

Avaliação da formação profissional sobre a temática dos acidentes e violências no Sistema Único de Saúde

Assessment of professional training on the topic of accidents and violence in the Unified Health System

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

Resumo Acidentes e violências são temas complexos e demandam formação profissional. Avalia-se como a formação dos profissionais do SUS sobre acidentes e violências está sendo implementada nos diferentes níveis: atenção primária, pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação. Os dados quantitativos de 531 questionários sobre nove indicadores avaliativos, e qualitativos por meio de 63 entrevistas, provêm de uma pesquisa avaliativa sobre a implementação da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. Os dados foram analisados com métodos específicos e trabalhados por meio da triangulação de métodos. As capitais e cidades com 100 mil ou mais habitantes das regiões do país mostraram os melhores resultados quanto à formação dos seus profissionais. A atenção primária investiu mais do que os outros níveis nessa diretriz. A formação para ações de prevenção e de promoção à saúde para atender às vítimas e para monitorar a violência e os acidentes ocorrem mais por iniciativa individual dos profissionais do que por política institucional. Conclui-se que há necessidade de fortalecer parcerias com instituições de ensino desde a graduação e de reforçar a institucionalização da formação permanente sobre os dois temas em pauta.

Palavras-chave Acidentes, Violência, Avaliação, Educação permanente, Formação profissional

Abstract Accidents and violence are complex topics and require professional training. We evaluated how the training of SUS professionals on accidents and violence is implemented at different levels: primary care, pre-hospital, hospital, and rehabilitation care. The quantitative data from 531 questionnaires on nine evaluative indicators and qualitative data from 63 interviews derive from evaluative research on implementing the national policy to reduce morbimortality from accidents and violence. Data were analyzed with specific methods and worked on through triangulated methods. Capitals and cities with 100,000 or more inhabitants in the Brazilian regions showed the best results regarding training their professionals. Primary care invested more than other levels in this guideline. Training for prevention and health promotion actions to care for victims and monitor violence and accidents occurs more on the professionals' initiative than on institutional policy. We conclude that there is a need to strengthen partnerships with educational institutions since graduation and reinforce the institutionalization of ongoing training on the two topics in question.

Key words Accidents, Violence, Assessment, Continuing education, Professional training

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 morbimortalidad 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, Manguinhos. 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.

Introdução

A educação permanente em saúde (EPS) é uma estratégia político-pedagógica que toma como base questões e demandas do contexto do trabalho em saúde. É destacada por diversos autores como uma ação imprescindível para a qualificação profissional e a melhoria do processo de trabalho em saúde^{1,2}. A EPS integra ensino, serviço, gestão e controle social, pois visa aprimorar as práticas profissionais em resposta às demandas de cuidado à população².

A formação dos profissionais da saúde e o cuidado das vítimas de acidentes e violência constituem-se como diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência/PNRMAV³. A diretriz *capacitação de recursos humanos* diz respeito à oferta de conhecimentos teóricos, técnicos e sociopolíticos para garantir atenção humanizada, escuta qualificada e acolhimento às vítimas. É essencial para subsidiar práticas de vigilância, prevenção, promoção da saúde, cultura de paz e organização de serviços para atenção integral às pessoas em situação de violência³. O preparo do profissional pode se dar no âmbito da educação formal e não formal, a exemplo de ações pontuais que ocorrem para atualização de protocolos e fluxos de atendimento.

Uma prioridade da diretriz sobre formação é a inclusão de disciplinas sobre acidentes e violência nos cursos técnicos e superiores da área da saúde. Alguns estudos avaliam que a EPS encontra barreiras importantes para sua concretização, por causa da incipiente articulação com o setor da educação, o reduzido financiamento para as ações de aprendizagem e o descompasso entre as necessidades do SUS e a formação dos profissionais para atuar em contextos tão desafiadores que tratam, ao mesmo tempo, lesões e traumas e questões culturais².

Em relação ao atendimento dos casos de acidentes e violência, observa-se, além da falta de preparo, a angústia de muitos profissionais quando as vítimas chegam aos serviços de saúde. As dificuldades ocorrem desde a identificação de uma situação suspeita ou confirmada de violência até a notificação e o encaminhamento para outros serviços da rede de proteção⁴⁻⁶.

A magnitude das demandas geradas por lesões e traumas oriundos de acidentes e violência no sistema de saúde brasileiro ressaltam a necessidade de recursos humanos preparados para fazer frente à complexidade dos atendimentos. Muitos casos são de pouca gravidade e atendidos no nível da atenção primária (AP). No en-

tanto, as lesões de maior gravidade requerem cuidados de elevada complexidade. Somente em 2023 ocorreram cerca de 1,5 milhão de autorizações de hospitalizações para tratar acidentes e violência no Sistema Único de Saúde (SUS), o que representou 11,1% do total de internações por todas as causas no Brasil⁷.

Diante desse contexto, o presente artigo investiga como o processo formativo sobre os cuidados com as vítimas de acidentes e violência está sendo implementado nos níveis de atenção à saúde: primária (AP), pré-hospitalar e hospitalar (APH/AH) e reabilitação (AR) no SUS.

Metodologia

O artigo analisa a implementação de uma das sete diretrizes da PNRMAV, a *capacitação de recursos humanos*, sobre o tema acidentes e violência, a partir das informações de uma pesquisa maior que avaliou a referida política, no período de 2020 a 2023.

O estudo original utilizou os marcos teóricos de pesquisa avaliativa⁸⁻¹³ para analisar o processo de implementação da PNRMAV¹²⁻¹⁴. Baseou-se em pontos recomendados pelos que trabalham com pesquisa avaliativa e buscou compreender e explicar: (a) o que contribui para o êxito da implementação de programas, projetos e serviços nos locais onde foram bem-sucedidos; (b) os fatores e as resistências que dificultam a implementação nos locais em que ela ocorre lentamente ou não acontece; e (c) os limites que a política encontra para sua plena vigência. A avaliação teve como objetivo estratégico subsidiar as melhores práticas e a correção de rumos¹⁵, apoiada na visão dos atores envolvidos no processo. O estudo maior buscou ainda ressaltar lições aprendidas com as experiências em execução ou passadas^{12,16}.

A análise se serviu da triangulação de métodos¹⁶⁻²⁰, que promove um diálogo complementar entre as abordagens quantitativa e qualitativa, diferentes técnicas de coleta de dados e o olhar de distintos atores, que neste caso foram os envolvidos com a implementação da política, considerados como sujeitos que se autoavaliavam¹⁶.

Gestores de todos os municípios brasileiros foram convidados a participar da pesquisa. Os dados quantitativos advêm de 531 questionários autoavaliativos, respondidos via plataforma Redcap por gestores e profissionais do SUS, sendo 290 deles trabalhadores da AP, 128 da APH/AH, 113 da AR, abrangendo 379 municípios brasileiros, inclusive as capitais.

Os seguintes tópicos foram analisados nos questionários em relação à *capacitação de recursos humanos para tratar e cuidar das vítimas de acidentes e violência*: existência de política municipal de apoio; liberação dos profissionais para a formação; tipos e frequências dos dois temas nas ações de EPS; e parcerias da gestão municipal de saúde para a formação de seus profissionais. A análise considerou o total dos municípios e as capitais participantes.

A partir de estudos anteriores^{21,22} e da discussão de um conjunto de *experts*, composto pela equipe de pesquisadores e técnicos do Ministério da Saúde (MS) com ampla experiência nos temas avaliados, foram identificadas questões relevantes dos questionários para cada nível da atenção à saúde e para a elaboração e cálculo de indicadores avaliativos. Entre essas questões, foram destacados os seguintes tópicos: formação para promoção da saúde e prevenção dos acidentes e violências; formação para o atendimento e a assistência às pessoas que sofreram lesões e traumas; formação para o monitoramento dos casos de acidentes e violência que chegam aos serviços de saúde; e formação em suporte avançado de vida para pessoas que sofreram traumas (*advanced trauma life support* – ATLS). A avaliação quantitativa dessa diretriz foi constituída por nove indicadores (três para a AP; quatro para a APH/AH e dois para a AR), cujo procedimento para construção é mostrado no Quadro 1.

A análise dos indicadores classificou o desempenho e a implementação das diretrizes como *bom*, *regular* ou *ruim*.

Os dados qualitativos advêm das respostas a uma questão aberta do questionário sobre a percepção dos gestores em relação às diretrizes da política *melhor* ou *pior* implementadas no município e os motivos dessa avaliação, e das 63 entrevistas com gestores do nível federal e de órgãos representativos de secretários de saúde do país, gestores e profissionais que operam as ações da PNRMAV no âmbito municipal e estadual em núcleos e redes de proteção e prevenção de violência e serviços de vigilância sobre o tema. Os respondentes foram indicados pelo Ministério da Saúde e pelos secretários do setor do estado e do município. A grande maioria das pessoas entrevistadas era do sexo feminino em todas as 26 capitais e no Distrito Federal (DF). Além das capitais, dez cidades fizeram parte dessa etapa do estudo, sendo duas em cada região do país, selecionadas por porte populacional (pequeno e grande) e desempenho na avaliação do indicador composto sobre a diretriz em questão. Para selecioná-las, somaram-se os

escores obtidos para cada nível da atenção e o desempenho na diretriz estudada (*bom*, *regular* ou *ruim*). Quando houve recusa a participar da pesquisa, a cidade foi substituída por outra com características semelhantes.

No total, das 63 entrevistas, 14 foram realizadas na região Norte, 19 no Nordeste, 12 no Sudeste, 10 no Sul e 5 no Centro-Oeste. Também foram ouvidos: um representante do MS, um dos secretários estaduais e um dos secretários municipais. Para este artigo, foram analisadas duas questões do roteiro: uma sobre a oferta de formação sobre acidentes e outra sobre a violência. As entrevistas foram realizadas remotamente, no ano de 2022 (tendo em vista a indisponibilidade total de encontros presenciais na pandemia de COVID-19), e gravadas pela plataforma Google Meet. Os áudios foram transcritos e revisados por especialistas e tiveram duração média de uma hora cada.

Adotou-se a análise de conteúdo, na modalidade temática²³, que compreende a organização do material coletado, a descrição analítica do *corpus* da pesquisa e a interpretação embasada nos referenciais teóricos adotados²⁴.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz, sob o parecer 4.732.884, de 25 de maio de 2021. Todos os participantes assinaram o Registro de Esclarecimento Livre e Esclarecido (RCLE) que receberam via *e-mail*.

Resultados

A existência de política municipal de liberação ou apoio aos profissionais para a realização de formação sobre acidentes e violência foi informada por 49,6% dos gestores da AP, 35,6% dos gestores da AH e 55,6% dos gestores da AR do conjunto dos municípios estudados. Nas capitais, esses percentuais foram mais elevados: 64,7% na AP e 66,7% tanto na AH como na AR (dados não mostrados em tabela).

Na AP há um cenário de maior liberação para formação de profissionais em cidades de maior porte populacional (100.000 ou mais habitantes) em todas as regiões brasileiras, alcançando 44,4% na Norte, 71,4% na Nordeste, 76,2% na Sudeste, 83,3% na Sul e na Centro-Oeste (dados não mostrados em tabela).

Em geral, na AR os municípios de maior porte relataram mais liberação de profissionais para se capacitarem, quando comparados aos de menor porte nas regiões, exceto na Nordeste.

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

Indicador	Pergunta	Variável	Categorização	Pontuação
1. Existência de EP/formação para profissionais do nível de atenção sobre promoção da saúde e prevenção das violências e acidentes. Indicador aplicado na AP e APH/AH; não aplicado na AR	Quais ações de EP/formação sobre promoção da saúde e prevenção dos acidentes e violências foram oferecidas/realizadas?	1. EP para profissionais de saúde para atuar na promoção/prevenção de acidentes e violências; 2. Formação continuada sobre acidentes e violências para equipes do nível da atenção.	Sim; Não	Passo 1: recodificação das variáveis originais SIM = 2; NÃO = 0 Passo 2: soma dos escores das 2 variáveis (total de pontos do escore = 4) Passo 3: classificação segundo Escore: ≥ 3 → indicador = 2 (bom) ≥ 1 e < 3 → indicador = 1 (regular) < 1 → indicador = 0 (ruim)
2. Realização de ações de educação permanente sobre acidentes e violências no nível de atenção para o atendimento/assistência à saúde. Indicador aplicado na AP, na APH/AH e na AR	Quais ações de EP foram realizadas no município para o atendimento/assistência aos casos de acidentes Quais ações de EP foram realizadas no município para o atendimento/assistência aos casos de violências?	1. Formação/Sensibilização para <i>profissionais de saúde</i> envolvidos diretamente no atendimento do nível da atenção aos casos de acidentes; 2. Formação/Sensibilização para <i>profissionais de saúde</i> envolvidos diretamente no atendimento do nível da atenção aos casos de violências.	Escala likert 5 pontos	Para AP e APH/AH Passo 1: recodificação das variáveis originais - mais de uma vez ao ano E uma vez ao ano = 2 - a cada dois a quatro anos E a cada 5 anos ou mais = 1 - nunca foi feito = 0 Passo 2: soma dos escores das duas variáveis (total de pontos do escore = 4) Passo 3: classificação segundo escore: ≥ 3 → indicador = 2 (bom) ≥ 1 e < 3 → indicador = 1 (regular) < 1 → indicador = 0 (ruim) Para AR: indicador composto apenas pela questão e variável 1 Recodificação das variáveis originais - mais de uma vez ao ano E uma vez ao ano = 2 → indicador = 2 (bom) - a cada dois a quatro anos E a cada 5 anos ou mais = 1 → indicador = 1 (regular) - nunca foi feito = 0 → indicador = 0 (ruim)

continua

Ações de EPS sobre promoção da saúde e prevenção de acidentes e violências ofertadas para profissionais da saúde e de outras áreas segundo nível da atenção são mostradas a seguir (dados não mostrados em tabela):

Na AP, 65,9% dos municípios referiram promover ações de EPS sobre os temas em pauta

para a área da saúde, e 47,3% para outros setores, buscando atuar em rede. Nas capitais, tais percentuais subiram para 94,1% e 64,7%, respectivamente. A formação das equipes da AP sobre o tema, em 49,5% no total dos municípios – que não são as capitais – se dirige às equipes de saúde, e 38,6% aos demais trabalhadores

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

Indicador	Pergunta	Variável	Categorização	Pontuação
3. Existência de ações de educação permanente/ formação para o monitoramento dos casos de violência pelo nível de atenção. Indicador aplicado na AP, na APH/AH e na AR	Quais ações de EP foram realizadas no município para o atendimento/ assistência aos casos de violências?	1. Formação dos profissionais do SUS para o registro e sistematização das ocorrências; 2. Melhoria da qualidade da informação para a vigilância epidemiológica.	Escala Likert 5 pontos	Passo 1: recodificação das variáveis originais - mais de uma vez ao ano = 2 - a cada dois a quatro anos = 1 - a cada 5 anos ou mais = 0 - nunca foi feito = 0 Passo 2: soma dos escores das duas variáveis (total de pontos do escore = 4) Passo 3: classificação segundo Escore: ≥ 3 → indicador = 2 (bom) ≥ 1 e < 3 → indicador = 1 (regular) < 1 → indicador = 0 (ruim)
4. Existência de capacitação em ATLS para os profissionais da atenção hospitalar. Indicador aplicado somente na AH	Os profissionais da atenção hospitalar receberam alguma formação em ATLS?	1. Existência de capacitação em ATLS para os profissionais da atenção hospitalar	Sim; Não	SIM = 2 → indicador = 2 (bom) NÃO = 0 → indicador = 0 (ruim)

continua

(recepcionistas, motoristas, digitadores e profissionais de outras áreas). Nas capitais há mais investimento na formação das equipes de saúde (76,5%) e menos para os demais trabalhadores (29,4%).

Na AH, 56,2% dos municípios pesquisados se envolveram em ações de EPS para a área da saúde, e 34,6% para profissionais de outras áreas. Nas capitais esses percentuais chegaram a 83,3% e 66,7%, respectivamente. Nos municípios, a formação sobre esses temas para os profissionais de saúde foi informada por 45,6% deles, e para os demais trabalhadores do setor e de outros, por 39,4%. Nas capitais, observou-se um bom nível de investimento na formação das equipes (100%) e para os demais trabalhadores e de outros setores (80%). Nas regiões brasileiras, as ações de formação sobre o tema em pauta em atenção hospitalar predominaram nos municípios de maior porte;

Na AR, 65,3% dos municípios referiram ações de EPS para a área da saúde e 51,5% para profissionais de outras áreas; nas capitais esses percentuais sobem para 100,0% e 83,3%, respectivamente.

A grande maioria dos municípios e capitais participantes da pesquisa respondeu que pelo menos uma vez ao ano foi feita alguma ação de EPS sobre o atendimento aos casos de acidentes e violências, estendida aos profissionais de saúde, assistência social, educação, órgãos não-governamentais, entre outros, nos três níveis de atenção. As entrevistas evidenciaram que uma das principais ações se dirigiu à melhoria do preenchimento da ficha de notificação da violência, cuja formação também se estendeu aos digitadores da ficha. Em relação aos acidentes, os entrevistados mencionaram ações formativas em parceria com os órgãos de trânsito, estimuladas pelo Programa Vida no Trânsito (PVT). Os trechos a seguir evidenciam os esforços em busca de capacitação das equipes:

Tem um investimento bem forte na cidade. É campo privilegiado para a formação dos residentes. A ideia é que eles possam trabalhar nessa rede futuramente (AP, Rio de Janeiro/RJ).

A gente fez atividades de formação sobre violência, por exemplo, envolvendo os atores da comunidade. Se a gente consegue investir e criar estratégias assim, a gente consegue incidir na

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

Indicador	Pergunta	Variável	Categorização	Pontuação
Indicador composto da diretriz sobre Formação para cada nível da atenção	Para a ATENÇÃO PRIMÁRIA somou-se os escores dos três indicadores (escore total = 6) que compõem a diretriz e a seguir procedeu-se à classificação de acordo com escore: $\geq 3 \rightarrow$ indicador = 2 (bom) ≥ 1 e $< 3 \rightarrow$ indicador = 1 (regular) $< 1 \rightarrow$ indicador = 0 (ruim) Para a ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR E HOSPITALAR somou-se os escores dos 4 indicadores (escore total = 8) que compõem a diretriz e a seguir procedeu-se à classificação de acordo com escore: $\geq 6 \rightarrow$ indicador = 2 (bom) ≥ 3 e $< 6 \rightarrow$ indicador = 1 (regular) $< 3 \rightarrow$ indicador = 0 (ruim) Para a ATENÇÃO DE REABILITAÇÃO somou-se os escores dos dois indicadores (escore total = 4) que compõem a diretriz e a seguir procedeu-se a classificação de acordo com escore: $\geq 3 \rightarrow$ indicador = 2 (bom) ≥ 1 e $< 3 \rightarrow$ indicador = 1 (regular) $< 1 \rightarrow$ indicador = 0 (ruim)			

Fonte: Autoras.

questão direta da violência (AP, Porto Alegre/RS).

A formação dos profissionais da AP sobre acidentes e violência, em grande parte, é realizada por iniciativa individual dos trabalhadores, tanto no conjunto dos municípios como nas capitais. Os cursos de curta duração (41,4% no conjunto dos municípios e 52,9% nas capitais), compõem a modalidade mais oferecida pela própria instituição, ou em convênio com alguma instituição de ensino e pesquisa. Para

a realização de cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado, na maioria das vezes, a gestão apoia a iniciativa individual do profissional. Na APH/AH dos municípios estudados, a maioria das respostas dos profissionais mostrou que não há incentivo para a formação sobre os temas em pauta. Porém, o profissional é apoiado institucionalmente caso decida fazer algum curso. Nas capitais, metade dos respondentes afirmou que cursos de curta duração são facilitados quando realizados por

iniciativa própria ou por meio de convênio; já a iniciativa para cursos *stricto sensu*, em geral, parte dos próprios profissionais. A AR é o nível do sistema que apresentou menos investimento na formação dos profissionais, tanto no conjunto dos municípios quanto nas capitais. Cursos de curta duração foram citados por 32% dos respondentes do total dos municípios e por 50% dos participantes das capitais (Tabela 1).

Os relatos das entrevistas corroboram a informação de que a maioria dos profissionais é que toma iniciativa de aprimorar sua formação, particularmente nos níveis da AP e da AR, conforme o trecho a seguir.

Nesse nosso GT, existem alunos de graduação, da pós-graduação, da residência multiprofissional, mas ele é um grupo independente. A gente vem de uma militância dentro [do campo de prevenção] da violência. Ele não está vinculado aos serviços, embora os nossos gestores nos permitam estar em horário de trabalho. Nós não temos quase nenhum apoio institucional (Respondente Vigilância – Santa Maria/RS).

Quanto às *ações de EPS e aos tipos de acidentes e violência abordados*, 43,5% do conjunto dos municípios investigados informaram a existência desse tipo de atividade na AP para o atendimento às vítimas de acidentes e 46,4% para as vítimas de violência. Nas capitais esses percentuais são mais elevados: 58,8% e 64,7%, respectivamente (dados não mostrados em tabela).

Para a AH, constataram-se percentuais acima de 80,0% dos gestores respondentes de todas as cidades e capitais que afirmaram sensibilizar os profissionais do SUS, formá-los para o registro e a sistematização dos casos e para melhorar a qualidade da informação para a vigilância epidemiológica dos acidentes. Em relação à formação para a assistência dos casos de violência, os percentuais chegaram a 90% nos municípios estudados e são mais altos ainda nas capitais: 100% dos respondentes disseram desenvolver ações de sensibilização dos profissionais; 80,0% abordaram a importância dos registros e 80,0% disseram investir na melhoria da informação. Na AR, 22,4% dos respondentes dos municí-

Tabela 1. Distribuição percentual do apoio fornecido pela gestão dos três níveis da atenção à formação profissional sobre acidentes e violências, segundo o total dos municípios e capitais brasileiras participantes.

Cursos	Total dos municípios					Capitais				
	Iniciativa individual do profissional (A)	Execução própria ou convênio com instituição de ensino/pesquisa (B)	(A) ou (B)	Não apoia esse curso	N	Iniciativa individual do profissional (A)	Execução própria ou convênio com instituição de ensino/pesquisa (B)	(A) ou (B)	Não apoia esse curso	N
Atenção primária										
Curso de curta duração	48,7	41,4	0,0	9,9	273	41,2	52,9	0,0	5,9	17
Aperfeiçoamento	54,4	34,9	0,0	10,7	272	52,9	35,3	0,0	11,8	17
Especialização	64,2	18,6	0,0	17,2	274	64,7	29,4	0,0	5,9	17
Mestrado	62,6	16,3	0,0	21,1	270	64,7	29,4	0,0	5,9	17
Doutorado	62,7	15,7	0,0	21,6	268	70,6	17,6	0,0	11,8	17
Atenção pré-hospitalar/hospitalar										
Curso de curta duração	30,6	18,4	14,3	34,7	98	0,0	50,0	33,3	16,7	6
Aperfeiçoamento	32,0	16,5	12,4	38,1	97	16,7	33,3	33,3	16,7	6
Especialização	41,7	7,3	6,2	43,8	96	33,3	16,7	16,7	33,3	6
Mestrado	38,9	4,2	4,2	51,6	95	50,0	0,0	16,7	33,3	6
Doutorado	40,0	4,2	4,2	50,5	95	50,0	0,0	16,7	33,3	6
Atenção de reabilitação										
Curso de curta duração	26,0	32,0	12,0	30,0	100	0,0	50,0	33,3	16,7	6
Aperfeiçoamento	25,8	22,7	12,4	38,1	97	16,7	16,7	33,3	33,3	6
Especialização	32,6	14,7	10,5	42,1	95	33,3	0,0	16,7	50,0	6
Mestrado	35,1	10,6	6,4	47,9	94	33,3	0,0	16,7	50,0	6
Doutorado	35,1	9,6	7,4	47,9	94	33,3	0,0	16,7	50,0	6

Fonte: Autoras.

pios estudados informaram realizar formação para monitoramento dos acidentes, e 33,3%, da violência. Nas capitais, esses percentuais sobem para 33,3% em relação aos acidentes e 83,3% quanto à violência. Nas regiões, observou-se que as cidades maiores apresentaram percentuais mais elevados de formação para o monitoramento da violência: 36,7% dos respondentes de todos os municípios e 50,0% daqueles das capitais investigadas. A frequência com que os profissionais da AR diretamente envolvidos na assistência aos acidentados recebem atividades de formação é de pelo menos uma vez ao ano em 77,1% dos municípios estudados, e em 76,5% deles essa ação é estendida a outros profissionais (dados **não mostrados** em tabela).

A Tabela 2 mostra os *principais tipos de acidentes* abordados nas ações de EPS com maior (pelo menos uma vez ao ano) e menor frequência nos três níveis de atenção. Observam-se percentuais mais elevados de atividades de formação de pelo menos uma vez ao ano nas AP e AH das capitais, quando comparadas ao total dos municípios. Contudo, foi possível destacar que elevados percentuais de acidentes nunca foram

abordados na EPS. Chamou atenção, por exemplo, que apenas 52,0% das capitais e 51,5% dos municípios informaram acidentes de transporte e quedas, respectivamente, como objetos de EPS na AR pelo menos uma vez ao ano. No entanto, é provável que vítimas desses eventos sejam a maioria dos usuários que chegam aos serviços de reabilitação. Igualmente preocupante é a informação de que 32,7% do total dos municípios e 39,8% das capitais nunca ofereceram formação sobre acidentes de transporte e queda para os profissionais que atuam na reabilitação. Os percentuais das capitais que informaram capacitar para a abordagem desses tipos de acidentes são bem maiores na AP e na AH, o que sugere que estejam sendo mais bem atendidos do que os que atuam na AR.

Vários *tipos de violência* são abordados na EPS de vários municípios uma vez ao ano em todos os níveis de atenção. Esse padrão é mais elevado nas capitais. Contudo, vale a pena mencionar os consideráveis percentuais de municípios que nunca abordaram a incidência da violência e dos acidentes na formação continuada dos profissionais (Tabela 3).

Tabela 2. Frequência com que os tipos de ACIDENTES são abordados nas ações de educação permanente dos três níveis de atenção à saúde, segundo o total dos municípios e das capitais brasileiras estudadas.

Tipos de acidentes	Atenção primária			Atenção hospitalar			Atenção de reabilitação		
	Pelo menos uma vez ao ano %	Nunca foi feito %	Total N	Pelo menos uma vez ao ano %	Nunca foi feito %	Total N	Pelo menos uma vez ao ano %	Nunca foi feito %	Total N
Total dos municípios									
Acidente de transporte terrestre	46,7	34,2	272	52,8	30,2	106	52,0	32,7	98
Queda	47,6	32,6	270	53,3	31,8	107	51,5	30,9	97
Queimadura	45,0	37,6	271	43,0	37,4	107	46,9	36,7	98
Envenenamento/sufocação	42,4	37,3	271	45,8	37,4	107	50,5	34,0	97
Afogamento/submersão	34,2	48,3	269	36,4	45,8	107	43,3	39,2	97
Sufocação	35,1	45,9	268	33,7	46,2	104	39,8	41,8	98
Capitais									
Acidente de transporte terrestre	64,7	23,5	17	71,4	0,0	7	50,0	39,8	6
Queda	62,5	25,0	16	57,1	14,3	7	33,3	33,3	6
Queimadura	62,5	25,0	16	57,1	14,3	7	33,3	33,3	6
Envenenamento/sufocação	56,2	37,5	16	57,1	14,3	7	33,3	50,0	6
Afogamento/submersão	50,0	50,0	16	57,1	14,3	7	33,3	50,0	6
Sufocação	56,2	43,8	16	57,1	14,3	5	33,3	50,0	6

Nota: na tabela foram excluídas as opções de respostas intermediárias “a cada 2 a 4 anos” e “a cada 5 anos ou mais”, por terem menores frequências.

Tabela 3. Frequência com que os tipos de VIOLÊNCIAS são abordados nas ações de educação permanente realizadas nos três níveis de atenção à saúde, segundo o total dos municípios e das capitais brasileiras estudadas.

Tipos de violências	Atenção primária			Atenção hospitalar			Atenção de reabilitação		
	Pelo menos uma vez ao ano %	Nunca foi feito %	Total N	Pelo menos uma vez ao ano %	Nunca foi feito %	Total N	Pelo menos uma vez ao ano %	Nunca foi feito %	Total N
Total dos municípios									
Agressão/tentativa de homicídio	46,3	38,5	273	43,8	38,1	105	58,2	28,6	98
Agressão/tentativa de feminicídio	48,3	35,3	269	44,8	36,2	105	54,1	30,6	98
Tentativa de suicídio	58,4	28,5	274	53,3	31,4	105	65,3	21,4	98
Autolesão/automutilação	55,1	30,1	272	45,3	38,7	106	60,2	29,6	98
Intervenção legal	33,1	55,4	269	32,0	52,4	103	39,8	49,0	98
Violência física	55,8	27,5	276	48,6	40,0	105	62,9	26,8	97
Violência sexual	57,5	25,8	275	53,3	34,3	105	63,3	25,5	98
Violência psicológica/moral	55,1	29,7	276	46,2	43,3	104	60,8	27,8	97
Negligência/abandono	44,9	39,8	274	39,0	47,6	105	53,1	35,7	98
Capitais									
Agressão/tentativa de homicídio	75,0	12,5	16	57,1%	0,0	7	83,3	16,7	6
Agressão/tentativa de feminicídio	75,0	12,5	16	57,1	0,0	7	66,7	16,7	6
Tentativa de suicídio	82,4	5,9	17	57,1	0,0	7	100,0	0,0	6
Autolesão/automutilação	82,4	5,9	17	57,1	0,0	7	100,0	0,0	6
Intervenção legal	40,0	40,0	15	42,9	0,0	7	66,7	33,3	6
Violência física	76,5	11,8	17	71,4	0,0	7	100,0	0,0	6
Violência sexual	76,5	5,9	17	71,4	0,0	7	100,0	0,0	6
Violência psicológica/moral	70,6	11,8	17	66,7	0,0	6	66,7	16,7	6
Negligência/abandono	70,6	11,8	17	42,9	0,0	7	83,3	16,7	6

Nota: na tabela foram excluídas as opções de respostas intermediárias “a cada 2 a 4 anos” e “a cada 5 anos ou mais”, por terem menores frequências de respostas.

Fonte: Autoras.

Nas entrevistas com profissionais da AP, a notificação dos eventos violentos foi relatada como o tema mais abordado na formação nas várias regiões geográficas. Diversos entrevistados informaram que estados e municípios têm investido no correto preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, com atenção especial para as populações mais vulneráveis (pessoa idosa, criança, mulher, LGBTQIA+, negra e indígena). Os entrevistados destacaram também uma diversidade de temas na formação vinculados à violência, como: cuidados com as vítimas de lesão autoprovocada; violência sexual contra crianças e adolescentes; diagnóstico e atuação frente à exploração do trabalho infantil; humanização do atendimento, acolhimento, assistência e referenciamento no SUS; linha de cuidado para vítimas de violência;

aborto legal; acompanhamento e monitoramento dos casos; e redes de apoio. Sobre acidentes, foi citada a formação para lidar com lesões e situações dos acidentes de trabalho.

Na APH/AH, os principais temas relatados foram: prevenção e atenção aos traumas por acidentes de trânsito e outros; identificação e notificação dos casos de violência doméstica e sexual contra mulheres e encaminhamento para serviços como Casas Abrigo; abordagem de violência sexual contra crianças, jovens e mulheres; e aborto legal. Na AR, os principais assuntos de formação estão relacionados aos acidentes, como Lei Seca, limitação de velocidade e vitimização dos motociclistas.

A realização de *parcerias da gestão municipal de saúde para a formação sobre acidentes e violência* com instituições de ensino, pesquisa

e extensão é muito pouco frequente: menos de 10% no conjunto dos municípios pesquisados. A extensão universitária, que contribuiria para abarcar alunos da graduação em grande diversidade de atividades nos três níveis da atenção à saúde das vítimas de acidentes e violência, mostra percentual baixo também nas capitais: um terço na AP e na APH e AH e 28,6% na AR (dados não mostrados em tabela).

Os dados qualitativos ressaltam que as parcerias, quando estabelecidas, ocorrem com universidades federais e estaduais; escolas de saúde pública, escolas técnicas do SUS, Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnaSus); Departamento Estadual de Trânsito (Detran), Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal (PRF), Batalhão do Trânsito, Polícia Civil e Polícia Militar (PM); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Instituto Médico Legal (IML); Rede de Atenção às Mulheres; secretarias estaduais de Segurança Pública, de Educação, da Mulher e Diversidade, de Assistência Social; Ministério Público; Defensoria Pública e organizações da sociedade civil.

As informações das entrevistas mostram ainda que a formação na área de violência e saúde tem sido uma grande demanda dos profissionais do SUS. Foram citados como muito importantes o aporte do curso a distância “Impactos da violência na saúde”, promovido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com o MS; os cursos oferecidos pelo Laboratório de Estudos da Criança (LACRI) e pelo Núcleo de Estudos da Violência (NEV), ambos da Universidade de São Paulo (USP); o Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEVF), ofertado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); e, ainda, cursos ofertados sobre as temáticas nas universidades federais de Goiás e de Minas Gerais.

Indicadores avaliativos da diretriz capacitação de recursos humanos

O indicador que sintetiza a implementação da diretriz sobre *capacitação de recursos humanos* mostra resultados frágeis. Em todos os níveis da atenção e para o total dos municípios investigados, observa-se desempenho ruim, especialmente nos níveis da APH/AH (55,6%) e AR (52,0%). A atenção primária, comparada aos demais níveis, mesmo com baixo percentual, mostra-se com desempenho um pouco melhor no indicador-síntese sobre a formação dos profissionais para a temática em pauta (Gráfico 1).

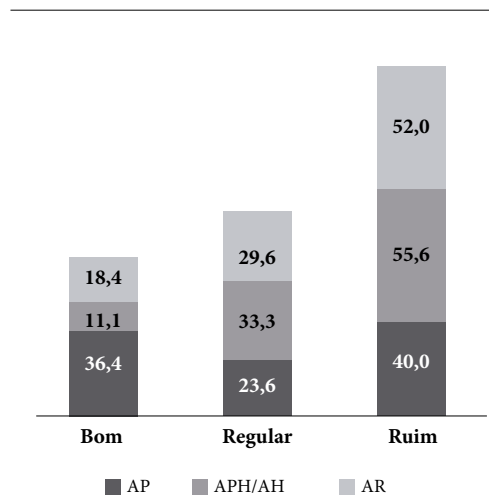


Gráfico 1. Indicador síntese da avaliação da implementação da diretriz capacitação de recursos humanos da PNRMAV, segundo o nível da atenção em saúde.

Fonte: Autoras.

Nas capitais brasileiras a avaliação mostra melhores resultados; 64,7% da AP; 50,0% da APH/AH; 33,3% da AR. E apenas 23,5% da AP, 16,7% da AR e zero por cento da APH/AH situaram-se na classificação *ruim* quanto à implementação da diretriz (dados não mostrados no gráfico).

Na questão aberta do questionário, os participantes da AP tiveram a melhor avaliação da diretriz em pauta, pois é o nível em que houve, e ainda há, mais investimento no desempenho, na formação e na qualificação dos profissionais nos dois temas em questão. O desempenho *ruim* de alguns dos municípios nessa diretriz, segundo os respondentes, pode ser atribuído à dificuldade de acesso às oportunidades de formação, sobretudo para quem atua em áreas remotas, onde não há disponibilidade de cursos e a distância física até instituições de ensino é muito longa. É importante ressaltar que a pandemia de COVID-19 impediu a realização de ações de capacitação presencial, dificultou a contratação de profissionais e acentuou a falta de pessoas capacitadas para atender os grupos vitimizados por acidentes e violência.

Os entrevistados ressaltaram que o pior desempenho encontrado no nível da APH/AH pode estar associado à falta de interesse e disponibilidade dos profissionais para forma-

ção, à insuficiência de recursos humanos disponíveis para a realização da EPS e à pouca divulgação e oferta de cursos. Salientaram ainda a necessidade de ter à disposição docentes especializados, apoio do Estado para a formação e renovação das equipes com a realização de concursos públicos. Embora alguns gestores tenham argumentado que no nível da APH/AH haja treinamentos relativos aos acidentes e contratação de especialistas para a formação permanente, a rotatividade frequente das equipes assistenciais se refletiu no indicador-síntese da implementação da diretriz avaliada.

Sobre a execução da diretriz no nível da reabilitação, os participantes relataram que, de maneira geral, não houve investimento em cursos específicos e na formação para atuação em relação aos traumas e às lesões provocados por violência e acidentes nos municípios. No entanto, os profissionais disseram que o investimento na formação para atender e acompanhar os pacientes é uma das melhores formas de prevenção, ao mesmo tempo em que apontaram dificuldades como falta de tempo e escassez de recursos humanos e de incentivo financeiro para a realização de cursos.

Discussão

A diretriz *capacitação de recursos humanos* foi avaliada pelos indicadores desta pesquisa como majoritariamente incipiente em todos os níveis de atenção, reiterando as muitas dificuldades que continuam a existir na internalização da PNRMAV no SUS.

A abordagem quantitativa sobre a formação dos profissionais do SUS para as temáticas em pauta mostra que, percentualmente, as capitais, assim como os municípios de maior porte das distintas regiões do país, destacam-se positivamente na maioria dos itens pesquisados, provavelmente por contarem com maior apoio de instituições formadoras. Os dados também indicam que o nível da AP é o que mais tem investido na EPS para seus profissionais.

Em todos os níveis de atenção, a formação ocorre sobretudo por iniciativa dos profissionais, mais do que por incentivo das instituições nas quais atuam, o que é corroborado por dados quantitativos e qualitativos. Embora ocorram com pouca frequência, no conjunto dos municípios e nas capitais existem articulações com algumas universidades e instituições de ensino que os apoiam com cursos e pesquisas operacionais.

O escasso apoio à formação permanente em todos os níveis de atenção toma contornos especiais nos municípios de pequeno porte, sobretudo em relação à atenção hospitalar e de reabilitação. Um dos maiores desafios está na alta rotatividade de trabalhadores nos setores e na ausência de infraestrutura adequada para o desenvolvimento de atividades²⁵. Porém, com certeza grande parte da responsabilidade por essa lacuna deve ser dividida com as universidades e centros de pesquisa, que precisam se aproximar mais dos serviços, tornar seus estudos mais estratégicos e promover a consolidação da PNRMAV como uma ampla ação estratégica do SUS a favor da vida e dos direitos humanos. Essa aproximação por meio de ações extensionistas e de pesquisa tem grande potencial para favorecer a autonomia dos profissionais de saúde em relação a temas complexos como acidentes e violência².

Os entrevistados explicitaram outras dificuldades para realizar e consolidar a formação em cuidados com as vítimas de acidentes e violências: resistência dos profissionais em relação ao tema; ausência dos médicos nas atividades de formação ofertadas aos profissionais de saúde, o que implica a descontinuidade do processo de atenção integral; ameaças e retaliação contra os profissionais de saúde quando notificam os casos; machismo arraigado nas relações sociais de gênero que se reproduzem nos atendimentos e nas relações de trabalho.

Apesar de a formação para notificação das violências e acidentes ser a ação mais recorrentemente informada por gestores e profissionais, observa-se resistência a oferecer ou a fazer os cursos. Estudo com profissionais de saúde da AP indica que, mesmo reconhecendo a notificação como uma de suas tarefas, esses profissionais continuam a não se sentir preparados para realizá-la²⁶. É importante ainda destacar que, embora a EPS contribua para aprimorar a atenção e os registros dos casos de violências atendidos no SUS, a adesão ao sistema de notificação existente no país está aquém do desejado^{27,28}, o que indica necessidade de mais investimentos formativos. Na verdade, a lacuna na formação profissional começa na graduação, que em geral não toca no tema da violência e dos acidentes como questão social que afeta a saúde. Há pouco aprofundamento na complexidade desses fenômenos, o que resulta na ausência de uma “perspectiva integral, emancipatória e intersetorial”, com repercussão direta no cuidado em saúde²⁷.

A intersetorialidade, tratada em vários momentos deste estudo, precisa ser considerada na

formação e na atuação do setor saúde²⁸, assim como a intrasetorialidade²⁹. Ambas requerem articulação entre os serviços de um mesmo nível e entre as diferentes instâncias para o cuidado das pessoas que sofrem acidentes e violência. A pesquisa mostrou a grande dificuldade do setor para garantir a concretização do atendimento às vítimas desses eventos, o que se deve, em parte, às deficiências na formação.

Estudo de Minayo e Deslandes²¹ que investigou a implantação da PNRMAV em cinco capitais do Brasil já verificara que a formação de recursos humanos recebia pouco investimento, e quando havia era por meio de cursos de curta duração. A pesquisa atual mostra que esse tipo de apoio permanece bem aquém do necessário, embora haja mais oferta de especialização, mestrado, doutorado e cursos EAD, o que vem sendo aproveitado por esforços dos profissionais, de algumas instituições e com o incentivo do Ministério da Saúde.

Quinze anos após a primeira avaliação²¹, permanecem algumas assertivas. Uma delas é que, apesar de os acidentes e violências estarem entre as principais causas de mortes no Brasil, na visão médica hegemônica que predomina no SUS, esses são temas de segurança pública, cabendo ao setor saúde apenas tratar as lesões e traumas. A resistência à abordagem, sobretudo do fenômeno da violência pelo SUS, manifesta-se na ausência de prioridade dos cuidados com as vítimas e na redução dos investimentos na formação dos profissionais³⁰, na falta de normas e protocolos, na precária comunicação com a sociedade, o que, em parte, se deve à hegemonia biomédica. Assim, violência e acidentes são te-

mas ausentes na grade curricular dos cursos de graduação das áreas que compõem as ciências da saúde, embora contra o recomendado pela PNRMAV³. As lacunas do conhecimento que vêm das instituições formadoras das ciências da saúde se repercutem na rotina das unidades de saúde^{27,31,32}.

A EPS como estratégia para a formação de profissionais requer vontade política, investimentos financeiros, organizacionais e de recursos humanos para sua implementação³³. Os achados deste estudo reforçam a necessidade de investimento nos trabalhadores do SUS, por meio de uma educação compreensiva, dialógica e emancipatória³⁴, que depende de investimento e ampliação de processos de formação e atualização das equipes de saúde nos serviços, com um trabalho contínuo, sistemático e participativo²⁷.

O presente artigo tem vários limites, sendo o principal fazer parte de uma pesquisa que ocorreu durante a pandemia de COVID-19, que afetou não apenas as iniciativas de formação para os profissionais da saúde que tiveram sua rotina alterada para fazer frente a uma emergência de saúde pública, dificultou também a própria adesão e o desenvolvimento do estudo, que quase não teve condições de ser realizado. Por isso os dados apresentados não são estatisticamente representativos do que acontece nos municípios e serviços brasileiros quanto às demandas e à atenção às vítimas de acidentes e violências. Porém o conjunto de informações inéditas aqui apresentadas pode contribuir para a reflexão dos gestores, com vistas ao investimento na formação dos profissionais nos diferentes níveis de atenção.

Colaboradores

Todas as autoras contribuíram igualmente em todas as etapas de elaboração do artigo, leram e aprovaram a versão final.

Referências

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.

Artigo apresentado em 20/09/2024

Aprovado em 14/10/2024

Versão final apresentada em 16/10/2024

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