

Evaluación de la formación profesional en el tema de accidentes y violencia en el Sistema Único de Salud

Edinilsa Ramos de Souza (<https://orcid.org/0000-0003-0903-4525>)¹
Adalgisa Peixoto Ribeiro (<https://orcid.org/0000-0001-9415-8068>)²
Simone Gonçalves de Assis (<http://orcid.org/0000-0001-5460-6153>)¹
Cristiane Batista Andrade (<https://orcid.org/0000-0003-1441-9171>)¹
Kathie Njaine (<https://orcid.org/0000-0003-3250-2331>)¹
Anne Caroline Luz Grudtner da Silva (<https://orcid.org/0009-0004-1472-0129>)³
Maria Cecília de Souza Minayo (<https://orcid.org/0000-0001-6187-9301>)¹

Resumen Los accidentes y la violencia son temas complejos que requieren formación profesional. Evaluamos cómo se implementa la formación de los profesionales del SUS en materia de accidentes y violencia en diferentes niveles: atención primaria, prehospitalaria, hospitalaria y rehabilitación. Los datos cuantitativos de 531 cuestionarios sobre nueve indicadores evaluativos y los datos cualitativos de 63 entrevistas provienen de una investigación evaluativa sobre la implementación de la política nacional para reducir la morbilidad por accidentes y violencia. Los datos se analizaron con métodos específicos y se procesaron mediante métodos triangulados. Las capitales y ciudades con 100.000 o más habitantes en las regiones brasileñas mostraron los mejores resultados en la formación de sus profesionales. La atención primaria invirtió más que otros niveles en esta directriz. La formación en acciones de prevención y promoción de la salud para la atención a las víctimas y el monitoreo de la violencia y los accidentes se basa más en la iniciativa de los profesionales que en las políticas institucionales. Concluimos que es necesario fortalecer las alianzas con las instituciones educativas desde la graduación y reforzar la institucionalización de la formación continua en ambos temas.

Palabras clave Accidentes, Violencia, Evaluación, Educación continua, Formación profesional

¹ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Mangueiras. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil edinilsaramos@gmail.com

² Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

³ Ministério da Saúde. Brasília DF Brasil.

Introducción

La educación continua en salud (ECS) es una estrategia político-pedagógica basada en problemáticas y demandas del contexto laboral sanitario. Diversos autores la destacan como una acción crucial para la cualificación profesional y la mejora del proceso de trabajo sanitario^{1,2}. La ECS integra docencia, servicio, gestión y control social. Su objetivo es mejorar las prácticas profesionales para responder a las demandas de atención de la población².

La formación de profesionales de la salud y la atención a víctimas de accidentes y violencia son directrices de la Política Nacional para la Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia (PNRMAV)³. La directriz de Formación de Recursos Humanos se centra en brindar conocimientos teóricos, técnicos y sociopolíticos para garantizar una atención humanizada, una escucha calificada y el apoyo a las víctimas. También es fundamental apoyar la vigilancia, la prevención, la promoción de la salud, la cultura de paz y la organización de servicios para la atención integral a las personas en situación de violencia³. La formación profesional puede impartirse en el marco de la educación formal y no formal, como acciones específicas para actualizar protocolos y flujos de servicios.

Las directrices de formación priorizan la inclusión de temas sobre accidentes y violencia en los cursos técnicos y de educación superior en salud. Algunos estudios indican que la ECS enfrenta importantes obstáculos para su implementación debido a la incipiente coordinación con el Departamento de Educación, la escasa financiación para actividades de aprendizaje y la discordancia entre las necesidades del SUS y la formación de profesionales para trabajar en contextos tan complejos que abordan simultáneamente lesiones, traumas y cuestiones culturales².

En cuanto a la atención en casos de accidentes y violencia, muchos profesionales sin la preparación adecuada experimentan angustia cuando las víctimas llegan a los servicios de salud. Las dificultades van desde identificar una situación de violencia presunta o confirmada hasta notificar y derivar a los pacientes a otros servicios de la red de protección⁴⁻⁶.

La magnitud de las demandas generadas por lesiones y traumas derivados de accidentes y violencia en el sistema de salud brasileño pone de relieve la necesidad de recursos humanos preparados para abordar la complejidad de la atención. Muchos casos son de menor gravedad y se tratan en atención primaria (AP). Sin embargo,

las lesiones más graves requieren una atención de alta complejidad. Solo en 2023, se registraron aproximadamente 1,5 millones de autorizaciones de hospitalización para tratar accidentes y violencia en el Sistema Único de Salud (SUS), lo que representa el 11,1 % del total de hospitalizaciones por todas las causas en Brasil⁷.

En este contexto, este artículo investiga cómo se está implementando el proceso de formación sobre atención a las víctimas de accidentes y violencia en los niveles de atención a la salud: atención primaria (AP), atención prehospitalaria y hospitalaria (APH/AH) y atención rehabilitadora (AR) en el SUS.

Métodos

Este artículo analiza la implementación de una directriz de la PNRMAV, que es la capacitación de recursos humanos en accidentes y violencia, con base en información de una encuesta más amplia que evaluó la referida política entre 2020 y 2023.

El estudio original adoptó los marcos teóricos de la investigación evaluativa⁸⁻¹³ para analizar el proceso de implementación de la PNRMAV¹²⁻¹⁴. Se basó en los puntos recomendados por quienes trabajan con investigación evaluativa y buscó comprender y explicar (a) qué contribuye al éxito de la implementación de programas, proyectos y servicios donde tuvieron éxito; (b) los factores y la resistencia que dificultan la implementación en lugares donde se implementa con lentitud o no se implementa; y (c) las limitaciones de la política para su plena validez. El objetivo estratégico de la evaluación fue apoyar las mejores prácticas y los ajustes de rumbo¹⁵, con el apoyo de las opiniones de las partes interesadas. El estudio más amplio también destacó las lecciones aprendidas de experiencias actuales o pasadas^{12,16}.

El análisis empleó la triangulación de métodos¹⁶⁻²⁰, lo que promueve un diálogo complementario entre los enfoques cuantitativos y cualitativos, las diferentes técnicas de recolección de datos y la perspectiva de los actores involucrados en la implementación de la política, considerados como sujetos autoevaluados¹⁶. Se invitó a participar en la encuesta a gestores de todos los municipios brasileños. Los datos cuantitativos se obtuvieron de 531 cuestionarios de autoevaluación, respondidos a través de la plataforma Redcap por gestores y profesionales del SUS, de los cuales 290 eran trabajadores de atención primaria, 128 de atención primaria/presencial y

113 de atención primaria, abarcando 379 municipios brasileños, incluidas las capitales.

Se analizaron los siguientes temas en los cuestionarios sobre la formación de recursos humanos para la atención y el cuidado de víctimas de accidentes y violencia, con una política municipal de apoyo, la asignación de profesionales para la formación, los tipos y la frecuencia de los dos temas abordados en las acciones de la ECS, y las alianzas de la gestión municipal de salud para la formación de sus profesionales. El análisis consideró todos los municipios y capitales participantes.

Con base en estudios previos^{21,22} y en conversaciones con un grupo de expertos, compuesto por investigadores y técnicos del Ministerio de Salud (MS) con amplia experiencia en los temas evaluados, se identificaron preguntas relevantes para los cuestionarios de cada nivel de atención para el desarrollo y cálculo de indicadores de evaluación. Entre estas preguntas se destacaron los siguientes temas: capacitación para la promoción de la salud y la prevención de accidentes y violencia; capacitación para la atención y asistencia a personas que han sufrido lesiones y traumas; capacitación para el seguimiento de los casos de accidentes y violencia que llegan a los servicios de salud; y capacitación en soporte vital avanzado para personas que han sufrido traumas (Soporte Vital Avanzado en Traumas – SVAT). La evaluación cuantitativa de esta guía consistió en nueve indicadores (3 para AP, 4 para APH/AH y 2 para AR), y el procedimiento de construcción se muestra en el cuadro 1.

El análisis de los indicadores clasificó el desempeño y la implementación de las directrices como bueno, pasable y malo. Los datos cualitativos se derivaron de las respuestas a una pregunta abierta del cuestionario sobre la percepción de los gestores sobre las mejores o peores directrices de política implementadas en el municipio y las razones de esta evaluación, así como de 63 entrevistas con gestores a nivel federal y de órganos representativos de las secretarías de salud del país, gestores y profesionales que operan las acciones de la PNRMAV a nivel municipal y estatal en centros y redes de prevención y protección contra la violencia, y servicios de vigilancia sobre el tema.

El Ministerio de Salud y los secretarios de salud estatales y municipales designaron a los encuestados. La mayoría de las personas entrevistadas fueron mujeres en las 26 capitales estatales y el Distrito Federal (DF). Además de las capitales estatales, se incluyeron diez ciudades en esta etapa del estudio, dos en cada región, se-

leccionadas por tamaño de población (pequeña y grande) y desempeño en la evaluación del indicador compuesto de la directriz en cuestión. Para seleccionarlás, se sumaron las puntuaciones obtenidas para cada nivel de atención y el desempeño en la directriz estudiada (bueno, pasable o malo). La ciudad seleccionada fue reemplazada por otra con características similares cuando se negó a participar en la encuesta.

Catorce de las 63 entrevistas se realizaron en el Norte, 19 en el Noreste, 12 en el Sureste, 10 en el Sur y cinco en el Medio Oeste. También se entrevistó a un representante del Ministerio de Salud, a un secretario estatal y a un secretario municipal. Para este artículo, se analizaron dos preguntas de la hoja de ruta: una sobre la capacitación en accidentes y otra sobre violencia. Las entrevistas se realizaron de forma remota en 2022 (dada la imposibilidad de reuniones presenciales durante la COVID-19) y se grabaron mediante la plataforma Google Meet. Los audios fueron transcritos y revisados por expertos, con una duración promedio de una hora cada uno. Se adoptó el análisis de contenido temático²³, que incluyó la organización del material recopilado, la descripción analítica del corpus de investigación y la interpretación basada en los referentes teóricos adoptados²⁴.

El Comité de Ética en Investigación de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (Fiocruz) aprobó la investigación mediante Dictamen n° 4.732.884 del 25 de mayo de 2021. Todos los participantes firmaron el Registro de Consentimiento Informado (RCLE) que recibieron por correo electrónico.

Resultados

En total, el 49,6% de los gestores de AP, el 35,6% de los gestores de AH y el 55,6% de los gestores de AR informaron de la existencia de una política municipal para habilitar o apoyar a los profesionales para que realicen formación en accidentes y violencia en todos los municipios estudiados. Estos porcentajes fueron mayores en las capitales: 64,7% en AP y 66,7% en AH y AR (datos no mostrados en la tabla).

La AP presenta un escenario de mayor liberación de profesionales para la formación en ciudades con mayor población (100.000 o más habitantes) en todas las regiones brasileñas, alcanzando el 44,4% en el Norte, el 71,4% en el Nordeste, el 76,2% en el Sudeste y el 83,3% en el Sur y el Centro-Oeste (datos no mostrados en la tabla). En general, en la AR, los municipios

Cuadro 1. Procedimientos para la construcción de indicadores de evaluación para la implementación de la directriz de *capacitación de recursos humanos* para la atención a víctimas de accidentes y violencia.

Indicador	Pregunta	Variable	Categorización	Puntaje
1. Existencia de EC/formación para profesionales del nivel asistencial en promoción de la salud y prevención de violencias y accidentes Indicador aplicado en AP y APH/AH; no se aplica en AR	¿Qué acciones de EC/formación sobre promoción de la salud y prevención de accidentes y violencias se impartieron/realizaron?	1. EC para profesionales de salud para trabajar en la promoción/prevención de accidentes y violencia; 2. Educación continua sobre accidentes y violencia para equipos asistenciales.	Sí; No	Paso 1: recodificando las variables originales SÍ = 2; NO = 0 Paso 2: suma de los puntajes de las 2 variables (puntaje total = 4) Paso 3: clasificación por puntaje: ≥ 3 → indicador = 2 (bueno) ≥ 1 and < 3 → indicador = 1 (pasable) < 1 → indicador = 0 (malo)
2. Realizar acciones de educación continua sobre accidentes y violencias en el nivel asistencial/sanitario. Indicador aplicado en AP, APH/AH y AR	¿Qué acciones de EC se realizaron en el municipio para brindar atención/asistencia en casos de accidentes? ¿Qué acciones de EC se realizaron en el municipio para brindar atención/asistencia en casos de violencia?	1. Capacitación/Concienciación a los profesionales de salud directamente involucrados en la atención en casos de accidentes; 2. Capacitación/Sensibilización a los profesionales de salud directamente involucrados en la atención de casos de violencia.	Escala Likert de 5 puntos	Para AP y APH/AH Paso 1: recodificando las variables originales - más de una vez al año y una vez al año = 2 - cada dos a cuatro años y cada cinco años o más = 1 - nunca ha sido hecho = 0 Paso 2: suma de los puntajes de las 2 variables (puntos totales = 4) Paso 3: clasificación por puntaje: ≥ 3 → indicador = 2 (bueno) ≥ 1 and < 3 → indicador = 1 (pasable) < 1 → indicador = 0 (malo) Para AR: Indicador compuesto únicamente por la pregunta y la variable 1 Recodificando las variables originales - más de una vez al año y una vez al año = 2 → indicador = 2 (bueno) - cada dos a cuatro años y cada cinco años o más = 1 → indicador = 1 (pasable) - nunca ha sido hecho = 0 → indicador = 0 (malo)

continua

de mayor tamaño reportaron más liberación de profesionales para formación que los de menor tamaño en las regiones, excepto en el Nordeste. Las acciones de ECS en promoción de la salud y prevención de accidentes y violencia ofrecidas a profesionales de la salud y otras áreas, por nivel de atención, se muestran a continuación (datos no mostrados en la tabla).

En PC, el 65,9% de los municipios reportaron realizar acciones de ECS sobre los temas de la agenda de salud y el 47,3% sobre otros sectores, buscando el networking. Estos porcentajes ascendieron al 94,1% y al 64,7% en las capitales. La capacitación de los equipos de AP sobre el tema en el 49,5% del total de municipios — no las capitales — está dirigida a los equipos de sa-

Cuadro 1. Procedimientos para la construcción de indicadores de evaluación para la implementación de la directriz de *capacitación de recursos humanos* para la atención a víctimas de accidentes y violencia.

Indicador	Pregunta	Variable	Categorización	Puntaje
3. Disponibilidad de acciones de educación continua/formación sobre el seguimiento de casos de accidentes y violencia por parte del nivel de atención Indicador aplicado en AP, APH/AH y AR	¿Qué acciones de CE se realizaron en el municipio para atender los casos de violencia?	1. Capacitación de los profesionales del SUS para el registro y sistematización de ocurrencias; 2. Mejorar la calidad de la información para la vigilancia epidemiológica	Escala Likert de 5 puntos	Paso 1: recodificando las variables originales - más de una vez al año y una vez al año = 2 - cada dos a cuatro años y cada cinco años o más = 1 - nunca ha sido hecho = 0 Paso 2: suma de los puntajes de las 2 variables (puntos totales = 4) Paso 3: clasificación por puntaje: ≥ 3 → indicador = 2 (bueno) ≥ 1 and < 3 → indicador = 1 (pasable) < 1 → indicador = 0 (malo)
4. Disponibilidad de formación SVAT para profesionales de la atención hospitalaria Indicador aplicado solamente en AH	¿Los profesionales de atención hospitalaria han recibido alguna formación en SVAT?	1. Disponibilidad de formación SVAT para profesionales de la atención hospitalaria	Sí; NO	Sí = 2 → indicador = 2 (bueno) NO = 0 → indicador = 0 (malo)

continua

lud y el 38,6% a otros trabajadores (repcionistas, conductores, mecanógrafos y profesionales de otras áreas). Las capitales invierten más en la capacitación de los equipos de salud (76,5%) y menos en la de otros trabajadores (29,4%).

En AH, el 56,2% de los municipios encuestados estaban involucrados en acciones de ECS para el sector salud, y el 34,6% eran para profesionales de otras áreas. Estos porcentajes alcanzaron el 83,3% y el 66,7% en las capitales, respectivamente. En los municipios, la capacitación sobre estos temas para profesionales de la salud fue reportada por el 45,6% de ellos, y para otros trabajadores del sector, y otros por el 39,4%. En las capitales, se observó un buen nivel de inversión en la capacitación de equipos (100%) y para otros trabajadores de otros sectores (80%). En las regiones brasileñas, las acciones de capacitación sobre el tema en discusión en la atención hospitalaria predominaron en los municipios más grandes;

En AR, el 65,3% de los municipios reportaron acciones de ECS para salud y el 51,5% para profesionales de otras áreas; en las capitales, es-

tos porcentajes ascendieron al 100,0% y 83,3%, respectivamente.

La mayoría de los municipios y capitales que participaron en la encuesta respondieron que algunas acciones de ECS, realizadas al menos una vez al año para la atención de casos de accidentes y violencia, se extendían a profesionales de la salud, asistencia social, educación y organizaciones no gubernamentales en los tres niveles de atención. Las entrevistas mostraron que una de las principales acciones fue mejorar el llenado del formulario de notificación de violencia, y que también se brindó capacitación a quienes lo rellenaban. En cuanto a los accidentes, los encuestados mencionaron las acciones de capacitación en colaboración con las autoridades de tránsito, impulsadas por el *Programa Vida en Trânsito* (PVT). Los siguientes extractos muestran los esfuerzos de capacitación de los equipos:

La ciudad está invirtiendo fuertemente en este campo, privilegiado para la capacitación de los residentes. La idea es que puedan trabajar en esta red en el futuro (Atención Primaria, Río de Janeiro/RJ).

Quadro 1. Procedimientos para a construção dos indicadores avaliativos da implementação da diretriz *capacitação de recursos humanos* para o atendimento às vítimas de acidentes e violências.

Indicador	Pregunta	Variable	Categorización	Puntaje
Indicador compuesto de la directriz sobre formación para cada nivel de atención	Para la ATENCIÓN PRIMARIA, se sumaron los puntajes de los 3 indicadores (puntaje total = 6) que componen la directriz y luego se realizó la clasificación según el puntaje: $\geq 3 \rightarrow$ indicador = 2 (bueno) ≥ 1 y $<3 \rightarrow$ indicador = 1 (pasable) $< 1 \rightarrow$ indicador = 0 (malo) Para la ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA Y HOSPITALARIA, se sumaron los puntajes de los 4 indicadores (puntaje total = 8) que componen la directriz y luego se realizó la clasificación según el puntaje: $\geq 6 \rightarrow$ indicador = 2 (bueno) ≥ 3 y $<6 \rightarrow$ indicador = 1 (pasable) $< 3 \rightarrow$ indicador = 0 (malo) Para la ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN, se sumaron los puntajes de los 2 indicadores (puntaje total = 4) que componen la directriz y luego se realizó la clasificación según el puntaje: $\geq 3 \rightarrow$ indicador = 2 (bueno) ≥ 1 y $< 3 \rightarrow$ indicador = 1 (pasable) $< 1 \rightarrow$ indicador = 0 (malo)			

Fuente: Autoras.

Hemos realizado actividades de capacitación sobre violencia, por ejemplo, involucrando a actores comunitarios. Si podemos invertir y crear estrategias como esta, podremos incidir directamente en el problema de la violencia (Atención Primaria, Porto Alegre/RS).

La formación de profesionales de AP en accidentes y violencia se basa principalmente en la iniciativa de los trabajadores en los municipios y capitales. Los cursos de corta duración (41,4 % en los municipios y 52,9 % en las capitales) son

los más comunes, ofrecidos por la institución o en colaboración con una institución educativa o de investigación. En la mayoría de los casos, la dirección apoya la iniciativa individual de los profesionales para cursos de formación avanzada, especialización, maestría y doctorado.

En la APH/AH de los municipios estudiados, la mayoría de las respuestas de los profesionales mostraron el incentivo para la capacitación en los temas en cuestión. Sin embargo, los profesionales reciben apoyo institucional si

deciden realizar un curso. En las capitales, la mitad de los encuestados afirmó que se facilitan los cursos de corta duración cuando se realizan por iniciativa propia o mediante un convenio; la iniciativa para los cursos stricto sensu, en general, proviene de los propios profesionales. La AR es el nivel del sistema que mostró la menor inversión en la capacitación de profesionales en los municipios y las capitales. Los cursos de corta duración fueron mencionados por el 32% de los encuestados en todos los municipios y el 50% de las capitales (Tabla 1).

Los informes de las entrevistas corroboran la información de que la mayoría de los profesionales toman la iniciativa de mejorar su formación, especialmente en los niveles de AP y AR, como se muestra en el siguiente extracto.

Nuestro Grupo de Trabajo (GT) incluye estudiantes de pregrado, posgrado y residentes multidisciplinarios, pero es un grupo independiente. Provenimos de un activismo en el campo de la prevención de la violencia. No está vinculado a los servicios, aunque nuestros gestores nos permi-

ten estar presentes en horario laboral. Prácticamente no contamos con apoyo institucional (Encuestado de Vigilancia – Santa Maria/RS).

En cuanto a las acciones de ECS y los tipos de accidentes y violencia abordados, el 43,5% de los municipios investigados reportaron la existencia de este tipo de actividad en la Policía de Caminos para asistir a las víctimas de accidentes y el 46,4% para las víctimas de violencia. Estos porcentajes son mayores en las capitales, con un 58,8% y un 64,7%, respectivamente (datos no mostrados en la tabla).

En relación a la AH, encontramos porcentajes superiores al 80,0% de gestores encuestados de todos los municipios y capitales que afirmaron que concientizan a los profesionales del SUS, los capacitan para registrar y sistematizar casos y mejoran la calidad de la información para la vigilancia epidemiológica de accidentes. En cuanto a la capacitación para la asistencia en casos de violencia, los porcentajes alcanzaron el 90,0% de los municipios estudiados y fueron aún mayores en las capitales: en estas últimas,

Tabla 1. Distribución porcentual del apoyo prestado por la gestión de los tres niveles de atención a la formación profesional sobre accidentes y violencia según el total de municipios y capitales brasileñas participantes.

Cursos	Total de municipios					Capitals				
	Implementación					Implementación				
	Iniciativa individual del profesional (A)	propia o acuerdo con una institución educativa/de investigación (B)	(A) o (B)	No soporta este curso	N	Iniciativa individual del profesional (A)	propia o acuerdo con una institución educativa/de investigación (B)	(A) o (B)	No soporta este curso	N
Atención primaria										
Curso corto	48,7	41,4	0,0	9,9	273	41,2	52,9	0,0	5,9	17
Formación continua	54,4	34,9	0,0	10,7	272	52,9	35,3	0,0	11,8	17
Especialización	64,2	18,6	0,0	17,2	274	64,7	29,4	0,0	5,9	17
Maestría	62,6	16,3	0,0	21,1	270	64,7	29,4	0,0	5,9	17
Doctorado	62,7	15,7	0,0	21,6	268	70,6	17,6	0,0	11,8	17
Atención pre-hospitalaria/hospitalaria										
Curso corto	30,6	18,4	14,3	34,7	98	0,0	50,0	33,3	16,7	6
Formación continua	32,0	16,5	12,4	38,1	97	16,7	33,3	33,3	16,7	6
Especialización	41,7	7,3	6,2	43,8	96	33,3	16,7	16,7	33,3	6
Maestría	38,9	4,2	4,2	51,6	95	50,0	0,0	16,7	33,3	6
Doctorado	40,0	4,2	4,2	50,5	95	50,0	0,0	16,7	33,3	6
Atención de rehabilitación										
Curso corto	26,0	32,0	12,0	30,0	100	0,0	50,0	33,3	16,7	6
Formación continua	25,8	22,7	12,4	38,1	97	16,7	16,7	33,3	33,3	6
Especialización	32,6	14,7	10,5	42,1	95	33,3	0,0	16,7	50,0	6
Maestría	35,1	10,6	6,4	47,9	94	33,3	0,0	16,7	50,0	6
Doctorado	35,1	9,6	7,4	47,9	94	33,3	0,0	16,7	50,0	6

Fuente: Autoras.

todos los encuestados afirmaron haber desarrollado acciones para sensibilizar a los profesionales, el 80,0% abordó la importancia de los registros y el 80,0% afirmó haber invertido en mejorar la información. En AR, el 22,4% de los encuestados de los municipios estudiados informaron haber impartido capacitación para el seguimiento de accidentes y el 33,3% para la violencia. En las capitales, estos porcentajes ascienden al 33,3% en el caso de los accidentes y al 83,3% en el de la violencia. En las regiones, las ciudades más grandes presentaron tasas más altas de formación en vigilancia de la violencia: el 36,7% de los encuestados de todos los municipios y el 50,0% de las capitales investigadas. La frecuencia con la que los profesionales de AR directamente involucrados en la asistencia a las víctimas de accidentes reciben formación es al menos una vez al año en el 77,1% de los municipios estudiados, y esta acción se extiende a otros profesionales en el 76,5% de ellos (datos no mostrados en la tabla).

La Tabla 2 muestra los principales tipos de accidentes atendidos en las acciones de ECS con

mayor y menor frecuencia (al menos una vez al año) en los tres niveles de atención. Se observan mayores porcentajes de actividades de capacitación al menos una vez al año en los centros de atención primaria y secundaria de las capitales, en comparación con el total de municipios. Sin embargo, un alto porcentaje de accidentes nunca se atendió en ECS. Cabe destacar, por ejemplo, que solo el 52,0% de las capitales y el 51,5% de los municipios reportaron accidentes de transporte y caídas, respectivamente, como objeto de ECS en AR al menos una vez al año. Sin embargo, las víctimas de estos eventos probablemente sean usuarios que acuden a los servicios de rehabilitación. Igualmente preocupante es el dato de que el 32,7% de los municipios y el 39,8% de las capitales nunca han ofrecido formación sobre accidentes de transporte y caídas a los profesionales que trabajan en rehabilitación. El porcentaje de capitales que informan de formación para abordar este tipo de accidentes es mucho mayor en los centros de salud y centros de salud, lo que sugiere que reciben una mejor atención que quienes trabajan en AR.

Tabla 2. Frecuencia con que los tipos de accidentes son abordados en las acciones de educación continua de los tres niveles de atención, por total de municipios y capitales brasileñas estudiadas.

Tipos de accidentes	Atención primaria			Atención hospitalaria			Atención de rehabilitación		
	Al menos una vez al año %	Nunca ha sido hecho %	Total N	Al menos una vez al año %	Nunca ha sido hecho %	Total N	Al menos una vez al año %	Nunca ha sido hecho %	Total N
Total de municipios									
Accidente de transporte terrestre	46,7	34,2	272	52,8	30,2	106	52,0	32,7	98
Caída	47,6	32,6	270	53,3	31,8	107	51,5	30,9	97
Quemadura	45,0	37,6	271	43,0	37,4	107	46,9	36,7	98
Envenenamiento/asfixia	42,4	37,3	271	45,8	37,4	107	50,5	34,0	97
Ahogamiento/sumersión	34,2	48,3	269	36,4	45,8	107	43,3	39,2	97
Asfixia	35,1	45,9	268	33,7	46,2	104	39,8	41,8	98
Capitales									
Accidente de transporte terrestre	64,7	23,5	17	71,4	0,0	7	50,0	39,8	6
Caída	62,5	25,0	16	57,1	14,3	7	33,3	33,3	6
Quemadura	62,5	25,0	16	57,1	14,3	7	33,3	33,3	6
Envenenamiento/asfixia	56,2	37,5	16	57,1	14,3	7	33,3	50,0	6
Ahogamiento/sumersión	50,0	50,0	16	57,1	14,3	7	33,3	50,0	6
Asfixia	56,2	43,8	16	57,1	14,3	5	33,3	50,0	6

Nota: las opciones de respuesta intermedia "cada 2 a 4 años" y "cada 5 años o más" se excluyeron de la tabla porque tienen frecuencias más bajas de respuestas.

Fuente: Autoras.

En ECS de varios municipios se abordan diversos tipos de violencia una vez al año en todos los niveles de atención. Este patrón es mayor en las capitales. Sin embargo, cabe destacar el considerable porcentaje de municipios que nunca han abordado la incidencia de la violencia y los accidentes en la formación continua de los profesionales (Tabla 3).

En entrevistas con profesionales de atención primaria, la notificación de eventos violentos fue el tema más discutido en las capacitaciones en todas las regiones geográficas. Varios encuestados informaron que los estados y municipios han invertido en completar correctamente el formulario de denuncia de violencia interpersonal y autoinfligida, con especial atención a las poblaciones más vulnerables (adultos mayores, niños, mujeres, personas LGBTQIA+ y personas negras e indígenas). Los encuestados tam-

bién destacaron diversos temas de capacitación relacionados con la violencia, como la atención a víctimas de autolesiones y la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes; el diagnóstico y la actuación ante la explotación laboral infantil; la humanización, la recepción, la asistencia y la derivación de la atención en el SUS; la línea de atención a víctimas de violencia; el aborto legal; el seguimiento de casos; y las redes de apoyo. En cuanto a los accidentes, se mencionó la capacitación para abordar lesiones y accidentes laborales.

En el ámbito de la APH/AH, los principales temas abordados fueron la prevención y atención de traumas causados por accidentes de tránsito y otros; la identificación y denuncia de casos de violencia doméstica y sexual contra las mujeres, así como la derivación a servicios como albergues; el abordaje de la violencia se-

Tabla 3. Frecuencia con que los tipos de violencia son abordados en las acciones de educación continua de los tres niveles de atención, por total de municipios y capitales brasileñas estudiadas.

Tipos de violencia	Atención primaria			Atención hospitalaria			Atención de rehabilitación		
	Al menos una vez al año	Nunca ha sido hecho	Total N	Al menos una vez al año	Nunca ha sido hecho	Total N	Al menos una vez al año	Nunca ha sido hecho	Total N
	%	%		%	%		%	%	
Total de municipios									
Abuso/intento de asesinato	46,3	38,5	273	43,8	38,1	105	58,2	28,6	98
Abuso/intento de feminicidio	48,3	35,3	269	44,8	36,2	105	54,1	30,6	98
Intento de suicidio	58,4	28,5	274	53,3	31,4	105	65,3	21,4	98
Autolesión/automutilación	55,1	30,1	272	45,3	38,7	106	60,2	29,6	98
Intervención legal	33,1	55,4	269	32,0	52,4	103	39,8	49,0	98
Violencia física	55,8	27,5	276	48,6	40,0	105	62,9	26,8	97
Violencia sexual	57,5	25,8	275	53,3	34,3	105	63,3	25,5	98
Violencia psicológica/moral	55,1	29,7	276	46,2	43,3	104	60,8	27,8	97
Negligencia/abandono	44,9	39,8	274	39,0	47,6	105	53,1	35,7	98
Capitales									
Abuso/intento de asesinato	75,0	12,5	16	57,1%	0,0	7	83,3	16,7	6
Abuso/intento de feminicidio	75,0	12,5	16	57,1	0,0	7	66,7	16,7	6
Intento de suicidio	82,4	5,9	17	57,1	0,0	7	100,0	0,0	6
Autolesión/automutilación	82,4	5,9	17	57,1	0,0	7	100,0	0,0	6
Intervención legal	40,0	40,0	15	42,9	0,0	7	66,7	33,3	6
Violencia física	76,5	11,8	17	71,4	0,0	7	100,0	0,0	6
Violencia sexual	76,5	5,9	17	71,4	0,0	7	100,0	0,0	6
Violencia psicológica/moral	70,6	11,8	17	66,7	0,0	6	66,7	16,7	6
Negligencia/abandono	70,6	11,8	17	42,9	0,0	7	83,3	16,7	6

Nota: las opciones de respuesta intermedia “cada 2 a 4 años” y “cada 5 años o más” se excluyeron de la tabla porque tienen frecuencias más bajas de respuestas.

Fuente: Autoras.

xual contra niñas, niños, jóvenes y mujeres; y el aborto legal. En la AR, los principales temas de capacitación se relacionaron con accidentes, como la Ley Seca, los límites de velocidad y la victimización de motociclistas.

El establecimiento de alianzas entre la administración municipal de salud para la capacitación sobre accidentes y violencia con instituciones educativas, de investigación y de extensión es poco frecuente, con menos del 10,0% en todos los municipios encuestados. La extensión universitaria, que contribuiría a cubrir a estudiantes de pregrado en una amplia gama de actividades en los tres niveles de atención a víctimas de accidentes y violencia, también muestra un bajo porcentaje en las capitales: un tercio en AP, APH y AH, y el 28,6 % en AR (datos no mostrados en la tabla).

Los datos cualitativos destacan que fueron establecidas alianzas con Universidades Federales y Estaduales, Escuelas de Salud Pública, Escuelas Técnicas del SUS, Universidad Abierta del Sistema Único de Salud (UNASUS), Departamento Estatal de Tránsito (DETRAN), Cuerpo de Bomberos, Policía Federal de Carreteras (PRF), Batallón de Tránsito, Policía Civil y Policía Militar (PM), Servicio Móvil de Atención a Urgencias (SAMU), Instituto Médico Legal (IML), Red de Atención a la Mujer, las Secretarías Estatales de Seguridad Pública, Educación, Mujer y Diversidad y Asistencia Social, el Ministerio Público, la Defensoría Pública y Organizaciones de la Sociedad Civil.

La información de la entrevista también muestra que la capacitación en violencia y salud ha sido una demanda significativa entre los profesionales del SUS. Se mencionaron como muy importantes: el curso a distancia “Impactos de la Violencia en la Salud”, promovido por la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) en colaboración con el Ministerio de Salud; los cursos ofrecidos por el Laboratorio de Estudios sobre la Infancia (LACRI) y el Centro de Estudios sobre la Violencia (NEV), ambos de la Universidad de São Paulo (USP); el Programa de Investigación Epidemiológica sobre Violencia Familiar (PIEVF), de la Universidad Estatal de Río de Janeiro (UERJ); y los cursos sobre estos temas impartidos en las Universidades Federales de Goiás y Minas Gerais.

Indicadores de evaluación de la guía de capacitación de recursos humanos

El indicador que reanuda la implementación de la directriz sobre Formación de Recursos

Humanos muestra resultados deficientes. Observamos un desempeño deficiente de esta directiva en todos los niveles de atención y en todos los municipios investigados, especialmente en los niveles de APH/AH (55,6%) y AR (52%). En comparación con los demás niveles, a pesar de tener un porcentaje bajo, Atención Primaria muestra un desempeño ligeramente mejor en el indicador resumen sobre la formación de profesionales en el tema en cuestión (Gráfico 1).

La evaluación muestra mejores resultados en las capitales brasileñas: el 64,7% de AP, el 50% de APH/AH y el 33,3% de AR. Solo el 23,5% de AP, el 16,7% de AR y el 0% de APH/AH se clasificaron como deficientes en cuanto a la implementación de la directriz (datos no mostrados en el gráfico).

En la pregunta abierta del cuestionario, los participantes del PC tuvieron la mejor evaluación de la directriz, ya que es el nivel con mayor inversión en el desempeño, la capacitación y la cualificación de profesionales en los dos temas en cuestión. Los encuestados indicaron que el bajo desempeño de algunos municipios en esta directriz se puede atribuir a la dificultad para acceder a oportunidades de capacitación, especialmente para quienes trabajan en zonas remotas, donde no hay cursos disponibles y las instituciones educativas se encuentran físicamente distantes. Cabe destacar que la pandemia de COVID-19 impidió la realización de capaci-

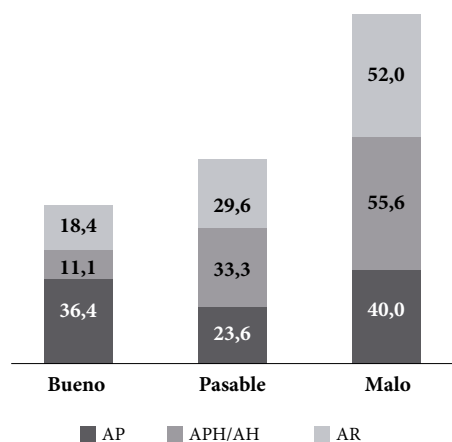


Gráfico 1. Indicador resumen de la evaluación de la implementación de la guía de *formación de recursos humanos* de la PNRMAV por nivel de atención.

Fuente: Autoras.

taciones presenciales, dificultó la contratación de profesionales y acentuó la falta de personal cualificado para atender a los grupos víctimas de accidentes y violencia.

Los encuestados destacaron que el peor desempeño en el nivel de APH/AH podría estar asociado con la falta de interés y disponibilidad de profesionales para la capacitación, la falta de recursos humanos para implementar la ECS, y la baja difusión y la limitada oferta de cursos. También destacaron la necesidad de docentes especializados, apoyo gubernamental para la capacitación y la renovación de equipos mediante concursos públicos. Si bien algunos gerentes han argumentado que el nivel de APH/AH cuenta con capacitación en accidentes y contrata especialistas para la capacitación continua, la frecuente rotación de los equipos de atención se reflejó en el indicador resumen de la implementación de la directriz evaluada.

En cuanto a la implementación de la guía en el ámbito de la rehabilitación, los participantes informaron que, en general, no se invirtió en cursos ni capacitación específicos para abordar los traumas y las lesiones causados por la violencia y los accidentes en los municipios. Sin embargo, los profesionales afirmaron que invertir en capacitación para la atención y el seguimiento de los pacientes es una de las mejores formas de prevención. Al mismo tiempo, señalaron dificultades como la falta de tiempo y la escasez de recursos humanos e incentivos financieros para impartir cursos.

Discusión

La directriz “Formación de recursos humanos” fue evaluada por los indicadores de esta investigación como bastante incipiente en todos los niveles de atención, reiterando las muchas y persistentes dificultades en la internalización de la PNRMAV en el SUS. El enfoque cuantitativo para la formación de profesionales del SUS en los temas analizados muestra que, en términos porcentuales, las capitales y los municipios más grandes de las diferentes regiones brasileñas destacaron positivamente en la mayoría de los aspectos encuestados, probablemente debido a que contaron con un mayor apoyo de las instituciones de formación. Los datos también indican que el nivel de AP es el que más ha invertido en la ECS de sus profesionales y otros sectores.

En todos los niveles de atención, la capacitación se realiza principalmente por iniciativa de los profesionales, más que por iniciativa de las

instituciones donde trabajan, como lo corroboran datos cuantitativos y cualitativos. Si bien es poco frecuente, todos los municipios y capitales están vinculados a algunas universidades e instituciones educativas que los apoyan con cursos e investigación operativa.

La falta de apoyo a la formación continua en todos los niveles de atención es especialmente grave en los municipios pequeños, especialmente en lo que respecta a la atención hospitalaria y de rehabilitación. Uno de los desafíos más importantes es la alta rotación de personal en estos sectores y la falta de infraestructura adecuada para el desarrollo de actividades²⁵.

Sin embargo, gran parte de la responsabilidad por esta brecha debe, sin duda, recaer en las universidades y centros de investigación, que necesitan acercarse a los servicios, dotar sus estudios de mayor carácter estratégico y promover la consolidación del PNRMAV como una acción estratégica integral del SUS en favor de la vida y los derechos humanos. Este enfoque, mediante acciones de extensión e investigación, es prometedor y puede favorecer la autonomía de los profesionales de la salud frente a problemas complejos como los accidentes y la violencia².

Los encuestados explicaron otras dificultades para realizar formaciones consolidadas que los orienten en la atención a las víctimas de accidentes y violencia, como es el caso de la resistencia de los profesionales frente al tema, la ausencia de médicos en las actividades de formación que se ofrecen a los profesionales de salud, lo que implica un proceso discontinuo de atención integral, las amenazas y represalias contra los profesionales de la salud cuando denuncian los casos, y el machismo arraigado en las relaciones sociales de género reproducidas en las relaciones de cuidado y trabajo.

Si bien la capacitación para la notificación de violencia y accidentes es la acción más frecuentemente reportada por gerentes y profesionales, existe resistencia a ofrecer o realizar los cursos. Un estudio con profesionales de la salud en AP indica que siguen sintiéndose poco preparados para la notificación, aun reconociéndola como una de sus tareas²⁶. Cabe destacar que, si bien la ECS contribuye a mejorar la atención y los registros de los casos de violencia atendidos en el SUS, la adhesión al sistema de notificación existente en el país es inferior a la deseada^{27,28}, lo que indica la necesidad de mayor inversión en capacitación. La brecha en la formación profesional comienza en los cursos de pregrado, que generalmente no abordan la violencia y los accidentes como problemas sociales que afectan la

salud. Existe poco análisis profundo de la complejidad de estos eventos, lo que resulta en la falta de una perspectiva integral, emancipadora e intersectorial con repercusiones directas en la atención médica²⁷.

La intersectorialidad se aborda en varios puntos de este estudio y debe considerarse en la formación y el trabajo del sector salud²⁸, al igual que la intrasectorialidad²⁹. Ambas requieren la coordinación entre servicios del mismo nivel y entre diferentes organismos para la atención de las personas que sufren accidentes y violencia. La investigación mostró la enorme dificultad del sector para garantizar la atención a las víctimas de estos eventos, en parte debido a las deficiencias de formación.

Un estudio de Minayo y Deslandes²¹ investigó la implementación del PNRMAV en cinco capitales de Brasil y reveló que la capacitación de recursos humanos recibió poca inversión y, cuando estuvo disponible, se realizó mediante cursos cortos. La investigación actual muestra que este tipo de apoyo sigue siendo muy inferior al necesario, a pesar de la mayor oferta de especializaciones, maestrías, doctorados y cursos a distancia, que ha sido aprovechada gracias a los esfuerzos de profesionales, algunas instituciones y el impulso del Ministerio de Salud.

Quince años después de la primera evaluación, persisten algunas afirmaciones²¹. Una de ellas es que, si bien los accidentes y la violencia se encuentran entre las principales causas de muerte en Brasil, según la visión médica hegemónica predominante en el SUS, estos son problemas de seguridad pública, y el sector salud solo es responsable del tratamiento de lesiones y traumas. La resistencia a abordar la violencia, especialmente en el SUS, se manifiesta en la falta de prioridad en la atención a las víctimas y la re-

ducida inversión en la formación de profesionales³⁰, la falta de estándares y protocolos, y la deficiente comunicación con la sociedad, lo que se debe en parte a la hegemonía biomédica. Por lo tanto, la violencia y los accidentes están ausentes del currículo de las carreras de grado en las áreas que conforman las ciencias de la salud, a pesar de contradecir las recomendaciones de la PNRMAV³. Las brechas de conocimiento en las instituciones que forman en ciencias de la salud afectan la rutina de las unidades de salud^{27,31,32}.

Como estrategia de formación de profesionales, la ECS requiere voluntad política e inversiones financieras, organizativas y de recursos humanos para su implementación³³. Los hallazgos de este estudio refuerzan la necesidad de invertir en los trabajadores del SUS mediante una educación integral, dialógica y emancipadora³⁴, que depende de la inversión y la expansión de los procesos de formación y actualización de los equipos de salud de los servicios mediante un trabajo continuo, sistemático y participativo²⁷.

Este artículo presenta varias limitaciones. La principal es que se basa en un estudio realizado durante la pandemia de COVID-19. Esta epidemia afectó las iniciativas de capacitación de los profesionales de la salud, cuyas rutinas se modificaron para abordar una emergencia de salud pública. Les impidió participar y desarrollar el estudio, lo cual fue prácticamente imposible. Por lo tanto, los datos presentados no son estadísticamente representativos de la situación en los municipios y servicios brasileños en cuanto a la demanda y la atención a las víctimas de accidentes y violencia. Sin embargo, la nueva información aquí presentada puede contribuir a la reflexión de los gestores para que inviertan en la capacitación de profesionales en los diferentes niveles de atención.

Colaboradores

Todas las autoras contribuyeron por igual en todas las etapas de la preparación del artículo y aprobaron la versión final.

Referencias

1. Tesser CD, Garcia AV, Vendruscolo C, Argenta CE. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4295-4306.
2. Silva CBG, Scherer MDA. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. *Interface (Botucatu)* 2020; 24:e190840.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*; 2001; 17 maio.
4. Santos JPB, Lima RRT. Permanent health education to qualify the reception of women victims of violence: debating a proposal. *Res Soc Dev* 2020; 9(1):e173911859.
5. Souza MAR, Peres AM, Mafioletti TM. Educação permanente na rede de atenção às mulheres em situação de violência. *Rev Enferm Ref* 2020; 5(2):1-9.
6. Souza MAR, Peres AM, Wall ML, Haddad MCFL, Sade PMC, Lowen IMV, Zangão MOB. Care for women in situations of violence: construction of a model of permanent health education. *Rev Gaucha Enferm* 2022; 43:e20210203.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). DATASUS. Morbidade Hospitalar do SUS [Internet]. [acessado 2024 set 19]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus>
8. Braverman MT, Engle M, Arnold MA, Rennekemp R, editors. *Program evaluation in a complex organizational system: lessons from cooperative extension, new directions for evaluation*. Washington, D.C. American Evaluation Association Edition; 2008.
9. Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineault R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, editor. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-48.
10. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):705-711.
11. Scriven M. Evaluation in the new millennium: the transdisciplinarity vision. In: Donaldson P, Steward I, Scriven M, editors. *Evaluating social programs and problems: visions for a new millennium*. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates Publishers; 2005. p. 1-30.
12. United Kingdom Government. *Guide for Process Evaluation*. London: UK; 2018.
13. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de programas sociais*. São Paulo: Instituto Fonte, Ed. Gente; 2004.
14. Zucker LG. The role of institutionalization in cultural persistence. P. 83-107. In: Powell WW, Dimaggio PJ, editors. *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: The University of Chicago Press; 1991.
15. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114(11):1115-1118.
16. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos – avaliação de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
17. Denzin NK. *The research act*. Chicago: Aldine Publishing Company; 1973.
18. Minayo MCS, Sanchez O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saude Publica* 1993; 9(3):239-262.
19. Minayo MCS, Cruz Neto O. Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud. In: Bronfman M, Castro R, organizadores. *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. México: Edamex; 1999. p. 65-80.
20. Hartz ZA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationales over fast food and sur mesure over ready-made. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2):229-260.
21. Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
22. Souza ER, organizadora. *Avaliação dos núcleos de prevenção à violência e promoção da saúde do Brasil frente à política de redução de morbimortalidade por acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Claves/ENSP/Fiocruz; 2012.
23. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
24. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.
25. Adamy EK, Zocche DAA, Vendruscolo C, Metelski FK, Argenta C, Valentini JS. Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência. *Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro* 2018; 8:e1924.
26. Cruz NPS, Silva MC, Santos HL, Oliveira CM. Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada: desafios enfrentados pelo profissional de saúde. *HumanE* 2019; 13(2):1-16.
27. Moreira GAR, Freitas KM, Cavalcanti LF, Vieira LJES, Silva RM. Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. *Trab Educ Saude* 2018; 16(3):1039-1055.
28. Couto VA, Rocha RLS, Ribeiro LML, Silveira AM. Intersetorialidade e ações de combate à violência contra a mulher. *Rev Estud Fem* 2018; 26(2):e45859.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.446/GM/MS, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial da União* 2014; 12 nov.
30. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):2007-2016.
31. Minayo MCS, Souza ER, Assis SG. É preciso retomar com força a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMV). *Cien Saude Colet* 2023; 28(6):1598.
32. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

Artículo presentado en 20/09/2024

Aprobado en 14/10/2024

Versión final presentada en 16/10/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva