Além de ser afetada por disputas e pela lógica violenta de regulação do espaço por estes grupos, a Maré é alvo de recorrentes intervenções de agentes estatais de segurança, tendo como consequência intensos confrontos armados como resultado direto de uma política não-protetiva de segurança pública.

Para fins de definição, “**grupos armados**” são entendidos como grupos formados por agentes armados não-estatais vinculados a redes de comércio ilícito que exercem influência sobre parte da vida cotidiana da população. Estão entre os responsáveis por violações de direitos na região, impondo normas, restringindo liberdades e usando a violência como instrumento de poder e controle.

Já as intervenções por parte de agentes da segurança pública – envolvendo as forças policiais nos diversos níveis da federação – são conhecidas como “**operações policiais**”. Baseadas em um modelo não-protetivo de segurança pública, as operações policiais recorrem a confrontos armados como ferramenta recorrente de atuação nesses territórios, perpetuando e intensificando a violência armada no território e sendo também associadas a violações de direitos de crianças, adolescentes, famílias e comunidades.

Os dados gerais da violência armada na Maré são alarmantes. A partir do monitoramento realizado pela Redes da Maré no âmbito do projeto *De Olho na Maré*⁴, observou-se que,

4 • O projeto De Olho na Maré publica boletins periódicos que permitem uma análise contínua de episódios de violência armada e violações de direitos na Maré. Vide, por exemplo, Redes da Maré 2023b, 2025a, 2025b. Mais informações podem ser obtidas em: <https://www.redesdamare.org.br/br/info/22/de-olho-na-mare>

entre 2016 e 2024, foram 215 operações policiais e 123 confrontos entre grupos armados, resultando em 1.036 violações de direitos registradas, incluindo cárcere privado, violência física, tortura, subtração de pertences, dano ao patrimônio, desaparecimento temporário, violência verbal, violência psicológica, invasão de casas ou estabelecimentos comerciais.

Um modelo não protetivo de segurança pública gera significativos impactos para a população e afeta especialmente crianças e adolescentes. Só em 2024, ocorreram 42 operações policiais com tiroteios e outras dinâmicas motivadoras do fechamento de escolas por 37 dias, afetando milhares de crianças e adolescentes. Em 90% das operações policiais realizadas neste ano, veículos blindados circularam nas proximidades das unidades de saúde, configurando uma barreira concreta e simbólica ao acesso da população a esses serviços (Redes da Maré, 2025a).

Já quanto aos grupos armados, apesar de, em 2024, não terem sido registrados episódios de confronto com armas de fogo entre si, foram contabilizados 158 episódios de disparos⁵ e sete mortes atribuídas a esses grupos (Redes da Maré, 2025b). Portanto, a atuação dos diferentes grupos armados mantém um padrão de letalidade e dissemina o medo no território, revelando o papel desses atores no contexto da violência armada na Maré.

Além de alarmantes, **esses dados demonstram a participação de operações e ações das forças estatais de segurança na violência armada, especialmente em seus impactos sobre crianças, adolescentes, famílias e profissionais de unidades de saúde, escolas e outros serviços públicos**. Dados semelhantes podem ser encontrados no relatório *Educação Sob Cerco: as escolas do Grande Rio impactadas pela violência armada* (UNICEF, 2025). No estudo

5 • Segundo explica o Boletim Direito à Segurança Pública (Redes da Maré, 2025b), disparos de arma de fogo ocorridos fora do contexto de confrontos entre os grupos armados são, geralmente, propagados para o alto ou disparados por outras motivações para além do enfrentamento bélico.

realizado pelo UNICEF, Instituto Fogo Cruzado, GENI-UFF e CERES/UERJ, os tiroteios com participação das polícias representam parte significativa do número total de confrontos com arma de fogo no entorno de escolas. Esse padrão associado a possíveis violações de direitos e alta letalidade tem efeitos diretos (e negativos) sobre a vida cotidiana das crianças e espaços públicos que frequentam.

A recorrente violação de direitos e as altas taxas de letalidade, especialmente de adolescentes e jovens negros de localidades como a Maré, só são possíveis se acompanhadas de narrativas de estigmatização do território e de seus moradores. A ideia de que a favela é um espaço de violência, desordem, criminalidade e marginalidade não apenas desconsidera a diversidade social, cultural e política existente no local, mas também legitima práticas de segregação e políticas de controle que reforçam a desigualdade.

O rebaixamento do status de cidadania naturaliza o baixo investimento público nesses bairros e o recurso a medidas de repressão violenta. Nesse sentido, as favelas e periferias não apenas sofrem com a fragilidade de direitos, mas são sistematicamente tratadas como cenário de exceção, onde garantias constitucionais são suspensas em nome de uma suposta ordem pública.

As forças de segurança devem ser vistas como parte de um sistema de garantia de direitos, especialmente de crianças e adolescentes. Além disso, devem implementar práticas de integração à comunidade e trabalho coordenado com serviços essenciais. A vivência comunitária da Redes da Maré permite destacar que **não é realizado policiamento comunitário habitual no território, a despeito da presença de um Batalhão da Polícia Militar** na região⁶. As atividades tendem a se limitar às operações policiais, sem a realização de medidas de preservação ostensiva da ordem pública com o

6 • Historicamente, a instalação de um Batalhão da Polícia Militar pretendia ser comunitário para atuação na Maré, mas hoje não tem interação com o território. Isso somado à retirada de postos comunitários e a intensificação de “bases militarizadas” nas principais entradas à Maré. Distante de ter uma política de segurança que previna crimes e promova direitos, este formato de presença policial está muito mais preocupado em vigiar, controlar e punir esse território e seus moradores para proteger a cidade desse território que é sempre visto como violento.

intuito de salvaguardar a população e o espaço público, como ocorre em outros bairros da cidade, onde há uma prática de “proximidade” com a população.

Confrontos armados afetam diretamente a circulação cotidiana, interrompem o funcionamento de serviços essenciais e colocam em risco a vida de moradores. Há uma drástica suspensão da vida cotidiana de quem mora na Maré, quando comércio, transporte, unidades de saúde, escolas e outros serviços públicos e privados têm suas atividades suspensas.

Em meio a esse cenário devastador, **crianças são afetadas diretamente, não apenas em termos de riscos à vida e integridade física, mas com consequências diretas às suas perspectivas de vida – seu presente e seu futuro.** As consequências aparecem de forma contundente no campo educacional, com interrupções escolares que afetam diretamente o desempenho e a permanência dos alunos (CESeC, 2019b).

Na Maré, entre 2016 e 2023, as escolas permaneceram fechadas por 146 dias devido à violência armada. Isso equivale a 73% de um ano letivo perdido, além de comprometer o acesso à alimentação escolar e a estímulos fundamentais para o desenvolvimento infantil. Os impactos na saúde também afetam diretamente as crianças da Maré, no acesso a cuidados em saúde e imunização. **Apenas em 2024 foram 30 dias sem atendimento nas unidades de saúde, o que significa cerca de 8.715 atendimentos que deixaram de ser realizados, uma média de 290 atendimentos por operação** (Redes da Maré, 2025b).

2.2 Sobre a metodologia

Para compreender as barreiras e desafios enfrentados por famílias com crianças de 0 a 6 anos no acesso à saúde, em especial à imunização, considerando o impacto da violência armada no território da Maré, foi aplicada uma combinação de métodos quantitativos e qualitativos. Entre os métodos, incluem-se a articulação de bases de dados longitudinais, análise documental, grupos focais, observação

participante e revisão bibliográfica de estudos de referência sobre a violência armada e estratégias de políticas de saúde em territórios de favela. O levantamento multimétodo faz uso da estrutura organizacional de base comunitária da Redes da Maré focada no fortalecimento e acesso a direitos em mais de duas décadas de atuação.

Os **dados quantitativos** foram sistematizados a partir do cruzamento de dois bancos de dados sobre a vacinação infantil e sobre os registros de operações policiais, visando identificar eventuais correlações, no ano de 2024 e no primeiro semestre de 2025⁷:

- **Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI):** obtivemos, junto à Coordenação de Atenção Primária da Área Programática 3.1 (CAP 3.1), da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, os dados gerais de vacinação infantil na Maré no ano de 2024 e primeiro semestre de 2025, considerando tanto o número de doses de vacinas aplicadas entre as destinadas à primeira infância, quanto o número de crianças de 0 a 6 anos vacinadas.

- **De Olho na Maré:** extraímos registros de operações policiais e seus efeitos no funcionamento de unidades de saúde da Maré neste mesmo período. O De Olho na Maré, pesquisa realizada pela Redes da Maré, que desde 2016 documenta e sistematiza informações sobre ocorrências de violência e violação de direitos, sobretudo as perpetradas por agentes do Estado na Maré, gera um banco de dados de atualização contínua acerca desses números e dos impactos dessas ocorrências no território.

Quanto a **dados qualitativos**, buscou-se combinar abordagens participativas para construir um olhar multidimensional sobre as condições de acesso e percepções subjetivas dos impactos da violência na saúde da primeira infância. Especificamente:

- Foram realizados seis grupos focais entre março e agosto de 2025, para identificar os desafios enfrentados por famílias e profissionais da saúde no cotidiano da violência armada. Destes, um grupo reuniu Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das seis unidades de saúde da Maré e cinco grupos reuniram mulheres responsáveis por crianças na primeira infância (mães, gestantes, tias e avós) residentes na

7 • Este marco temporal foi definido considerando o ano corrente e o ano anterior à realização da pesquisa, concluída em setembro de 2025.

abrangência territorial de cada unidade de saúde, de modo a contemplar diferentes localidades e alcançar usuárias das 15 favelas da Maré⁸. O processo de mobilização contou com o apoio das unidades para garantir a diversidade dos perfis participantes⁹.

- Foram coletados relatos baseados na experiência e conhecimento prático acumulados por profissionais que atuam nos plantões de acolhimento sociojurídico e psicossocial da Redes da Maré em dias de operação policial, buscando reunir dados sobre práticas de cuidado e protocolos de atendimento e de segurança.

Para dar profundidade e fundamento sociopolítico às análises dos dados primários, foram utilizados como **dados secundários**:

- Pesquisas anteriores da Redes da Maré, como o diagnóstico *Primeira Infância na Maré* (2023), o *Boletim Direito à Segurança Pública na Maré* (2024) e o Inquérito Vacinal (2025),
- Bases oficiais como o DATASUS e os já mencionados registros do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).
- Revisão bibliográfica através de um processo de coletivização das análises com reuniões semanais da equipe de pesquisa, destinadas à discussão dos achados parciais, à revisão dos materiais sistematizados e, quando necessário, à reformulação dos aspectos metodológicos.

A triangulação de dados quantitativos, qualitativos e secundários possibilitou a integração de informações sobre a cobertura vacinal, a infraestrutura dos serviços de saúde e a frequência de interrupções de atendimentos decorrentes de operações policiais. Foram também exploradas percepções de atores sociais (famílias, profissionais e lideranças comunitárias) a partir de categorias analíticas específicas, como acesso aos serviços de saúde, impactos da violência, preconceitos e discriminações, qualidade e humanização do atendimento, saúde mental e apoio psicológico.

8 • Grupos (i) em Nova Maré, (ii) em Parque União e Rubens Vaz, (iii) em Vila do João e Vila do Pinheiro, (iv) em Morro do Timbau e Baixa do Sapateiro, (v) em Roquete Pinto e Praia de Ramos.

9 • Das 43 participantes de grupos focais, 32 se declaram pretas ou pardas. Das, ao menos, 42 crianças relacionadas a essas mulheres (mães, duas avós e uma tia), cuja idade foi informada, 33 estão na faixa de 0 a 6 anos.

3

Impactos da violência armada na saúde e imunização da primeira infância

Uma correlação fundamental a ser verificada consiste em considerar o efeito disruptivo da violência armada no funcionamento de unidades básicas de saúde do território, o que possibilitará identificar com maior precisão os desafios enfrentados por famílias moradoras da Maré no acesso à saúde para suas crianças de 0 a 6 anos, em especial à imunização disponibilizada no calendário de vacinação do Sistema Único de Saúde (SUS). O efeito direto de interromper ou atrapalhar o melhor funcionamento que as unidades podem oferecer cotidianamente é compreendido como um fator significativamente concreto que gera danos diretos e indiretos na saúde coletiva. Ademais, em sendo possível quantificar estas interrupções ou disrupções no funcionamento de unidades em termos de vacinações não realizadas ou de crianças não vacinadas, poderemos inferir, de forma objetiva, a extensão desses danos, de modo a determinar seu papel de determinante social da saúde.

É este percurso argumentativo que apresentaremos nas próximas seções, a partir de dados quantitativos coletados sobre a vacinação infantil e sobre os registros de operações policiais em 2024 e no primeiro semestre de 2025.

Imunização de crianças como prioridade máxima para a saúde coletiva

A vacinação é reconhecida mundialmente como uma das intervenções em saúde pública mais importantes e custo-efetivas, responsável pela redução significativa da mortalidade infantil e pelo controle de doenças infecciosas potencialmente letais (PLOTKIN, 2014; ANDRE et al., 2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, a cada ano, entre 2 e 3 milhões de mortes sejam evitadas por programas de imunização em todo o mundo (OMS, 2023).

No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, é considerado um dos mais abrangentes e exitosos do mundo, tanto pela oferta universal e gratuita de vacinas, quanto pela logística de distribuição em um território continental e de difícil execução. Reconhecido internacionalmente, o PNI foi responsável por conquistas históricas, como a erradicação da varíola, a eliminação da poliomielite em 1994 e a drástica redução de doenças como sarampo e rubéola (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013; HOMMA et al., 2023). A consolidação desse programa, que figura como referência internacional, reforça o princípio da equidade em saúde no Brasil, assegurando que crianças em diferentes regiões do país tenham acesso gratuito a imunobiológicos fundamentais.

Entretanto, a sustentação desse sistema exemplar tem enfrentado sérios desafios na última década, marcados pela queda progressiva das coberturas vacinais. A sobreposição de fatores – incluindo desinformação, hesitação vacinal, desorganização logística e, no caso da Maré, os impactos diretos da violência armada – tem produzido lacunas críticas na proteção coletiva. A redução de doses de vacinas habitualmente aplicadas implica em dezenas de crianças não vacinadas em tempo oportuno, acumulando habitantes suscetíveis e aumentando o risco de surtos em comunidades e grandes cidades.

A emergência global da pandemia de COVID 19 foi acompanhada por uma verdadeira sobrecarga de informações – e muita desinformação – que dificultou o acesso a fontes confiáveis e minou a confiança pública nas vacinas. Esse contexto abasteceu narrativas antivacinas e alimentou a hesitação, com consequências que ultrapassaram os imunobiológicos contra a COVID 19, repercutindo inclusive na cobertura de vacinas rotineiras em crianças em todo o mundo.

A queda das coberturas vacinais globalmente construiu um cenário preocupante, que levou a Organização Mundial de Saúde a declarar a hesitação vacinal como uma das dez maiores ameaças à saúde global, em 2019 (OMS, 2019).

No Brasil, a cobertura vacinal de crianças registra queda em 10 anos e, em 2023, nenhum estado conseguiu atingir a meta de cobertura para as quatro principais vacinas aplicadas até 1 ano de idade (IQC, 2025). Com isso, doenças outrora erradicadas no território brasileiro voltam a surgir, como é o caso do sarampo, cuja epidemia em 2018-2019 resultou em mais de 20 mil casos e dezenas de óbitos concentrados em áreas de baixa cobertura vacinal. Doenças como a coqueluche, a difteria e o tétano neonatal permanecem como ameaças concretas em contextos de baixa cobertura, especialmente em populações socialmente vulneráveis (ORENSTEIN E AHMED, 2017).

O atraso vacinal prolonga o período de vulnerabilidade das crianças em relação a infecções graves. O calendário vacinal da infância, desde a gestação até os seis anos completos, inclui vacinas contra poliomielite, sarampo, caxumba, rubéola, coqueluche, Haemophilus influenzae tipo b, pneumococo, meningococo, COVID-19 e influenza. Cada uma dessas vacinas representa uma barreira crucial para crianças contra doenças potencialmente letais ou altamente incapacitantes (WATT et al., 2009; BRYCE et al., 2005; O'BRIEN et al., 2009).

A não adesão ao calendário vacinal repercute de forma imediata e prolongada, comprometendo a saúde da criança (sujeitos de direitos plenos), mas de toda a coletividade. Afinal, um aspecto central da vacinação, especialmente em localidades com desafios de saneamento básico, como a própria Maré, é o papel da imunidade de rebanho.

A proteção coletiva ocorre quando uma proporção suficiente da população se encontra imunizada, reduzindo a circulação de agentes infecciosos e protegendo indiretamente aqueles que não podem ser vacinados — como recém-nascidos, imunossuprimidos ou crianças com contraindicações médicas. Estudos demonstram que surtos de sarampo, por exemplo, ocorrem justamente quando a cobertura vacinal cai abaixo de 95%, mesmo em comunidades onde a maioria das famílias adere ao calendário vacinal (FINE et al., 2011; PLANS et al., 2014).

Ou seja, quando as coberturas vacinais caem, o limiar necessário para a imunidade coletiva deixa de ser alcançado, abrindo espaço para surtos e epidemias. **A ausência de vacinação em uma única criança, portanto, não se restringe a um risco individual: ela fragiliza o tecido protetivo da comunidade. Especialmente em áreas de alta densidade populacional e de circulação intensa, como a Maré, a quebra da imunidade coletiva multiplica a vulnerabilidade.**

3.1

Como a violência armada impactou a vacinação de crianças na primeira infância em 2024 e 2025?

Primeiramente, buscou-se identificar se haveria uma queda na dispensação de vacinas e no número de crianças vacinadas no território em dias de operação policial. Para tanto, foram verificados os registros de vacinação em todos os dias do ano de 2024 e no primeiro semestre de 2025, para obter uma média da quantidade de vacinas dispensadas e de crianças vacinadas em dias comuns, em contraste com dias em que houve operações policiais em pelo menos uma favela do território.

Com a devida ressalva de que uma operação policial não implica, necessariamente, no fechamento de todas as unidades de saúde da Maré – visto que o território é extenso e, como demonstrado anteriormente, possui uma heterogeneidade no que se refere aos grupos armados e outras características internas – a análise dos dados buscou, ainda, entender se, mesmo com o funcionamento parcial ou total de unidades, ainda que fosse um dia de operação, haveria uma diferença na quantidade de vacinas aplicadas e crianças imunizadas. Desse modo, mais do que a mera correlação entre eventual queda da cobertura vacinal em virtude do fechamento das unidades da saúde, buscou-se identificar se, em havendo operação, a vacinação de crianças na primeira infância seria afetada por fatores diversos, por vezes indiretos, relacionados à atmosfera de apreensão instaurada pela violência armada.

a. Panorama da vacinação 2024 e 2025

O Quadro 1 estabelece os indicativos de vacinação no ano de 2024 e no primeiro semestre de 2025, por unidade de saúde da Maré, a partir da (i) quantidade total de doses aplicadas; (ii) quantas dessas doses foram aplicadas em crianças com até 6 anos de idade; e (iii) total de crianças em idade menor ou igual a 6 anos vacinadas. Considerando que, sobretudo no primeiro ano de vida, as crianças recebem mais de uma dose de vacina por mês de vida e, portanto, várias vacinas no mesmo ano/semestre, o número de crianças, que corresponde ao total de crianças distintas vacinadas no ano, sempre será menor que o de vacinas aplicadas.

Quadro 1 -

Panorama da vacinação 2024-2025 na Maré para crianças de até 6 anos

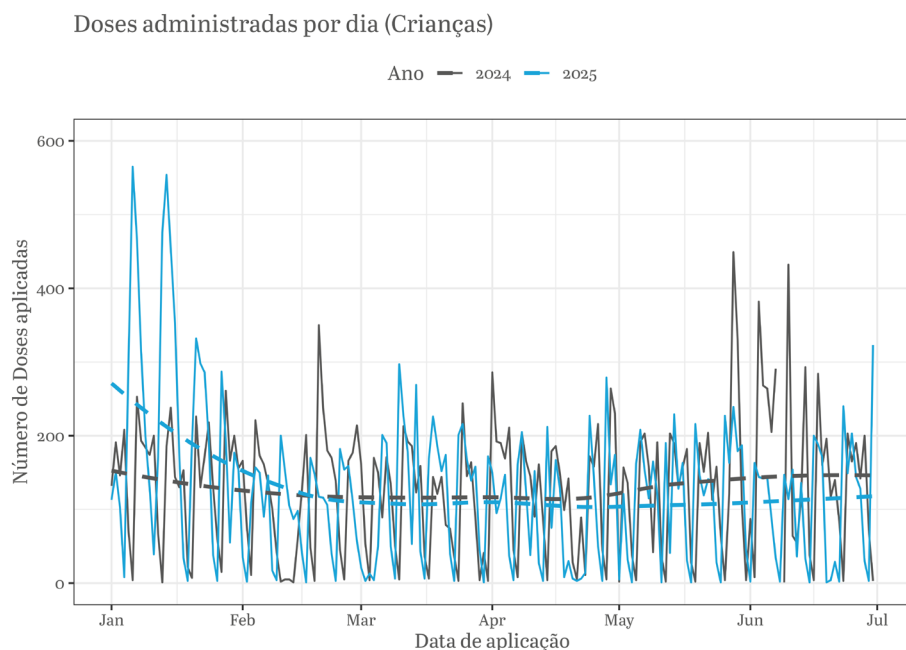
Ano	Clínica	Total de doses aplicadas	Total de doses aplicadas em crianças (até 6 anos)	Total de crianças vacinadas (até 6 anos)
2024	Adib Jatene	13.897	12.238	2.037
	Américo Veloso	4.883	4.063	867
	Augusto Boal	8.418	7.338	1217
	Diniz	8.064	7.130	1.184
	Jeremias	9.684	8.255	1.467
	Vila do João	10.318	8.969	1.544
	Todas	55.264	47.993	7.903
2025 (até 30 de junho)	Adib Jatene	6.638	5.349	1.005
	Américo Veloso	2.509	1.774	409
	Augusto Boal	4.631	3.647	702
	Diniz	3.994	3.241	656
	Jeremias	6.401	5.029	1.032
	Vila do João	4.794	3.953	885
	Todas	28.967	22.993	4.589

Fonte: Dados obtidos pelo SI-PNI a partir da SMS do Rio de Janeiro, CAP 3.1

Embora este estudo não pretenda desenvolver uma avaliação anual comparativa, a leitura do Quadro 1 aponta para uma regularidade na aplicação de vacinas nos períodos temporais de foco da pesquisa, considerando os números totais de 2024 como parâmetro para projetar as vacinações até o final de 2025. O Quadro 2 propicia uma leitura conjunta dos primeiros semestres de 2024 e 2025, onde as linhas tracejadas correspondem à média móvel do número de doses administradas por dia em cada ano. Assim, consideramos que, potencialmente, o ano de 2025 se encerraria alcançando montantes equiparáveis a 2024 de dispensação de vacinas em crianças na Maré.

Quadro 2 -

Comparação do número de doses administradas (e médias móveis) entre os primeiros semestres do ano de 2024 e 2025 na Maré.



Fonte: Dados obtidos pelo SI-PNI a partir da SMS do Rio de Janeiro, CAP 3.1.

Comparativo de doses aplicadas e crianças vacinadas em dias com e sem operação policial

Para identificar a relação entre operações policiais e cobertura vacinal, verificamos os dados agregados, cruzando o número de doses aplicadas em crianças de idade igual ou menor a 6 anos em todas as unidades de saúde, com registros de operações policiais em ao menos uma das 15 favelas da Maré, nos anos de 2024 e 2025.

Uma análise atenta a distintos graus de risco

Para constatar graus de alteração na média de doses de vacinas aplicadas em dias de operação policial, foram consideradas 4 categorias de dias que indicam, com cores, a classificação de risco para o acesso às unidades do território. Esta categorização foi inspirada na metodologia do programa Acesso Mais Seguro para Serviços Públicos Essenciais (AMS)¹⁰ (CICV, 2018), desenvolvida a partir dos protocolos de segurança do Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), com sua ampla experiência de trabalho em contextos de conflito e violência armada:

- Serviço Fechado (nível vermelho indica alto risco) - dias em que houve operação em alguma(s) favela(s) na Maré e pelo menos uma unidade de saúde estava “em vermelho” (fechou completamente).

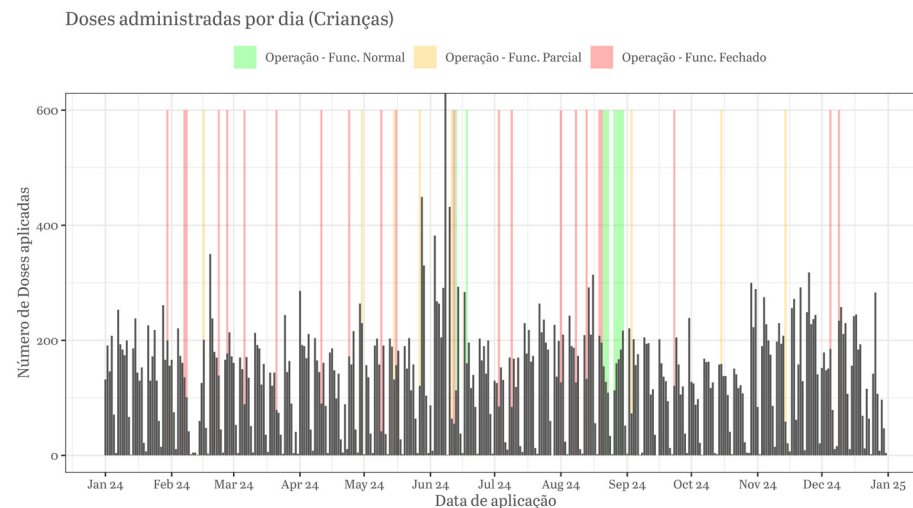
10 • O Rio de Janeiro aderiu ao Acesso Mais Seguro, em 2010, com unidades de saúde indicando medidas de prevenção conforme classificação de risco, sendo Nível Verde (risco baixo), não necessitando de ações específicas para sua mitigação; Nível amarelo (risco médio) risco de tiroteio no território, orienta-se suspender as atividades externas, e todos realizam atividades internas; Nível Laranja (risco alto) risco de tiroteio no entorno da unidade, a orientação é fechar unidades de serviços e cancelar atividades externas e internas temporariamente; Nível vermelho (risco crítico), risco de tiroteio em frente a unidade, orientação de fechar unidade de serviços e cancelar atividades externas e internas. Atualizações são feitas diretamente no painel da Subsecretaria Geral da Secretaria Municipal de Saúde, disponível em: https://subpav.org/aps/publico/acesso_mais_seguro/ (Acesso em 30 set. 2025).

- Funcionamento Parcial (nível amarelo indica médio risco) - dias em que houve operação em alguma(s) favela(s) na Maré e pelo menos uma unidade ficou “em amarelo” (fechou para atividades externas, mas manteve o funcionamento interno).
- Funcionamento Normal (nível verde indica baixo risco) - dias em que houve operação em alguma(s) favela(s) na Maré e nenhuma unidade fechou ou suspendeu as atividades externas.
- Dia regular (sem cor) - dias sem operação policial no território.

Nos Quadros 3 e 4 as linhas cinzas indicam a quantidade de vacinas aplicadas em cada dia,¹¹ apontando para uma variação que é regular em alguns casos, o que pode refletir calendários vacinais assim como a distinção entre dias da semana e finais de semana, e errática em outros casos, sugerindo a intercorrência de eventos atípicos. Já as faixas coloridas localizam no tempo os dias sinalizados com níveis de risco vermelho, amarelo e verde, em decorrência da realização de operações policiais na Maré.

Quadro 3 -

Doses aplicadas em crianças (0 a 6 anos) por dia no ano de 2025, considerando as situações de funcionamento das clínicas em dias de operação policial



Clínica	Situação de Funcionamento	2025				
		Número de dias	Doses administradas		Crianças vacinadas	
			Total	Média por dia	Total	Média por dia
Todas	Fechado (Vermelha)	7	148	21.1	71	10.1
	Parcial (Amarela)	0	175	-	71	-
	Aberta (Verde)	4	307	76.8	130	32.5
	Final de Semana	52	1512	29.1	719	13.8
	Dia bissexto	0				
	Dia Regular	118	20851	176.7	8853	75.0

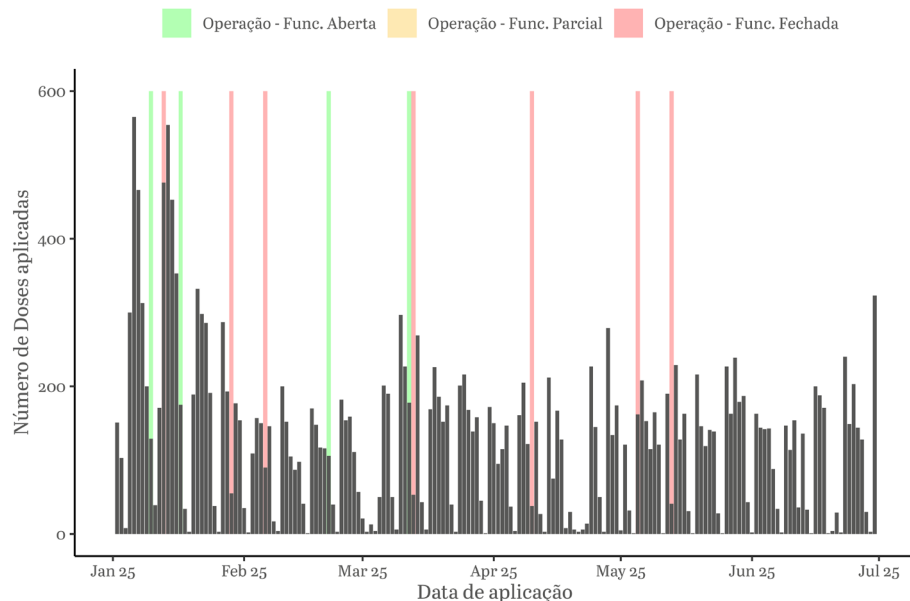
Fonte: Dados de doses administradas obtidos pelo SI-PNI a partir da SMS do Rio de Janeiro, CAP 3.1. Dados de ocorrência de operações e situações das unidades de saúde obtidos pela Redes da Maré.

11 • Os dias, nos quadros 3 e 4, foram classificados de acordo com as categorias de cores indicadas, a partir da ocorrência de pelo menos uma clínica em cada situação de funcionamento durante operações policiais. Para apresentar esses dados em forma de histograma, foram mantidos os registros de finais de semana (ainda que sem atendimentos) permitindo uma análise cronológica.

Quadro 4 -

Doses aplicadas em crianças (0 a 6 anos) por dia no primeiro semestre de 2025, considerando as situações de funcionamento das clínicas em dias de operação policial

Doses administradas por dia (Crianças)



Clínica	Situação de Funcionamento	2024				
		Número de dias	Doses administradas		Crianças vacinadas	
			Total	Média por dia	Total	Média por dia
Todas	Fechado (Vermelha)	22	440	20.0	196	8.9
	Parcial (Amarela)	13	567	43.6	248	19.1
	Aberta (Verde)	8	406	50.8	185	23.1
	Final de Semana	101	5004	49.5	2523	25.0
	Dia bissexto	1	172	172.0	78	78.0
	Dia Regular	221	41404	187.3	19498	88.2

Fonte: Dados de doses administradas obtidos pelo SI-PNI a partir da SMS do Rio de Janeiro, CAP 3.1. Dados de ocorrência de operações e situações das unidades de saúde obtidos pela Redes da Maré.

Nos Quadros 3 e 4 é possível observar quedas significativas da vacinação em dias de operação policial no território, mesmo naqueles dias em que o funcionamento das unidades de saúde é mantido, incluindo das salas de vacinação (faixas verdes e amarelas). Um ponto importante para a leitura dos gráficos é que dias classificados em vermelho refletem situações em que pelo menos uma clínica foi fechada, apesar de outras clínicas que tenham se mantido em funcionamento. Por isso, os gráficos podem indicar quantidades relativamente altas de vacinas administradas em dias marcados em vermelho (o mesmo acontece para dias em amarelo).

Em 2024, foram 42 operações registradas, que contabilizaram 43 dias de impacto no território¹². Nos 221 dias em que não houve operação no território da Maré, a média de doses aplicadas por dia foi de 187,3 e a média de crianças vacinadas foi de 89. Em dias de operação policial, em que pelo menos uma das unidades fechou totalmente, o número médio de doses aplicadas cai para 20, enquanto o de crianças vacinadas cai para 9. É uma redução de mais de 90% no número de crianças vacinadas por dia, enquanto a queda de doses aplicadas sofreu uma redução de quase 90%. Isso representa uma redução média de 167,3 doses e 80 crianças não vacinadas por dia. Em outras palavras, a ocorrência de operações policiais impacta diretamente a cobertura vacinal local, interrompendo o acesso à imunização e ampliando o risco de vulnerabilidade sanitária na comunidade.

Esse dado por si só já aponta para um cenário bastante desafiador que poderia ser atribuído ao fechamento das unidades e das salas de vacinação. Entretanto, como indicado, nos dias sinalizados em amarelo ou verde, em que clínicas seguem em funcionamento total ou parcial, também há uma queda significativa na aplicação de doses e na imunização de crianças na primeira infância na Maré, o que sugere um efeito indireto ou difuso das operações sobre a incidência de vacinação na medida em que famílias se veem impossibilitadas de comparecer às unidades de saúde, mesmo que estas se mantenham em pleno funcionamento.

12 • A 16ª operação se estendeu por mais de 24 horas, desse modo, apesar de terem acontecido 42 operações no ano, foram contabilizados 43 dias de impacto nos serviços e vida dos moradores da Maré.

Nos dias sinalizados em amarelo, ainda em 2024, as unidades de saúde aplicaram em média 70,9 vacinas em cerca de 32 crianças, apontando uma queda de 62% na dispensação de doses e de 64% no número de crianças vacinadas. E, surpreendentemente, esse número é ainda menor nos dias em que há operação em algum ponto do território, mas que nenhuma unidade de saúde sequer fechou total ou parcialmente, i.e., nos dias sinalizados em verde, como nos casos em que a operação é realizada pontualmente sem comprometer o funcionamento de serviços. Nestes dias, houve uma queda de 82%, tanto no número de doses, quanto de crianças vacinadas.

Já no primeiro semestre de 2025 o cenário é bem parecido, demonstrando que esta não é uma situação pontual, mas o cotidiano do território. Nos 118 dias “regulares”, ou seja, dias em que não houve operação, a média de doses aplicadas por dia foi de 176,7 e a média diária de crianças vacinadas foi de 76. Em dias em que houve operação policial e em que pelo menos uma das unidades fechou totalmente, o número médio de doses aplicadas cai para 21,1, enquanto o de crianças vacinadas cai para 11. **É uma redução de 85% no número de crianças vacinadas por dia, enquanto a queda de doses aplicadas sofre redução de mais de 85%.** A redução média é de 155,6 doses e 65 crianças não vacinadas.

Quanto aos dias sinalizados em verde, em 2025, em que todas as unidades seguiram funcionando, mesmo que houvesse uma operação policial em curso em alguma favela da Maré, a redução também é significativa. O número de crianças vacinadas cai de 76 para 34, numa redução de 55% e o número de doses aplicadas cai de 176,7 para 70,8, reduzindo em 59% o total de vacinas dispensadas no dia. Houve apenas um dia que podemos considerar nível amarelo de risco, de acordo com a situação de funcionamento de uma das unidades de saúde, o que não permite cálculos comparativos, mas que ainda manifesta uma incidência reduzida de vacinação de crianças de 0 a 6 anos em relação ao que se realiza em dias regulares.

Os dados apresentados nesta seção demonstram que o modelo não-protetivo da política de segurança pública praticada no Rio de Janeiro impõe barreiras significativas de acesso à saúde e à imunização de crianças na primeira infância. Por um lado, operações policiais não apenas interrompem diretamente o trabalho das unidades de saúde, como a

longo prazo também podem prejudicar as metas nacionais de cobertura vacinal em áreas urbanas marcadas pela violência armada. Por outro lado, estas mesmas operações policiais apresentam obstáculos não tão explícitos, representados pela atmosfera de medo e tensão que restringe a circulação de moradores e profissionais, e o acesso às unidades de saúde para vacinar suas crianças, mesmo quando estas se mantêm em pleno funcionamento. Assim, somam-se aos impactos diretos das operações, estes outros efeitos, em que operações policiais dificultam ainda mais a proteção de crianças na primeira infância na Maré.

Transparência de cálculos: Como projetamos número de vacinas não aplicadas e de crianças não vacinadas?

Calculamos doses perdidas para 2024 usando como projeção as taxas de doses administradas em 2024 para dias regulares. Para isso, usamos a taxa de doses vacinais realizadas nos dias em que as clínicas estavam fechadas e a taxa de doses vacinais realizadas nos dias em que as clínicas tiveram funcionamento regular, excluídos os finais de semana.

Calculamos a diferença entre essas duas taxas (diferença = taxa no funcionamento regular – taxa no funcionamento vermelho), ou seja, calculamos a taxa média de doses que poderiam ter sido realizadas (ou acrescentadas) nos dias em que existiram operações e as clínicas ficaram fechadas. Essa diferença é a taxa de doses perdidas.

A partir daí, multiplicamos essa taxa média de doses perdidas pelo número de dias em que houve operação policial e as clínicas estiveram fechadas ou comprometidas (dias vermelhos ou amarelos). Assim, chegamos ao total de doses perdidas.

Fizemos o mesmo cálculo para estimativa do número de crianças que deixaram de ser vacinadas, após a extração do banco identificado nas clínicas. Agregamos cada uma das doses de vacinas aplicadas em cada criança, após identificá-las, e calculamos a média de crianças vacinadas em 2024 e assim sucessivamente, como anteriormente descrito.

b. Destaque para Clínica da Família localizada em área com maior número de operações

Desagregando os dados por unidade de saúde da Maré, é possível identificar uma disparidade acentuada em relação à Clínica da Família¹³, que mais sofreu fechamentos totais (ou a situação em vermelho) em dias de operação, em todo o conjunto de favelas da Maré. Essa disparidade decorre do fato de estar localizada em área com maior número de operações policiais no período analisado.

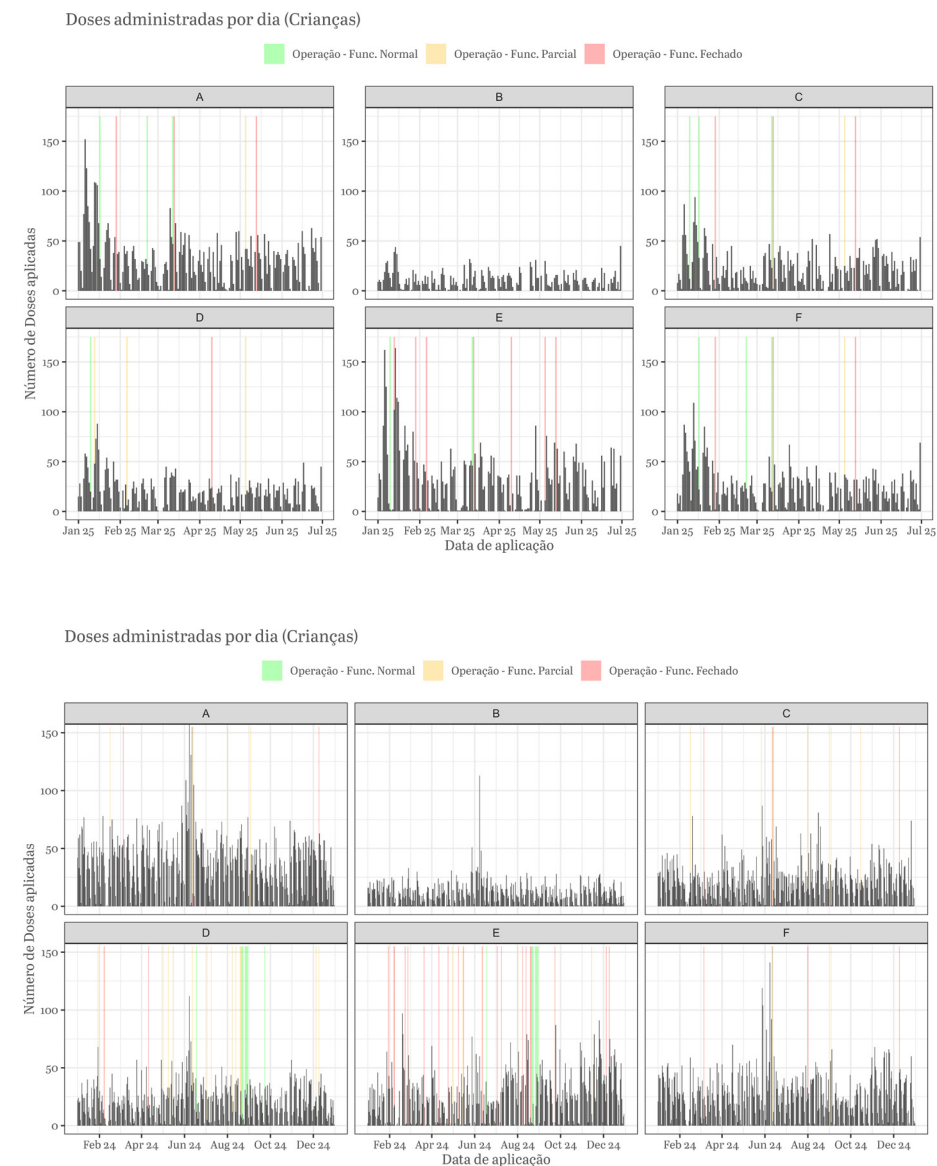
Dos 22 dias em que, pelo menos, uma unidade na Maré foi fechada em decorrência de operação policial em 2024, esta unidade esteve fechada em 20 destes dias. No primeiro semestre de 2025, foram 7 dias de funcionamento interrompido nesta mesma unidade, em decorrência de operação policial.

Quando observamos o Quadro 5, podemos perceber o impacto que isso tem na vacinação de crianças na primeira infância. Tanto o número de doses aplicadas quanto o de crianças vacinadas cai em 2/3 nos dias em que a clínica fica em vermelho e, portanto, é fechada. Esse fato demonstra que, mesmo quando a unidade de saúde tem que ser fechada em algum momento de um dia de alto risco, as equipes buscam fazer o atendimento possível ao reabrir, alcançando um número, ainda que baixo, de crianças vacinadas. Deste modo, reforça-se a situação de insegurança de profissionais e crianças que atinge todas as unidades da Maré, mas que é significativamente mais claro nessa unidade e território.

13 • Para evitar gerar estigmatização ou repercussões negativas a unidades de saúde da Maré – o que não é, absolutamente, o intuito desta pesquisa – esta clínica não será identificada nominalmente. O intuito, no entanto, é destacar a desproporcionalidade na qual uma unidade chega a ser impactada pela violência armada para demonstrar a correlação direta entre o foco das investidas da política de segurança pública em determinada região e o prejuízo acentuado no funcionamento da política de saúde desta mesma região.

Quadro 5 -

Comparativo de impactos da violência armada no funcionamento de unidades de saúde da Maré (doses administradas por dia no ano de 2025 para cada unidade, considerando as situações de funcionamento em dias de operação policial)



Clínica	Situação de Funcionamento	2024					2025				
		Nº de dias	Doses administradas		Crianças vacinadas		Nº de dias	Doses administradas		Crianças vacinadas	
			Total	Média por dia	Total	Média por dia		Total	Média por dia	Total	Média por dia
SMS Jeremias	Fechado (Vermelha)	20	214	10,7	107	5,4	7	116	16,6	51	7,3
	Parcial (Amarela)	5	49	9,8	23	4,6	0	-	-	-	-
	Aberta (Verde)	9	176	19,6	78	8,7	2	48	-	22	-
	Final de Semana	104	628	6,0	326	3,1	52	158	3,0	90	1,7
	Dia bissexto	1	40	-	22	-	0	-	-	-	-
	Dia Regular	227	7148	31,5	3418	15,1	120	4707	39,2	2016	16,8

Fonte: Dados de doses administradas obtidos pelo SI-PNI a partir da SMS do Rio de Janeiro, CAP 3.1. Dados de ocorrência de operações e situações das unidades de saúde obtidos pela Redes da Maré.

Ainda quanto à especificidade da localização desta unidade ser a mais afetada por operações policiais em 2024 e 2025, é sintomático que este seja o território com a maior população negra da Maré – uma média de 65% entre pretos e pardos, somando as favelas de abrangência da unidade, segundo o Censo Populacional da Maré (Redes da Maré, 2019). Em outras palavras, trata-se da área que, simultaneamente, mais sofre com o número e a intensidade de operações policiais e com o fechamento da unidade básica de saúde de referência.

Este fator racial é de grande relevância ao se verificar quais são os cidadãos mais afetados pela violência armada, não apenas como alvos diretos da letalidade policial (CESeC, 2024b), mas também por seus efeitos difusos e longitudinais no acesso à saúde e à imunização e, portanto, na expectativa e qualidade de vida. Consequentemente, **confirmando dados em saúde coletiva já amplamente disseminados que apontam para déficits em saúde da população negra (Min. da Saúde, 2021), na Maré esta população parece ser também desproporcionalmente afetada por cancelamentos de consultas, interrupções de tratamentos e descontinuidade de**

acompanhamentos em saúde de modo geral.

É fundamental destacar que as perspectivas de transformação deste cenário preocupante – enfrentado pelas unidades de saúde da Maré como um todo – passam pelo planejamento estratégico do poder público, com a integração de suas políticas setoriais, para evitar e/ou mitigar danos umas às outras. Especificamente, a política de segurança pública precisa estar alinhada com demais políticas sociais que garantam os direitos da população moradora da Maré, principalmente considerando a prioridade absoluta da criança preconizada constitucionalmente.

3.2 Como a violência armada impactou a vacinação de crianças na primeira infância em 2024 e 2025?

A violência armada deve ser vista como um determinante da saúde. Os confrontos com armas de fogo e as incursões violentas com base em um modelo não-protetivo de segurança pública se consolidam como uma das principais barreiras de acesso de moradores a cuidados em saúde. O atendimento efetivo, as orientações adequadas e o acompanhamento contínuo são prejudicados, desfeitando a garantia de direitos de crianças, adolescentes, familiares e da comunidade.

• Quanto à centralidade da barreira da segurança pública no acesso à saúde

Um dos impactos mais diretos de uma operação policial no direito à saúde, como já demonstrado, é a **paralisação total ou parcial das unidades** de saúde que envolvem serviços básicos como vacinação e acesso aos medicamentos. Nos grupos focais realizados, os relatos de moradores e agentes comunitários de saúde confirmam, de forma recorrente, que operações policiais e confrontos armados afetam diretamente o acesso às unidades de saúde, o que se desdobra em problemas de regularidade dos atendimentos, a continuidade dos tratamentos, a alimentação das crianças e o bem-estar físico e emocional das famílias.

Como também já indicado, mesmo quando o funcionamento de unidades de saúde é mantido, ou mesmo após o fim da operação e o restabelecimento das atividades, moradores relatam que evitam sair de casa seja por medo, trauma, sensação de insegurança, ou preocupação com a segurança de seus filhos, como exemplificado nos relatos abaixo:

Já perdi consulta por causa de dia de operação, aí você perde a consulta... Para marcar outra, não é assim, tem que esperar aquilo tudo de novo para ter a consulta. Já perdi consulta aí no hospital grande, lá fora, porque às vezes saiu o SISREG, como é que tu sai daqui em dia de operação? Eu não boto nem minha perna na rua porque eu não consigo correr. Então eu prefiro ficar lá. [grupo focal com responsáveis]

Eu já perdi consulta no meu médico agora porque tava dando operação para mim. Eu falei, “ah, não vou sair”. E deixar também as crianças sozinhas para sair... [grupo focal com responsáveis]

Neste contexto, a população vivencia um quadro de **inconstância no acesso a serviços de saúde em decorrência da violência armada impulsionada por operações policiais**, com frequentes cancelamentos de consultas, exames e procedimentos, o que se manifesta de forma extremamente prejudicial especialmente para gestantes, crianças pequenas e pessoas com doenças crônicas ou em tratamento contínuo.

Para profissionais da saúde, por outro lado, a reorganização de agendas para remanejar atendimentos gera sobrecarga para os dias subsequentes às operações policiais, o que se prolonga com a desistência de usuários levando, em última análise, a perdas de vínculo destes com os serviços de saúde. Essas intercorrências comprometem a capacidade e a qualidade dos atendimentos e impactam o acolhimento da população, além de **afetar a própria condição emocional e psicológica dos trabalhadores da saúde** que vivenciam a insegurança no seu exercício profissional, em especial os agentes de saúde.

Eu percebo que as pessoas chegam um pouco mais assustadas, em especial quando logo no dia seguinte, na semana da operação, elas chegam mais assustadas a qualquer barulhinho, então, o que foi? Vê você conversando com o outro, “o que está acontecendo? Está acontecendo alguma coisa?” Elas já ficam naquela, assim, com medo de acontecer alguma coisa, mas não desistem de ir até porque sabem que se você abrir mão, naquele momento que você marcou, você vai ter uma nova oportunidade daqui a dois meses, um mês, dois meses. Elas não abrem mão, mas chegam mais agitadas, mais preocupadas [grupo focal com ACS]

Hoje a gente tem alguns colegas até hipertensos por causa de operação. [...] como eu falei, da minha hipertensão, e aí ela estava falando para uma outra colega “eu também tive, e foi na época que fulano entrou aqui, você lembra e tal”. [grupo focal com ACS]

Em termos institucionais, esses impactos dificultam a regularidade dos serviços e **causam prejuízos na implementação de políticas públicas de saúde integral, preventiva e comunitária**. Isso decorre tanto da impermanência dos quadros de funcionários, quanto de históricos déficits estruturais e infraestruturais de favelas e periferias urbanas, que se manifestam na precarização dos serviços e na falta de medicamentos e insumos básicos na rede pública.

Especificamente quanto a como estas questões incidem sobre **cuidados em saúde infantil**, é de se destacar que o acesso à saúde na Maré apresenta desafios persistentes. Por um lado, segundo o diagnóstico da *Primeira Infância na Maré*, a ampla maioria das crianças na primeira infância possuem a Caderneta da Criança (segundo reportado por 96,7% das famílias), o que revela que o acesso a instrumentos institucionais importantes – principalmente em relação à vacinação, já que 92% das famílias afirmaram utilizá-la para essa finalidade (Redes da Maré, 2023a). No entanto, a posse da caderneta não significa, necessariamente, garantia de acesso integral ao sistema de saúde, considerando que 64,6% indicaram ainda enfrentar algum tipo de dificuldade para acessar serviços e equipamentos de saúde no território. Portanto, o acesso formal ou

cadastral não elimina os obstáculos concretos de deslocamento, atendimento qualificado e disponibilidade de serviços.

Este ponto foi corroborado durante os grupos focais, nos quais as participantes relataram que, no primeiro ano de vida, as crianças costumam receber acompanhamento mais frequente nos postos de saúde. Com o passar do tempo, porém, perceberam **redução na oferta de consultas e acompanhamento de rotina para crianças maiores e adolescentes**. Nessas situações, as famílias referiram recorrer a hospitais ou UPAs para atendimento, o que dificulta a continuidade do cuidado.

É que, geralmente, quando é bebê, quando é pequeno, até um ano, o posto, ele tem uma preocupação maior, até porque tem consulta direto, mas depois disso, até a adolescência, a saúde fica um pouco negligenciada. [grupo focal com responsáveis]

Quanto aos **prejuízos à imunização infantil**, especificamente, dificuldades em obter acompanhamento e orientação adequados, atribuídos aos desafios próprios das unidades e profissionais da saúde em um território marcado pela inconstância resultante da violência armada, resultam em alguns casos de atraso significativo no calendário vacinal, chegando a anos de defasagem:

Ó, eu tenho um filho que tem um problema de saúde, e ele não podia tomar as vacinas aqui, e nunca ninguém me falou onde ele podia tomar essas vacinas. Aí, quando eu fui para [uma unidade de saúde no conjunto de favelas da] Pedreira, eles iam entrar em contato com o pessoal do posto de saúde daqui, aí foram lá. Antes de eu chegar em casa, já tinha gente na minha casa me esperando, na minha porta, me esperando. Porque de lá, mandaram eu ir lá para o Rocha Maia para vacinar. Lá que me orientaram, meu filho ficou anos com vacina atrasada, tem vacinas que ele não tomou, passou da idade. Porque não podia tomar, porque ele não sabia se ele podia tomar vacina com vírus vivo, ele não podia por causa do problema dele, ele não podia tomar em qualquer lugar, lá no Rocha Maia ninguém nunca me orientou. Ele ficou anos... Tem vacinas que ele não tomou até hoje. [grupo focal com responsáveis]

E eu vi que quanto mais vulnerabilidade socioeconômica tem, assim, as pacientes que eu mais tenho problema com cartões de vacina são as mais vulneráveis. Porque quando eu vou pegar o cartão de vacina, é um monte de vacina atrasada. E geralmente são as mais vulneráveis, assim. Tipo não é à toa. [grupo focal com ACS]

Tudo isso leva a outro tema recorrente nos relatos, que é a sensação de que os atendimentos em serviços de saúde na Maré enfrentam maiores desafios se comparados com os serviços em outras áreas da cidade, como uma decorrência do contexto mais amplo da violência armada que precariza as possibilidades de cuidados em saúde na Maré. Falas como a ilustrada abaixo foram unânimes em todos os grupos focais, o que reitera a **percepção da exclusão social, discriminação racial e disparidade urbana** relativa ao acesso a direitos sociais por moradores de favelas.

E isso acontecia muito, na clínica da família, não querer tocar na gente. Isso era muito comum, nem avaliar. Da mesma forma que a polícia entra aqui. Que é lugar de preto favelado. [...] Para quê que tem que levar cuidado nesse lugar? Já está marginalizado. Como é que eu vou dar atendimento para esse espaço? Ou atender com carinho? Atender com qualidade? E não generalizando, dizendo que são todos profissionais. Pelo contrário, a gente encontra pessoas como o [profissional médico de uma unidade de saúde], que podem ser muito boas. Mas como que isso acaba dando mentalidade a esses profissionais muitas vezes. [grupo focal com responsáveis]

• Quanto ao adoecimento e deterioração da saúde física e mental causados pela violência armada

Sabemos que o convívio com episódios frequentes de violência armada gera medo e expõe tanto moradores quanto profissionais de saúde a riscos constantes e os efeitos de viver com medo e tensão se manifestam de forma objetiva e subjetiva (Costa et al., 2022).

Na Maré, a pesquisa Construindo Pontes (Redes da Maré, 2019) identificou efeitos da violência sobre a saúde de moradores, com 20% dos participantes nomeando formas nas quais acreditam que o contexto

de violência no território afetou sua saúde física e 31% a saúde mental e emocional. Os principais problemas apontados foram hipertensão arterial (30% dos relatos) e doenças osteoarticulares, como problemas de coluna (23%), no primeiro caso, e episódios depressivos (26%) e ansiedade (25,5%), no segundo.

Entre os moradores que vivenciaram situações de violência de forma direta, como estar em meio a tiroteios, os relatos de impactos na saúde foram mais frequentes. Nesse grupo, 44% afirmam que sua saúde mental foi prejudicada, sendo que 12% mencionam ter tido pensamentos de suicídio e 30% relatam pensamentos sobre morte. Os efeitos aparecem também no corpo, com 29% percebendo danos na saúde física – como dificuldade para dormir (44%), perda de apetite (33%), náuseas e mal-estar no estômago (28%), além de calafrios e problemas de digestão (21,5%).

Esses dados corroboram a experiência dos atores sociais que vivem o território no enfrentamento à violência de Estado. Profissionais da Redes da Maré que, rotineiramente, realizam buscas ativas para documentar casos de violações de direitos após operações policiais (no âmbito do mencionado Projeto De Olho na Maré), percebem as marcas corporais e emocionais destas tanto nos moradores quanto nos profissionais de saúde que atuam na Maré.

As falas coletadas apontam que as **operações policiais também atravessam de forma incisiva a infância, produzindo nervosismo, ansiedade e comprometendo processos de aprendizagem**. E mães, em especial, compartilharam como a violência cotidiana extrapola a dimensão física, **atingindo o desenvolvimento integral das crianças** e reverberando em outras esferas da vida.

Então, sobre isso, eu acharia que tinha que ter um grupo psicológico na escola. Ainda mais no dia de operações. Hoje, as operações estão bem leves, em vista de antes. Mas aí tem vezes que tinha aquela operação super pesada, muito tiro, corre aqui, um corpo aqui, as crianças viam aquilo e no outro dia, geral assim indo para a escola, nada aconteceu e chega e volta a rotina bonita da escola, assim, sabe? Tem um grupo que... então eu sempre falei, nos nossos encontros, que eu sempre falo que a gente tem esse privilégio, né? De ter uma operação, no outro

dia a gente se encontra todo mundo fala as suas experiências sabe? Bota aquilo para fora, às vezes entra um policial na minha casa e as são acordadas junto com polícia na sua porta e te xingando. [grupo focal com responsáveis]

Para as participantes, o cuidado psicológico é visto como elemento essencial da saúde, não restrito a quadros clínicos, mas necessário para lidar com as condições cotidianas da vida no território. Isso reforça os resultados do diagnóstico *Primeira Infância nas Favelas da Maré* (Redes da Maré, 2023a), que mostrou que crianças moradoras da Maré são expostas a um legado de trauma intergeracional, especialmente nas áreas mais atingidas por confrontos armados. **Mais de 10% das crianças que têm entre 0 e 6 anos já presenciaram a violência policial em seis favelas do território**. No entanto, nenhuma das 15 favelas da Maré está livre dessa realidade. Quanto aos impactos da violência sobre as crianças, os dados apontam: 62,0% dos responsáveis relatam que as crianças ficam assustadas; 8,6% agressivas; 24,4% agitadas e 16,3% apresentam tristeza.

Nas escolas, de acordo com a mesma pesquisa, **profissionais da educação relatam que, os alunos manifestam sentimentos de medo e aflição cotidianamente e apresentam mudanças de comportamento e dificuldades de concentração, sobretudo após episódios de tiroteio**. No momento do brincar, muitas carregam uma forte tensão, reproduzem atitudes relacionadas à violência e falam ativamente sobre essas experiências. Além disso, a perda de aulas devido a operações policiais que levam escolas a suspenderem suas atividades – assim como unidades de saúde – agrava ainda mais os prejuízos em seu desenvolvimento.

A primeira infância representa um momento crucial para ações voltadas à saúde física e mental, já que é nessa etapa que as crianças estão desenvolvendo suas competências psicomotoras, cognitivas e socioemocionais que, juntas, determinam diferentes habilidades ao longo da vida (VASCOVI et al, 2022). Nesse contexto, é fundamental compreender como questões sociais estruturais atravessam diferentes etapas da vida, desde a gestação e os acompanhamentos pré-natais frequentemente interrompidos pelas condições do território, em meio à imprevisibilidade da violência e à insegurança cotidiana, ampliando o risco de desfechos perinatais negativos.

- **Quanto à intensificação interseccional das barreiras de acesso à saúde**

As manifestações de violência não podem ser analisadas de forma isolada, pois estão diretamente vinculadas à violência estrutural que atravessa a sociedade brasileira e sustenta profundas desigualdades. Essa forma de violência, muitas vezes naturalizada, repercute nas condições de vida da população e encontra raízes na própria conformação histórica, política, econômica, social e cultural do país. Seu impacto se revela de modo ainda mais contundente nos territórios urbanos marcados pela desvalorização e pelo estigma, como é o caso das favelas do Rio de Janeiro (MINAYO, 2013).

Sob essa ótica, os relatos indicam que a ausência de articulação entre a política de segurança pública e as demais políticas setoriais no território gera descompassos que agravam as desigualdades e aprofundam a violação de direitos, que vai desde a exposição direta à violência urbana até as consultas de saúde e o atraso vacinal.

Durante os grupos focais realizados para esta pesquisa, os relatos de participantes mostram que raça e território se entrelaçam nas experiências de acesso à saúde. Ainda que o racismo não apareça de forma explícita, ele se expressa de modo indireto, somado a preconceitos sobre corpo, território e condição social, resultando em atendimentos ainda mais precários. As participantes reforçam em suas falas como o acesso aos serviços de saúde no território é marcado por desigualdades e descontinuidades, especialmente no acompanhamento de gestantes, crianças e pessoas com condições específicas de saúde.

O recorte de gênero também é central, ainda que permeado de distinções nos padrões de acesso à saúde entre homens e mulheres. Pesquisas apontam que mulheres registram maiores chances de adoecimento do que os homens na Maré (Redes da Maré, 2019 e 2022). Especialmente quando mães, a **posição social das mulheres, que assumem de forma predominante tanto o sustento material quanto o cuidado cotidiano, amplia ainda mais suas suscetibilidades a agravamentos em saúde**. Isso significa que, para além das demandas da gestação, recai sobre elas a sobrecarga de garantir a sobrevivência e a proteção das crianças, especialmente nos primeiros

anos de vida. Esse acúmulo de funções intensifica a pressão emocional e amplia os riscos de adoecimento, configurando um ciclo de vulnerabilidades que atravessa a gestação e se prolonga na infância de seus filhos. Essas dificuldades não cessam com o fim da gravidez, mas se estendem para a experiência da maternidade, sobretudo na primeira infância.

Partindo da perspectiva de que a Maré é um território majoritariamente composto por mulheres pretas e pardas, é fundamental analisar os processos de adoecimento e sofrimento mental também a partir de uma perspectiva racial, assim como de gênero (Passos, 2023). Nos grupos focais, algumas mulheres relataram como a violência cotidiana atravessa seus corpos e intensifica condições já existentes.

[...] eu faço tratamento para pressão, a minha pressão a mínima é alta, a mínima é alta. A gente tenta, tenta lutar para conseguir controlar, mas nunca conseguimos, ainda não descobrimos um motivo para investigar. Então, às vezes eu percebo no meu corpo, eu sinto que a minha pressão está, sabe? Devido às situações que a gente passa na comunidade e, às vezes, eu me sinto mal, eu me controlo, não vai dar tudo certo. [grupo focal com responsáveis]

Diante dos desafios abordados, os profissionais também compartilharam suas estratégias para alcançar os públicos que enfrentam maiores desafios de continuidade no cuidado, devido ao vínculo rompido com as unidades de saúde em decorrência das questões territoriais discutidas.

A estratégia que a gente tem utilizado é realmente pegar a maleta, que agora a gente tem uma maleta e fazer na casa. A enfermeira, o médico, ele vai fazer a puericultura na casa, ele vai fazer o pré-natal na casa. Já que ela não vem, a gente vai até elas. Essa é a estratégia que a gente está utilizando muito, como a vacina que a gente já está em fazer na casa da paciente. Leva o cooler, leva gelox, leva tudo e vai saber lá. Então a gente está levando até elas. Essa é a melhor estratégia que a gente está tendo agora, sem pré-natal não vai ficar, a gente vai atrás. [grupo focal com ACS]

Um modelo protetivo de segurança pública deve levar em conta as interseccionalidades por meio das quais crianças, adolescentes e mães são mais vulnerabilizadas em virtude de marcadores sociais de gênero e raça. Meninas e mulheres, por um lado, e pessoas pretas e pardas, por outro, tendem a ser vítimas preferenciais das diversas formas de violência, inclusive dos impactos da violência armada.

Corpos Negros, Territórios Cercados

O “racismo institucional” consiste na reprodução sistemática de práticas, normas e rotinas de instituições públicas e privadas que perpetuam desigualdades no acesso a direitos e padrões de violação de direitos contra um grupo cujo marcador distintivo é a raça/etnia. O “racismo institucional” é a manifestação nas instituições públicas e privadas do “racismo estrutural”, termo utilizado para reconhecer a persistência histórica de práticas, normas e rotinas de discriminação, violação de direitos e violência contra um grupo étnico-racial na estrutura de valores e lugares de poder de uma sociedade. Para importantes autores das Humanidades no Brasil, o passado colonial do país se atualiza por meio de dinâmicas neocoloniais de opressão e segregação contra as populações negras e periféricas no século XXI (ALMEIDA, 2019).

Sueli Carneiro (2023) aponta que o racismo deve ser entendido como uma tecnologia de organização social que define quais vidas terão seus direitos assegurados, criando uma lógica de invisibilidade para as necessidades das populações negras e faveladas, enquanto reforça estigmas que justificam sua marginalização. No contexto específico de favelas, essa lógica opera como uma tecnologia de poder que legitima a violência e a precarização da vida, o que Achille Mbembe (2008) chama de “necropolítica”: a decisão de quem pode viver e quem deve morrer.

Em territórios de favelas e periferias urbanas como um todo, onde predomina a população negra (composta por pretos e pardos, segundo a classificação do IBGE), as injus-

tiças sociais, territoriais e raciais se sobrepõem entre si em um “padrão interseccional”. Conforme acusam referências do feminismo negro, quando o racismo se soma à violência e à negligência do Estado, estamos diante de “intersecções letais”, que geram consequências particularmente graves e, muitas vezes, fatais para grupos marginalizados, sobretudo homens e mulheres negras (COLLINS, 2024).

O contexto de violência armada na Maré explicita os processos institucionalizados de violações de direitos e violência historicamente vitimizadores das populações negras. O reconhecimento de padrões permite a reversão de suas práticas, especialmente nas áreas de segurança pública e saúde.

Considerações Finais: violência, racismo e atraso vacinal

O território da Maré possui amplo histórico de engajamento comunitário e forte atuação de organizações locais da sociedade civil. Essas redes territoriais, no entanto, convivem com práticas de violação de direitos e violência contra crianças, adolescentes, famílias e profissionais dos serviços básicos, especialmente sob o impacto da violência armada. Os achados deste estudo territorial apontam para significativas formas pelas quais a violência armada representa barreira relevante para o acesso à saúde e a imunização de crianças, adolescentes, gestantes e mães na Maré.

A população residente na Maré convive com um contexto de violência armada ensejador de recorrentes violações de direitos e vitimização violenta, inclusive de crianças e adolescentes. A presença de grupos armados estabelece uma atmosfera tóxica de controle e coação, onde o acesso a serviços e a garantia de direitos não são plenamente possíveis. Já a política de segurança pública, na contramão de uma abordagem pautada pelos direitos humanos, utiliza primordialmente operações policiais motivadoras e majoradoras de confrontos com armas de fogo de alta intensidade e frequência. Nem mesmo a presença de batalhões e bases policiais parece assegurar a confiança e a sensação de segurança esperadas pela população.

Os índices de violência letal contra adolescentes e jovens negros com a participação das forças estatais de segurança, assim como a recorrência de operações policiais em regiões da cidade de população majoritariamente negra e pobre sugerem um padrão de racismo institucional agravado pela pobreza. No cenário analisado, o racismo institucional também se traduz na dificuldade do acesso à saúde e à imunização por parte de crianças na primeira infância.

O uso sistemático em um mesmo território, como a Maré, de práticas violadoras de direitos e altamente vitimizantes, inclusive de crianças e adolescentes, revela a urgência da adoção de modelos protetivos de segurança pública, associados a serviços públicos,

como a saúde, capazes de efetivar direitos sociais. Baixo orçamento, despriorização e alta rotatividade de profissionais nesses mesmos territórios confirmam padrões de racismo institucional por meio dos quais grupos historicamente marginalizados permanecem distantes das oportunidades de reconhecimento, inclusão e ascensão sociais.

Casos de mortes evitáveis, adiamento de atendimentos médicos e traumas psicológicos se multiplicam em meio a operações policiais, **evidenciando que a política de segurança pública funciona como determinante social da saúde**. Portanto, analisar o acesso à saúde na Maré implica reconhecer que não há neutralidade institucional: **a violência armada e a seletividade racial operam como barreiras concretas ao exercício da cidadania**. A experiência cotidiana de crianças na primeira infância mostra que a vida na favela é atravessada pela violência e pela constante negação do cuidado e da proteção integral.

Por isso, reconhecer as interseções entre violência, racismo e atraso vacinal nesse contexto é fundamental para pensar políticas públicas que não apenas garantam o acesso formal à saúde, mas que enfrentem as condições estruturais que transformam esse direito em privilégio. Para tanto, é preciso superar o suposto conflito entre prioridades das políticas setoriais – e de diferentes esferas de governo responsáveis por suas gestões – que levam a falhas do Estado ao garantir um direito fundamental em detrimento de outro.

Na Maré, o fenômeno da não imunização não pode ser interpretado isoladamente como uma questão de hesitação vacinal. Ao contrário, relatos de moradores e profissionais da saúde revelam que a maioria das famílias valoriza as vacinas e reconhece sua importância, o que difere de contextos globais em que a recusa vacinal se associa à desinformação ou a movimentos antivacina (LARSON et al., 2014). Os principais obstáculos estão no vínculo das famílias com as unidades de saúde e no efetivo acesso às vacinas - fatores diretamente agravados pela violência armada, sobretudo as operações policiais que, como exposto, interrompem o funcionamento de unidades de saúde, limitam a circulação de famílias e provocam medo na população.

As consequências da não imunização e do atraso vacinal na Maré

são múltiplas e interdependentes: ampliam riscos epidemiológicos, comprometem a saúde infantil e materna, sobrecarregam economicamente o SUS e as famílias e reforçam desigualdades estruturais. Além dos evidentes danos à coletividade e a indivíduos, quando o acesso à saúde é sistematicamente interrompido pela violência, produz-se um efeito simbólico de desamparo, em que mães e cuidadores percebem que a vida de suas crianças vale menos que a de outras e reforça estigmas sociais. Para muitas famílias, a impossibilidade de vacinar seus filhos significa não apenas risco biológico, mas a confirmação da desigualdade e da violência de Estado.

5

Recomendações para Políticas Públicas

Nenhuma situação em que a violência armada coloque em risco o direito à saúde e ameace a vida de crianças e adolescentes pode ser naturalizada ou tolerada. Seus efeitos recaem não apenas sobre usuários dos serviços, mas também sobre gestores, profissionais e famílias, comprometendo a integralidade e a continuidade do cuidado. Todas as formas de violência precisam ser enfrentadas a partir de uma política de tolerância zero. UNICEF e Redes de Desenvolvimento da Maré apresentam, a seguir, recomendações e ações concretas para superar o desafio de proteger a rede de saúde dos impactos da violência armada.

1. Enfrentar e reduzir a violência armada e seus efeitos sobre crianças, adolescentes e as famílias e profissionais da saúde

Crianças, adolescentes, pais e profissionais de saúde enfrentam todos os dias os efeitos da violência armada. O controle territorial por grupos armados constrói um ambiente de domínio, coação e violação de direitos, especialmente para a infância e a adolescência. Por outro lado, as incursões violentas das forças de segurança têm promovido confrontos com armas de fogo. Os tiroteios põem em risco a vida dos moradores do conjunto de favelas da Maré e dificultam o acesso a serviços básicos. Assegurar a acessibilidade às unidades de saúde é essencial para a garantia de direitos, especialmente de crianças e adolescentes. O uso do confronto armado em intervenções territoriais por forças de segurança deve ser a exceção, sobretudo quando não reduz a influência de organizações criminosas e compõe o rol de motivos para a sensação de insegurança da população.

Nenhum nível de violência armada que impacte o acesso à saúde de crianças e adolescentes deve ser tolerado. A Atenção Primária à Saúde tem papel central na prevenção e resposta às violências, seja pela identificação precoce, acolhimento, notificação, acompanhamento contínuo ou articulação com outros setores, sendo fundamental para proteger crianças e adolescentes e assegurar seu desenvolvimento pleno.

2. Ampliar a oportunidade vacinal em espaços intersetoriais por meio de um sistema combinado de cuidado

A ampliação da oferta vacinal em espaços intersetoriais fortalece a capilaridade da APS e do SUS, reduz barreiras de acesso e responde às vulnerabilidades que aumentam o risco de atraso vacinal. A vacinação em escolas aproveita a rotina escolar; nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), articula-se ao acompanhamento de famílias em maior vulnerabilidade social; e nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) integra-se ao trabalho com crianças e adolescentes em contextos de violência e violação de direitos.

Recomenda-se implementar modelos combinados de cuidado - incluindo a estratégia Vacina na Escola alinhada ao Programa Saúde na Escola (PSE), pontos comunitários do SUAS, equipes móveis e visitas domiciliares para garantir vacinação em áreas onde a violência armada limita o acesso à rede de saúde.

A adoção de ferramentas de inteligência em saúde, como a plataforma GeoVacina, desenvolvida pela Superintendência de Vigilância em Saúde em colaboração com o Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE), vem fortalecendo a busca ativa de crianças com vacinas em atraso nas Clínicas da Família e nos Centros Municipais de Saúde e deve ser expandida e consolidada. O fortalecimento da APS é fundamental para integrar essas estratégias no cotidiano dos territórios, garantindo que a vacinação esteja articulada com o cuidado contínuo das equipes de saúde da família.

Para ampliar seus impactos, é essencial fortalecer e valorizar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que, por seu contato direto com as famílias, identifica atrasos vacinais, articula encaminhamentos e traduz os dados da plataforma em ação concreta no território.

O fortalecimento da APS, da articulação intersetorial, dos modelos combinados, da atuação dos ACS e do uso do GeoVacina configuram um conjunto robusto de estratégias para ampliar a cobertura vacinal e enfrentar os desafios impostos pelas desigualdades sociais e pela violência armada nos grandes centros urbanos.

3. Criar e fortalecer instâncias permanentes de governança compartilhada nos três níveis federativos entre segurança, justiça, e a rede de proteção, incluindo a saúde, contemplando o funcionamento da rede de saúde nos territórios afetados pela violência armada

A interdependência entre segurança e saúde precisa ser reconhecida. As unidades de saúde devem ser espaços protegidos, e para isso é urgente a articulação entre as autoridades de segurança e saúde para que a atuação em uma esfera não comprometa o funcionamento da outra. O Estado tem a capacidade de mitigar significativamente o uso de incursões ensejadoras de confrontos com arma de fogo sem comprometer o enfrentamento aos grupos armados.

Governos e sistema de justiça devem criar e manter espaços de coordenação entre as forças de segurança e os segmentos de proteção à criança, como a saúde. Esses espaços devem desenhar e monitorar indicadores de impacto das operações e ações policiais e do controle territorial armado sobre o funcionamento das unidades, a saúde mental e a vida das equipes de saúde, e o acesso e o uso dos serviços, programas e políticas de saúde nos territórios. O trabalho intersectorial ainda deve ter como objetivo a promoção de uma noção mais ampla e protetiva de segurança pública.

4. O impacto da violência armada sobre crianças, adolescentes, famílias e profissionais dos serviços deve ser incorporado ao planejamento e à execução das políticas de saúde

A violência armada não é assunto só de segurança pública; exige resposta intersectorial da rede de proteção. A Saúde deve conhecer o problema a partir do seu ponto de vista programático e de gestão, tanto para adaptar suas práticas a essa realidade, quanto para participar e interferir no debate mais amplo de sua superação.

Recomenda-se que o Ministério da Saúde incorpore a violência armada, de forma transversal e estruturante, à Programação Anual da Saúde (PAS) federal e aos processos de Programação Pactuada com estados e municípios. Essa inclusão deve orientar o planejamento nacional, o apoio técnico e financeiro aos entes federados e o fortalecimento das redes de atenção nos territórios afetados, reconhe-

cendo a violência armada como determinante social da saúde que compromete a oferta e a continuidade dos serviços.

No âmbito da PAS, propõe-se estabelecer diretrizes para articulação intersetorial, produção e monitoramento de informações e indução de planos, programas e políticas voltados à prevenção, mitigação e enfrentamento dos impactos da violência armada. Trata-se de torná-la uma das prioridades estratégicas do SUS, atravessando atenção primária, saúde mental e vigilância, e ancorando decisões de planejamento, financiamento e monitoramento para garantir respostas específicas e sustentáveis em territórios afetados pela violência armada.

5. Implementar e ampliar protocolos de resiliência em serviços e comunidades

A violência armada impõe a crianças, adolescentes, famílias e profissionais de saúde uma rotina de eventos disruptivos e violentos. Confrontos com arma de fogo e operações policiais de larga escala afetam o acesso e o uso dos serviços pela comunidade. Embora urgente, a superação desse estado de coisas não ocorrerá imediatamente. Protocolos de resiliência e medidas de segurança mitigam riscos e reduzem danos. Tais programas precisam considerar o território, evitar a estigmatização das populações locais e respeitar suas especificidades. Além disso, as respostas devem reconhecer e priorizar a primeira infância e a população negra, que sofrem impactos desproporcionais e demandam medidas afirmativas e abordagens antirracista. Um exemplo de medida simples, porém eficaz, é a presença mandatória de ambulâncias em operações policiais.

6. Desenhar e implementar um modelo integrado de reparação de serviços e da comunidade

A reparação a crianças, adolescentes, famílias e profissionais pelos danos sofridos deve ser objeto de programas, planos e políticas em nível municipal, estadual e federal, garantindo acesso à justiça, saúde, assistência social e compensação pecuniária. Devem receber atenção prioritária e medidas afirmativas a primeira infância e a população negra, considerando o impacto diferenciado da violência armada. Todos os níveis de governo devem elaborar planos de ação

antirracistas e de reparação aos serviços públicos e comunidades atingidas. As secretarias de Saúde devem prever medidas de reparação a usuários, equipes e estruturas, incluindo remarcação de consultas canceladas, busca ativa das famílias que perderam atendimentos, apoio psicossocial a usuários e profissionais e organização do SISREG, garantindo a continuidade do cuidado.

Recomenda-se, como referência municipal, a implementação do Programa de Atenção Psicossocial às Vítimas da Violência Armada (Lei nº 8.464/2024, Art. 1º), assegurando atenção integral, continuada e diferenciada às crianças, adolescentes e pessoas negras afetadas, com articulação entre saúde, assistência social, educação e redes comunitárias, fortalecendo a proteção, o acompanhamento psicossocial e a mitigação dos impactos da violência.

Referências

ALMEIDA, S. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen, 2019.

ANDRÉ, F. E.; BOOY, R.; BOCK, H. L. et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 86, n. 2, p. 140–146, 2008. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.07.040089>.

AVELAR, A. (org). Contribuições para a defesa dos direitos da população negra: conhecendo a Convenção Interamericana contra o racismo, a discriminação racial e formas correlatas de intolerância. Rio de Janeiro: Criola e Raça & Igualdade, 2024.

BRYCE, J.; BOSCHI-PINTO, C.; SHIBUYA, K.; BLACK, R. E. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*, 2005.

CARNEIRO, S. Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

CAUSEY, K.; FULLMAN, N.; SORENSEN, R. J. D. et al. Estimating global and regional disruptions to routine childhood vaccine coverage during the COVID-19 pandemic in 2020: a modelling study. *Lancet*, 2021.

CENTRO DE ESTUDOS DE SEGURANÇA E CIDADANIA (CESeC). Efeito bumerangue: o custo da proibição das drogas / Lemgruber, J. et al. Rio de Janeiro: CESeC, 2024a. Disponível em: <https://cesecseguranca.com.br/wp2025/wp-content/uploads/2024/12/Efeito-Bumerangue.pdf>. Acesso em: 15 set. 2025.

CENTRO DE ESTUDOS DE SEGURANÇA E CIDADANIA (CESeC). Pele alvo: mortes que revelam um padrão / Ramos, S. et al. Rio de Janeiro: CESeC, 2024b. Disponível em: https://observatorioseguranca.com.br/wordpress/wp-content/uploads/2024/11/RELATORIO_REDE-DE-OBS_PELLE-ALVO-4_web-2.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

CENTRO DE ESTUDOS DE SEGURANÇA E CIDADANIA (CESeC). Tiros no futuro. Rio de Janeiro: CESeC, 2019b. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1jVTq-yWRzgHjHf-zUPKei4zgWxvkY8jo/view>. Acesso em: 15 set. 2025.

CENTRO DE ESTUDOS DE SEGURANÇA E CIDADANIA (CESeC). Um tiro no pé. Rio de Janeiro: CESeC, 2019a. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1bqJKozvXWKps2DsMHjFSMGZXO78VavxC/view>. Acesso em: 15 set. 2025.

CICV - Comitê Internacional da Cruz Vermelha. Folheto Acesso Mais Seguro Para Serviços Públicos Essenciais. Comitê Internacional da Cruz Vermelha, 2018. Disponível em: https://www.icrc.org/sites/default/files/document/file_list/2018_br_ams_folheto_1.pdf. Acesso em: 30 Set. 2025.

COELHO, R.; MREJEN, M.; REMÉDIOS, J.; CAMPOS, G. Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020. Nota Técnica n. 27, IEPS, 2022.

COLLINS, P. H. Intersecções letais: raça, gênero e violência. São Paulo: Boitempo, 2024.

COSTA, V. C.; BAPTISTA, T. W. F.; CUNHA, M. B. O SUS em territórios vulnerabilizados: reflexões sobre violência, sofrimento mental e invisibilidades nas favelas do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 135, p. 974–988, 2022.

DOMINGUES, C. M. A. S.; MARANHÃO, A. G. K.; TEIXEIRA, A. M. S.; FANTINATO, F. F.; DOMINGUES, R. A. S. The Brazilian National Immunization Program: 46 years of achievements and challenges. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020.

FINE, P.; EAMES, K.; HEYMANN, D. L. Herd immunity: a rough guide. *Clinical Infectious Diseases*, 2011.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: HASENBALG, C.; GONZALEZ, L. (org). Lugar de negro. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982.

HEALY, C. M.; RENCH, M. A.; BAKER, C. J. Implementation of cocooning against pertussis in a high-risk population. *Clinical Infectious Diseases*, 2011.

HILL, H. A.; YANKEY, D.; ELAM-EVANS, L. D.; SINGLETON, J. A.; STERRETT, N. Vaccination Coverage by Age 24 Months Among Children Born in 2017 and 2018 — National Immunization Survey-Child, United States, 2018–2020. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2022.

HOMMA, A.; MARTINS, R. M.; LEAL, M. L. F. Vacinas no Brasil: conquistas e

desafios. Revista Panamericana de Salud Pública, 2023.

HOMMA, A.; MAIA, M. L. S.; AZEVEDO, I. C. A. et al. Pela reconquista das altas coberturas vacinais. Cadernos de Saúde Pública, 2023.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2022.

IQC - Instituto Questão de Ciência (2025). Anuário VacinaBR 2025. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/media/33901/file/anuario-vacina-integrativo-2025_compressed%20\(1\).pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/33901/file/anuario-vacina-integrativo-2025_compressed%20(1).pdf). Acesso em 06 Out. 2025.

LARSON, H. J.; JARRETT, C.; ECKERSBERGER, E.; SMITH, D.; PATERSON, P. Understanding vaccine hesitancy around the world: a systematic review of literature. Vaccine, 2014.

MBEMBE, A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: N-1 Edições, 2019.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Orgs.). Impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013. p. 21-42. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/7yzrw/pdf/njaine-9788575415887.pdf>. Acesso em: 15 set. 2025.

Ministério da Saúde. Saúde da População Negra. Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde, v. 2, n. 11 (nov. 2022). Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/boletim_tematico/populacao_negra_novembro_2022.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

NÓBREGA Jr, E. D.; BELFORT, M. C. S.; RIBEIRO, P. Memória e identidade dos moradores de Nova Holanda. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2012.

O'BRIEN, K. L.; WOLFSON, L. J.; WATT, J. P. et al. Burden of disease caused by Streptococcus pneumoniae in children younger than 5 years: global estimates. Lancet, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030>. Acesso em 15 Set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The thirteenth general programme of work, 2019-2023. Geneva: World Health Organization, 2019.

ORENSTEIN, W. A.; AHMED, R. Simply put: vaccination saves lives. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2017.

PASSOS, R. G. Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2023.

PLANS, P.; TORNER, N.; GODOY, P.; JANÉ, M. Lack of herd immunity against measles in individuals aged <35 years in Catalonia, Spain. Epidemiology and Infection, 2014.

PLOTKIN, S. A. History of vaccination. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, v. 111, n. 34, p. 12283-12287, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1400472111>

REDES DA MARÉ. Censo Populacional da Maré. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2019.

REDES DA MARÉ. Primeira Infância nas Favelas da Maré: acesso a direitos e práticas de cuidado. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2023a. Disponível em: https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/Pesquisa_Primeira_Infancia_na.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

REDE DE DESENVOLVIMENTO DA MARÉ. Boletim Direito à Segurança Pública na Maré. 7. ed. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2023b. Disponível em: https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/RdM_Boletim_direito_SegPubli23.pdf

REDES DA MARÉ. Análises do recurso da atenção básica na Maré. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2024a. Disponível em: <https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/RdM-RecursosSaudeBasicaMare.pdf>. Acesso em: 15 set. 2025.

REDES DA MARÉ. Maréas: dossiê sobre saúde sexual e reprodutiva 2023. Rio de Janeiro: Casa das Mulheres da Maré; Redes da Maré, 2024b. Disponível em: https://www.redesdamare.org.br/media/pdfs/pesquisa_saude_sexual_reprodutiva_mulheres_mare.pdf. Acesso em: 31 ago. 2025.

REDES DA MARÉ. Boletim Direito à Segurança Pública na Maré – edição especial De Olho na ADPF 635. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2025a. Disponível em: <https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/BoletimDireitoSegPublicaADPF25.pdf>. Acesso em: 15 set. 2025.

REDES DA MARÉ. Boletim Direito à Segurança Pública na Maré – edição especial Impactos da Violência Armada na Educação. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2025b. Disponível em: https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/Boletim_Seguranca_Publica_20.pdf. Acesso em: 15 set. 2025.

REDES DA MARÉ; CARDIFF UNIVERSITY; UNIVERSITY OF WARWICK; ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL DA UFRJ. Violências, corpo e território: sobre a vida de mulheres na Maré. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2022. Disponível em: https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/VidaMulheresMare_pesquisa.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025.

SANTOS, T. M.; LOPES, B. T.; SILVA, S. A. Custo das hospitalizações por doenças imunopreveníveis em crianças no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2019.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *The State of the World's Children 2023: for every child, vaccination*. New York: UNICEF, 2023.

UNICEF; INSTITUTO FOGO CRUZADO (IFC); GRUPO DE ESTUDOS DOS NOVOS ILEGALISMOS – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (GENI-UFF); CENTRO PARA O ESTUDO DA RIQUEZA E DA ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL – INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIAIS E POLÍTICOS – UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (CERES-IESP/UERJ). *Educação sob cerco: as escolas do Grande Rio impactadas pela violência armada*. 2025.

VESCOVI, G.; FLASCH, K.; TEODÓZIO, A. M.; MAIA, G. N.; LEVANDOWSKI, D. C. Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: análise crítica de políticas públicas brasileiras. *Cadernos de Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), v. 30, n. 4, p. 525-537, out.–dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462x202230040502>

WATT, J. P.; WOLFSON, L. J.; O'BRIEN, K. L. et al. Burden of disease caused by *Haemophilus influenzae* type b in children younger than 5 years: global estimates. *Lancet*, 2009.



redes^{da}maré

unicef 

para cada criança