

SESSÃO: ARTIGOS

A ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE DE ITABUNA-BA DE 2015 E 2016: UMA ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE PÚBLICA E DIREITOS HUMANOS

Romário Oliveira Lopes*

Paloma Silva Silveira**

RESUMO

A violência é um fenômeno complexo e multifacetado que produz diferentes impactos na saúde das populações. No Brasil, algumas políticas públicas de saúde focalizam essa problemática como, por exemplo, o Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NPVPS). Diante da necessidade de divulgação desta instituição que é desconhecida por boa parte da população e da rede de enfrentamento da violência, o presente artigo apresenta análises sobre a atuação do NPVPS em Itabuna-BA de 2015 e 2016. Para isso, foi realizada uma pesquisa documental, a partir dos Planos de Ação e Relatórios de Atividades, e uma análise de conteúdo temática que tomou como referência as ações contidas nos documentos. As análises permitiram identificar o direcionamento das ações, com ênfase no trabalho intersetorial direcionado para alguns segmentos, principalmente crianças/adolescentes e mulheres. Apontam ainda para a necessidade de ações específicas para outros grupos vulneráveis como a população LGBT, pessoas idosas, com deficiência e juventude negra, bem como considerar a interseccionalidade intragrupo e a atuação sobre as violências autoprovocadas. Por fim, refletiu-se sobre o lugar ocupado pelo/a sujeito/a no âmbito dos direitos humanos, visibilizando fatores que tornam as pessoas suscetíveis a sofrerem violências, mas também aquilo que singularizam as suas experiências.

Palavras-chave: Saúde Pública. Violência. Direitos Humanos. Política de Saúde.

ABSTRACT

Violence is a complex and multifaceted phenomenon that has different impacts on the population health. In Brazil, some public health policies focus on this issue, such as the Center for the Prevention of Violence and Health Promotion (NPVPS). In view of the need to publicize this institution, which is unknown to a large part of the population and the network to combat violence, this article presents analyzes of the performance of the NPVPS in Itabuna-BA in 2015 and 2016. For this, a documentary research was carried out, based on the Action Plans and Activity Reports, and a thematic content analysis based on the actions contained in the documents. The analyzes allowed to identify the direction of actions, with an emphasis on intersectoral work directed to some segments, mainly children / adolescents and women. They also point to the need for specific actions for other vulnerable groups such as the LGBT population, the elderly people, people with disabilities and black youth, as well as considering intra-group intersectionality and the acting on self-directed violence. Finally, it reflected on the place occupied by the subject in the scope of human rights, showing factors that make people susceptible to suffering violence, but also what makes their experiences unique.

Keywords: Public Health. Violence. Human Rights. Health Policy.

* Discente da Especialização *Latu Sensu* em Direitos Humanos e Contemporaneidade pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Psicólogo pela Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC). E-mail: romariomv2007@hotmail.com

** Professora/Orientadora da Especialização *Latu Sensu* em Direitos Humanos e Contemporaneidade da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: palomasilveira25@gmail.com

APRESENTAÇÃO

Os desafios colocados pela violência, enquanto fenômeno das relações humanas, representa para o setor saúde uma situação emblemática diante da complexidade de se garantir o direito à vida, um dos princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Para o seu enfrentamento, as instituições de saúde devem formular políticas públicas considerando esse fator, suas particularidades e os grupos vulneráveis, pois ela atinge a população em diferentes magnitudes e também de diferentes formas, como outras doenças e agravos que se presentificam nas coletividades (VELOSO *et al*, 2013).

Por ser um fenômeno complexo e multifacetado, existem diferentes concepções sobre o que seja violência. Uma definição clássica e bastante utilizada para defini-la no âmbito da saúde é a adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002, p. 05), que a conceitua como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano

psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

É importante ressaltar que uma associação unívoca entre violência e um determinado setor, como segurança pública, pode encobrir muitas de suas facetas, que se articulam com outros setores como saúde, assistência social e educação (GALHEIGO, 2008). É nesse sentido que Minayo (2006) argumenta que esse fenômeno, por ser histórica, e socialmente determinada, gera questões específicas para a saúde pública demandando estratégias próprias para a prevenção e cuidado, como o trabalho interinstitucional.

Na dimensão coletiva da violência, é preciso destacar que a situação atual no Brasil é preocupante. O país sempre ostenta índices e séries históricas crescentes quando o assunto é homicídios e feminicídios. De acordo com dados mais recentes publicados pelo Atlas da Violência, o Brasil atingiu no ano de 2017 o recorde histórico de homicídios, alcançando a cifra de 65.602 mortes violentas, uma taxa de 31,6 mortes para cada cem mil habitantes (IPEA; FBSP, 2018).

Dentro desse cenário cabe salientar que as mortes violentas – e as violências,

por extensão – não atingem de forma homogênea a população. Elas apontam estruturas necropolíticas, em que vastos segmentos sociais estão marcados para morrer, pela cor da pele, gênero, orientação sexual, fase da vida e território em que habitam (CRENSHAW, 2002; MBEMBE, 2016). Essas dimensões são visíveis nas estatísticas que tratam da mortalidade por causas violentas no Brasil. No período de 2007 a 2017 registrou-se um aumento na taxa de assassinato de mulheres na ordem de 30,7%. A de homens jovens (15 a 29 anos) foi da ordem de 38,3% no mesmo período. (IPEA; FBSP, 2018). É necessário ainda salientar a dimensão racial desse fenômeno, pois dos/as jovens assassinados/as em 2015, 71% eram negros/as e 92% do sexo masculino (BRASIL, 2017b). No tocante ao gênero, observou-se que entre as mulheres não negras houve um crescimento de 4,5% de mortes violentas, ante 29,9% de mulheres negras no mesmo período, confirmando a necessidade de pautar as análises pela dimensão racial (IPEA; FBSP, 2018).

Diante desse cenário bastante difícil, o setor saúde tem construído políticas públicas para violência, que, muitas vezes, são invisíveis. É nesse

patamar que os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde (NPVPS) encontram-se hoje: praticamente desconhecidos pela população e por muitos/as profissionais de saúde. Logo há uma necessidade de divulgação dessas ações que tem potencial de subsidiar as políticas e ações de prevenção e enfrentamento de diferentes situações violentas.

Os primeiros NPVPS surgiram em 2004 com a publicação da Portaria nº 936 pelo Ministério da Saúde. A referida portaria dispunha sobre a criação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (RedeViva) e a implantação e implementação de 40 Núcleos de Prevenção de Violência nos Estados, Municípios e Instituições Acadêmicas (BRASIL, 2004).

A criação desses serviços foi fundamentada na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001. A PNRMAV foi o alicerce da implantação dos primeiros NPVPS, que foram ampliados ao longo dos anos com as portarias nº 1.356/2006 e nº 2.802/2012, lançando dois editais de

financiamento para implantação e implementação das atividades dos NPVPS pelo país, proporcionando a criação de mais 1300 núcleos municipais até 2012 (MINAYO, 2018). O município de Itabuna-BA foi contemplado com a última portaria, subsidiando a implantação do NPVPV que conta com uma equipe multiprofissional composta por um psicólogo, uma assistente social e uma enfermeira.

O NPVPS está vinculado à Vigilância Epidemiológica, a qual monitora os casos de violência interpessoal e autoprovocada, que é de notificação compulsória por profissionais de saúde (BRASIL, 2011). Contudo, essa mesma notificação pode ser realizada por outros/as profissionais em parceria com distintos equipamentos da rede de garantia de direitos, como escolas, Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Delegacias, etc. (BRASIL, 2019).

Alguns estudos foram realizados sobre as políticas de saúde voltadas à questão da violência na década de 2000, época em que a Política para Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências foi concebida e materializada

através da Rede Viva e dos Núcleos de Prevenção de Violência (DESLANDES; LEMOS, 2008; GALHEIGO, 2008; MALTA *et al*, 2007; MINAYO, 2006; MINAYO; DESLANDES, 2009). O ritmo de produção, contudo, não se constatou em produções na década seguinte (MINAYO, 2018; VELOSO *et al*, 2013). Essa escassez é uma constante também em relação a estudos diretamente vinculados a atuação dos Núcleos pelo Brasil (DELANDES; LEMOS, 2008; ESTANI, 2017). Desses, apenas o estudo de Estani (2017) destaca as ações de um único Núcleo instalado na cidade de Angra dos Reis-RJ. A autora realizou uma abordagem descritiva, expondo as ações e o embasamento técnico-jurídico que determinam a atuação institucional do NPVPS de Angra dos Reis. As ações evidenciaram a dinâmica de trabalho do referido Núcleo, apresentando o processo de notificação e articulação intersetorial, destacando as estratégias de enfrentamento a violência contra as mulheres.

Nota-se, então, uma lacuna do conhecimento sobre a atuação de Núcleos de Prevenção de Violência em geral e mais especificamente sobre o Núcleo de Itabuna-BA. Este artigo busca contribuir

para a superação dessa lacuna, ao analisar a atuação do NPVPS em Itabuna-BA para o enfrentamento da violência, nos anos de 2015 e 2016.

METODOLOGIA

Antes de discorrer sobre como foi realizado o estudo, cabe apresentar algumas reflexões metodológicas importantes já que o primeiro autor deste artigo também é um profissional do Núcleo, ou seja, possui um duplo pertencimento pesquisador/trabalhador. Velho (1997) menciona que o paradigma da distância como critério de objetividade fundamenta-se em noções de imparcialidade e neutralidade que tentam camuflar as relações que todo/a pesquisador/a possui com seu “objeto” de estudo. Logo, a afirmação desse contexto prévio explicita as condições de produção da pesquisa, dos interesses e relações que erigem essa construção.

Vale ressaltar que apesar do pesquisador não estar atuando no Núcleo nos anos do recorte temporal da pesquisa, as ações analisadas mostram práticas que se fazem presentes e refletem uma história institucional em permanente elaboração. Dentro desse cenário, a atitude de estranhar o familiar, como

propõe Velho (2003), parte da busca por desnaturalizar noções, *modus operandis*, concepções diversas sobre o processo de trabalho de uma instituição cujo foco central é bastante complexo: violência e saúde.

Para o presente estudo, foi realizada uma pesquisa documental (LAVILLE; DIONNE, 1999) que teve acesso a documentos públicos, os Planos de Ação (o que foi planejado) e os Relatórios de Atividades Anuais (o que foi executado), dos anos de 2015 e 2016, obtidos por meio eletrônico.

Na análise e interpretação desses documentos recorreu-se à análise de conteúdo temática, proposta por Gomes (2015). Foram construídas quatro categorias: Notificação das violências para além do setor saúde; Articulação com a rede: a necessidade da intersetorialidade; Comunicação e educação como estratégia de produção de saúde e Formação, planejamento e controle social: uma práxis política.

NOTIFICAÇÃO DAS VIOLÊNCIAS PARA ALÉM DO SETOR SAÚDE

Nos planos de 2015 e 2016, as ações que visam à efetivação do esquema

de notificação foram direcionadas para o setor saúde – tanto para os/as profissionais que atuam nesse setor, quanto para instituições específicas, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa de Saúde da Família (PSF). No entanto, os relatórios de 2015 e 2016 apontam que houve ações com o intuito de implantar a notificação de violência nos serviços que não são vinculados diretamente ao setor saúde, como o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), o Conselho Tutelar e a Divisão de Combate a Violência Contra a Mulher (DV Mulher), que posteriormente veio a ser denominado Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM).

Essa ampliação do escopo pode estar relacionada com a mudança do modelo da ficha de notificação, que a partir de 15 de junho de 2015 foi substituída por uma nova versão que incluiu serviços não vinculados diretamente com o setor saúde, como Unidade de Assistência Social, Estabelecimento de Ensino, Centro Especializado de Atendimento à Mulher, entre outros (BRASIL, 2016). Nesse aspecto percebemos que o não enquadramento unicamente na esfera da

saúde, permitiu articular a notificação segundo as especificidades de cada público, como no caso da DV Mulher (violência contra as mulheres), Conselho Tutelar (violência contra crianças e adolescentes) e CEREST (cujo enfoque foi dado ao trabalho infantil). Salienta-se que a notificação de violências pelos serviços de saúde, de assistência social, Conselho Tutelar, entre outras instituições torna-se relevante por permitir conhecer a realidade epidemiológica do município, aproximando os dados levantados da situação de atendimentos e circunstâncias que envolvam as violências.

A inserção em serviços mais específicos, como por exemplo, a DV Mulher, possibilitou também que o Núcleo adentrasse em situações que movimentam-se do geral, como o termo violência no singular sugere, para uma perspectiva mais particular, reconhecendo as singularidades de grupos considerados mais vulneráveis (ex: mulheres, crianças, adolescentes, etc.), e as particularidades intragrupos, pois a ficha de notificação permitiu articular informações sobre raça, escolaridade, estado civil e até mesmo características do agressor, o que viabilizou um mapeamento detalhado

dessas violências e a avaliação da sua magnitude (BRASIL, 2019).

No Relatório de 2016, também foi mencionado à elaboração do Projeto de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, inserindo pela primeira vez nos documentos analisados o termo violência autoprovocada, não observado em nenhum momento no ano de 2015, tanto no Plano, quanto no Relatório. Cabe ressaltar que a nomenclatura da ficha de notificação que era denominada “Ficha de notificação/investigação de violência doméstica sexual e/outras violências” foi substituída na nova versão de 2015 por “Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada”. Essa mudança pode estar associada a uma visibilidade para a questão, que, apesar de ser de notificação compulsória desde a ficha anterior, que perguntava, inclusive, se a lesão era autoprovocada, não havia tantas referências à temática. A nova ficha passou a incluir no campo “meio de agressão”, os itens: objeto perfurocortante (associado à automutilação) e envenenamento/intoxicação – um dos principais meios associados à tentativa de suicídio no país (BRASIL, 2017a).

ARTICULAÇÃO COM A REDE: A NECESSIDADE DA INTERSETORIALIDADE

Nos Planos de 2015 e 2016, houve uma quantidade relevante de propostas de ações interinstitucionais dispostas a articular a rede de atendimento às pessoas em situação de violência. Quanto à execução, no Relatório de 2015 evidencia-se que as ações planejadas se capilarizaram em diversos encontros e reuniões, totalizando 87 visitas institucionais ao longo do ano em 28 instituições ao todo. Já no ano de 2016, apesar da relevância de ações de articulação de rede, são citadas 39 visitas a 21 instituições da rede de atendimento às pessoas em situação de violência, número que é duas vezes menor do que no ano anterior.

Tanto no âmbito nacional, como internacional, as recomendações em se tratando do enfrentamento de diversas violências posicionam a articulação intersetorial como estratégia fundamental. Ademais, essa realidade é verificada em outros equipamentos de saúde, que se articulam com instituições no território para o enfrentamento e prevenção das violências (MINAYO;

DESLANDES, 2009; SAKATA; EGRY; NARCHI, 2014).

A respeito de quais instituições foram selecionadas para ações intersetoriais e intrasetoriais, os planos de 2015 e 2016 deram uma ênfase para as parcerias com instituições e profissionais de educação, focalizando o segmento de crianças e adolescentes, que dispuseram de ações mais específicas. Mulheres e idosos também foram citados nas propostas de ação, mas de forma agregada com crianças e adolescentes, denotando uma atenção mais generalista e pouco aprofundada nas dinâmicas específicas daqueles grupos.

É importante destacar que a estrutura generalista dos programas de ação, aglutinando grupos tão distintos, pode ocasionar o apagamento das especificidades de pessoas, que, além de vulneráveis a diferentes tipos de violências, são historicamente preteridas na destinação de políticas públicas. Lopez (2012) alerta, por exemplo, que o racismo institucional dentro do campo da saúde atua de modo difuso, gerando desigualdades na distribuição de serviços e influenciando a qualidade dos atendimentos. Um estudo de Goes *et al* (2020) analisou que mulheres pretas e

pardas são mais afetadas por barreiras individuais que dificultam a busca à serviços de cuidado em saúde pós-aborto, uma violência que articula o racismo institucional, à violação dos direitos humanos das mulheres. Para entender as diferentes produções de cada forma de violência, é preciso considerar que as generalizações nas propostas de ação podem incidir como outra violência, menos visível, mas não menos perversa contra pessoas com múltiplas dimensões de subordinação, intersectando diferentes marcadores sociais (CRENSHAW, 2002).

Crenshaw (2002) argumenta que a invisibilidade interseccional é uma questão necessária a ser problematizada. As questões que são colocadas para se pensar à violência de gênero, por exemplo, muitas vezes não consideram a dimensão racial e adotam, por conseguinte, paradigmas que tomam uma mulher como um conceito universal, que representam as mulheres dos grupos dominantes, as brancas. A importância da análise interseccional está, em grande medida, em ponderar que as pessoas, ao longo de suas trajetórias existenciais são marcadas por diferentes dimensões sócio-históricas, que as posicionam em lugares distintos. Nessa perspectiva, constata-se

que as chances de uma pessoa sofrer determinado tipo de violência estão condicionadas a diferentes fatores como raça, etnia, estrato socioeconômico, situação conjugal, geração, orientação sexual, religião, etc.

No ano de 2016, a violência contra as crianças e adolescentes é novamente colocada em evidência no relatório. Ocorreu a construção de um fluxograma de atendimento de crianças e adolescentes e um projeto de fortalecimento da rede de proteção das crianças e adolescentes em situação de violência. Mais uma vez é citada a elaboração de um curso de aperfeiçoamento voltado para os conselheiros tutelares e profissionais rede de atendimento a crianças e adolescentes.

Sobre essa primazia, é possível inferir que as políticas públicas de saúde no Brasil voltadas à prevenção de violência contra crianças e adolescentes são historicamente mais desenvolvidas em relação a outros segmentos também tidos como vulneráveis. De acordo com Minayo (2006), a temática da violência contra as crianças foi a pioneira como pauta para o setor saúde no Brasil em relação aos outros públicos, remontando à década de 1960. Também foi alvo da

primeira portaria que torna obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes no âmbito do SUS (MINAYO, 2006). Além de tudo, desde 2010 contam com a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência” (BRASIL, 2016). Único segmento a possuir uma linha de cuidado específica no que tange as questões de violência no âmbito da saúde. Outro ponto a mencionar é que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no seu artigo 3º garante às crianças e adolescentes prioridade tanto na formulação quanto na execução de políticas públicas (BRASIL, 1990).

COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Nos planejamentos de 2015 e 2016 foram propostas a elaboração de cartilhas informativas e outros materiais, bem como a colaboração com eventos, campanhas, mutirões, caminhadas, panfletagens e mobilizações na comunidade em datas específicas, que não estão discriminadas. Novamente,

nota-se a preponderância de ações direcionadas à prevenção de violência contra crianças e adolescentes de uma forma genérica.

O Relatório de 2015 registrou, dentre os materiais informativos disponibilizados para este segmento, cartilhas sobre violência intrafamiliar, bullying e panfleto sobre Trabalho Infantil. Foi registrado também a Caminhada do dia 18 de maio em combate a exploração sexual de crianças e adolescentes, como ato de mobilização. O documento mostra ainda a realização de dois projetos durante o ano de 2015: um sobre a prevenção da violência em contexto escolar e outro para capacitar os conselheiros tutelares. Todos relacionados diretamente às crianças e a/os adolescentes.

É importante mencionar que para a definição de criança e outras fases da vida, o Núcleo adota o critério etário do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) e da OMS (2002) para criança (0 a 9 anos), adolescente (10 a 19 anos) e idoso (60 anos ou mais). Esse critério diverge do que estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): criança (pessoa até 12 anos incompletos), adolescente (pessoa entre 12 e 18 anos), mas se mantem

idêntico ao que estabelece o Estatuto do Idoso (pessoa com idade igual ou superior a 60 anos) (BRASIL, 2016).

Contudo, cabe problematizar o quanto essas definições sobre criança, adolescente, adulto ou idoso que tomam como critério de objetividade apenas a idade das pessoas são complicadas. Não consideram outras dimensões que permitiriam compreender aspectos culturais e a complexidade da vida real desses segmentos sociais, sobretudo, em realidades como a brasileira marcadas por diferentes desigualdades. Corre-se o risco de homogeneizar esses/as sujeitos/as dentro de categorias fechadas e arbitrárias, além de apagar outros marcadores sociais que delimitam experiências de vida bastante distintas, expondo-os/as a diferentes formas de violência, como o território em que residem, seu estrato socioeconômico, raça, etnia, gênero, orientação sexual etc. (IPEA; FBSP, 2018).

No relatório de 2015, há um destaque para as ações voltadas à conscientização sobre a violência contra as mulheres: desde a divulgação de cartilhas da Lei Maria da Penha, à criação de um boletim epidemiológico sobre o feminicídio. O Núcleo também participou

ativamente das ações do mês de março em que é comemorado o Dia Internacional da Mulher (08/03) em parceria com diversas instituições, atividade que também encontramos entre as ações realizadas no Núcleo de Angra dos Reis (ESTANI, 2017).

No Brasil, estima-se que 23% das mulheres estão sujeitas a violência doméstica, das quais seus parceiros são responsáveis por 85% das mesmas (FERREIRA *et al*, 2016). Cabe registrar que desde 2003 é obrigatória a notificação de casos de violência contra as mulheres atendidas nos serviços de saúde. A Lei n.º 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, sancionada em 2006, representou também um grande avanço para as políticas de atenção às mulheres em situação de violência, englobando várias políticas públicas, entre elas as do setor saúde. Outro fator que pode ter aumentado a relevância de ações de conscientização do Núcleo sobre a violência contra as mulheres, foi a publicação da lei nº 13.104, no ano de 2015, que prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, incluindo-o no rol de crimes hediondos (BRASIL, 2016).

FORMAÇÃO, PLANEJAMENTO E CONTROLE SOCIAL: UMA PRÁXIS POLÍTICA

Nos relatórios de 2015 e de 2016 podemos destacar a participação da equipe em eventos e cursos de formação, voltados para sensibilização de determinadas temáticas. Em 2015, consta a participação em eventos ligados ao setor saúde: saúde do/a trabalhador/a e feira de saúde. Ações que envolveram os direitos das mulheres: encontro no Grupo de Atuação Especial em Defesa da Mulher (GEDEM) e principalmente ações que envolveram a temática infanto-juvenil: curso sobre violência infantil, simpósio sobre trabalho infantil e uma audiência pública sobre violência contra jovens pobres e negros.

No ano de 2016, segundo o Relatório, houve um destaque para ações envolvendo a temática racial. Como no ano anterior, foi colocada a participação em audiência pública sobre violência contra jovens pobres e negros, só que no último ano analisado foi acrescentado a participação no Seminário “Biopolíticas e Mulheres Negras”, realizado pelo GEDEM. Contudo, nos materiais analisados, não foi constatada a

existência de estratégias ou articulações que tornasse a questão racial como disparadora de ações de prevenção de violência, os conteúdos parecem não terem sido colocados em prática.

No relatório de 2015 constam diferentes reuniões entre a equipe do Núcleo para planejamento e avaliação das ações, com o intuito de discutir assuntos relacionados às atividades da equipe, planejamento e avaliação das ações do NPVPS; com a Direção e Coordenação da Vigilância Epidemiológica, para socializar as ações do NPVPS e alinhar a rotina de trabalho da equipe; e reunião com a Secretaria de Saúde para desenvolver ações de prevenção de violências. No relatório de 2016 são descritas as mesmas reuniões, tendo os mesmos objetivos.

Outro fator que cabe sublinhar é a participação do Núcleo em Conferências, o que denota uma interessante articulação do Núcleo em espaços de controle social. Nos Relatórios de 2015 e 2016, foi mencionado a Conferência de Saúde, Saúde do Trabalhador, Assistência Social e dos Direitos das Mulheres. No ano de 2016, além da participação nas conferências, ocorreu a participação nas reuniões dos conselhos de direito destes mesmos setores. Constata-se que as ações

do Núcleo nesses dois anos também se articularam dentro de uma práxis política, que busca a defesa dos direitos humanos com atuação em espaços de controle social e discussão de políticas públicas. Sakata, Egry e Narchi (2014) argumentam que a atuação junto a espaços deliberativos, como conselhos e conferências, com base em recomendações internacionais, é fundamental para a sensibilização de pessoas que ocupam posições de decisão a perceberem a violência como questão de saúde pública, gerando maior comprometimento com essa pauta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, os documentos analisados mencionam a existência de ações com foco na intersetorialidade em todas as categorias, desde notificações até participação em eventos do controle social, sendo algumas dessas ações também realizadas pelo Núcleo de Angra dos Reis (ESTANI, 2017). Nesse ponto, é possível identificar que a intersetorialidade representa não apenas uma característica do Núcleo de Itabuna, mas uma necessidade de qualquer ação que trabalhe com as diversas formas de

violência (MINAYO; DESLANDES, 2009; SAKATA; EGRY; NARCHI, 2014).

Apesar das semelhanças, Minayo e Deslandes (2009) pontuam a heterogeneidade como reflexo das particularidades de cada território em que se encontram os Núcleos. É nesse aspecto que as escolhas de instituições para a articulação, bem como para a práxis política do Núcleo de Itabuna, evidenciada no trabalho junto ao controle social, podem ser consideradas como uma identidade própria.

Cabe ressaltar o quão importante é estudar/visibilizar as instituições e serviços públicos e suas práticas relacionadas aos direitos humanos, sobretudo, neste momento. No cenário atual, essas reflexões ganham mais força, diante das políticas de austeridade, do desmonte de políticas públicas, através da redução de financiamento, Emenda Constitucional (EC) 95, extinção de programas e ações diretamente envolvidos com políticas sociais, e garantia dos direitos humanos (DE VALOR, 2018).

Sobre os limites do estudo consideramos que a falta de descrição detalhada de algumas ações, bem como a ausência de avaliação das ações realizadas

produziram lacunas em relação à totalidade daquilo que foi abordado e ao efeito das ações no período. A qualidade dos registros disponíveis também produziu certa limitação, principalmente pela generalidade em que algumas ações foram descritas. Ademais, o tempo para a realização da pesquisa foi outro fator limitante, que dificultou a inclusão de mais documentos que pudessem elucidar as ações desenvolvidas. Apesar dessas limitações, a pesquisa levantou informações que permitiram delinear as ações do Núcleo de Itabuna durante os anos de 2015 e 2016, possibilitando a sistematização e o estudo dele. Fatores que são fundamentais para publicizar e induzir a novas pesquisas, que apontem não somente as diferenças, mas também semelhanças. Inclusive em relação aos desafios comuns entre as instituições, a exemplo da generalidade das ações e a necessidade da análise interseccional.

Como indaga Rebouças (2015), a concepção de sujeito que o discurso de direitos humanos traz em seu âmago é fundamental para entender o quanto esse humano é padronizado e o quanto é necessário visibilizar formas plurais de subjetividades, sujeitos/as, experiências e violências que cada situação concreta

introduz. Pensar, portanto, em crianças, adolescentes, idosos/as, mulheres, população LGBT, jovens negros/as, etc. como segmentos vulneráveis, é reconhecer, até estatisticamente, que a violência possui seus determinantes, mas que, para termos uma política de direitos humanos para todos, é preciso conceber um humano que escapa e é ao mesmo

tempo Universal, no sentido de ser humano, e também Particular, possuindo suas singularidades e dimensões sociais que impactam de forma diferente suas experiências de vida. Esse debate torna-se fundamental, sobretudo, em períodos históricos em que a noção do que é ser humano, é bastante relativizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências. **Portal da Legislação**, Brasília, jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único [recurso eletrônico]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 23 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define [...] os agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Saúde Legis**, Brasília, jan. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prto104_25_01_2011.html. Acesso em: 30 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Saúde Legis**, Brasília, mai. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prto936_19_05_2004.html. Acesso em: 25 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**: Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Brasília, v.48, n. 30, p. 1-14, 2017a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil->

epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf. Acesso em: 04 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf&ved=2ahUKEwjdsZPv4djjAhVBH7kGHbbUDxsQFjAAegQICBAC&usg=AOvVaw1XTNA9btrLkecpZ-PupCiQ. Acesso em: 23 jul. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Governo. **Índice de vulnerabilidade juvenil à violência 2017**: desigualdade racial, municípios com mais de 100 mil habitantes. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017b. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/indice-de-vulnerabilidade-juvenil-a-violencia-2017-desigualdade-racial-e-municipios-com-mais-de-100-mil-habitantes>. Acesso em: 05 fev. 2020.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 ago. 2019.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Rio de Janeiro: UNIC, 2009 [1948]. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2019.

DE VALOR, A. Austeridade mata: cortes nos investimentos ameaçam a saúde dos brasileiros e sobrevivência do SUS. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 185, p. 14-20, fev. 2018.

DESLANDES, S. F.; LEMOS M. P. Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência, Brasil. **Rev Panam Salud Publica [online]**. v. 24, n. 06, p. 441-8, 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2008.v24n6/441-448/pt>. Acesso em: 08 set. 2019.

ESTANI, G. P.; O Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Cultura da Paz em Angra dos Reis: uma descrição inicial. **Relatórios VivaRio**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, p. 27-37, jan./mai. 2017. Disponível em: <http://vivario.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/Cadernos-Viva-Rio-6-2017.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2019.

FERREIRA, Rebeca Monteiro *et al.* Características de saúde de mulheres em situação de violência doméstica abrigadas em uma unidade de proteção estadual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3937-3946, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203937&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 fev. 2020.

GALHEIGO, S. M. Apontamentos para se pensar ações de prevenção à violência pelo setor saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 181-189, set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 ago. 2019.

GOES, E. F. *et al.* Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cad. de Saúde Pública**. v. 36, n. Suppl 1. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>>. Acesso em: 14 jun. 2020.

GOMES, R. Análise e Interpretação de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. p. 109-108.

IPEA; FBSP (org.). **Atlas da violência 2018**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo, 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf. Acesso em: 30 jan. 2020.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LOPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 45-55, mar. 2007. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2019.

MBEMBE, A. 2016. “Necropolítica”. **Arte & Ensaios**, n. 32, dezembro, pp. 122-151. Rio de Janeiro, v. 2, n. 32, p. 123-151, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>. Acesso em: 21 ago. 2019.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1259-1267, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 jul. 2019.

MINAYO, M. C. S. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jul. 2019.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14,

n. 5, p. 1641-1649, dez. 2009. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2019.

OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/Opas: 2002. Disponível em: https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf&ved=2ahUKEwimnO6B5NjjAhWBIBkGHUnVALYQFjABegQIBBAB&usg=AOvVawoV1kU3IKjZi_rqgqCqnFH. Acesso em: 25 jul. 2019.

REBOUÇAS, Gabriela Maia. O avesso do sujeito: provocações de Foucault para pensar os direitos humanos. **Opin. jurid.** Medellín, v. 14, n. 28, p. 45-61, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-25302015000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 jan. 2020.

SAKATA, K.N.; EGRY, E.Y.; NARCHI, N.Z. A política brasileira de redução de acidentes e violência se alinha às perspectivas internacionais? **Rev Esc Enferm USP [online]**, v. 48, n. esp. 2, p. 197-203, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/0080-6234-reeusp-48-nspe2-00197.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2020.

VELHO, G. O desafio da proximidade. In: VELHO, G; KUSCHNIR, K (Org.). **Pesquisas Urbanas: desafios do trabalho antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 11-19.

VELHO, G. Observando o familiar. In: _____. **Individualismo e cultura: notas para antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997, p.123-132.

VELOSO, M. M. X. *et al.* Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, mai 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jul. 2019.