



FATORES ASSOCIADOS ÀS PRIORIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE

FACTORS ASSOCIATED WITH CONTINUING EDUCATION PRIORITIES AMONG HEALTH WORKERS

Verusca Soares de Souza^{1,2*}, Guilherme Oliveira de Arruda³, Cynthia Fernanda Teles Machado⁴, Flávia Renata da Silva Zuque⁵, Elen Ferraz Teston³, Helder de Pádua Lima⁵

¹Docente de Enfermagem da Universidade Estadual do Paraná, Paranaíba (PR), Brasil; ²Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande (MS), Brasil; ³Docente de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande (MS), Brasil; ⁴Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande (MS), Brasil; ⁵Docente de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Coxim (MS), Brasil.

***Autor correspondente:**

Verusca Soares de Souza –

Email:

verusca.souza@unespar.edu.br

Recebido: 14 mar. 2025

Aceito: 23 jun. 2025

Editores-chefes: Dr. Leonardo Pestillo de Oliveira e Dr. Mateus Dias Antunes

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution

(<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.



RESUMO: O objetivo foi identificar as temáticas prioritárias para a educação permanente em saúde entre trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde e os fatores associados. Trata-se de um estudo transversal, com 215 trabalhadores da área da saúde atuantes em um município do centro-oeste brasileiro. Realizou-se a coleta com instrumentos eletrônicos, entre junho e julho de 2022, a partir dos temas elencados como necessidade no Plano Estadual, sendo submetidos à análise estatística inferencial. “Acolhimento com classificação de risco, “primeiros-socorros”, “manejo de situações de violência, crise e surto psicótico” e “gestações de alto risco” foram temas de interesse comum apontados pelos trabalhadores. Verificou-se a associação entre faixa etária, tempo de serviço, nível de escolaridade e turno de trabalho e temáticas prioritárias. Profissionais mais jovens, com menos tempo de serviço e com escolaridade entre nível médio e superior, priorizaram os temas “primeiros-socorros”, “acolhimento com classificação de risco” e “manejo de situações de violência, crise e surto psicótico” nos diferentes níveis de atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Educação Continuada. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: The objective was to identify priority themes for continuing health education among workers of the Health Care Network and the associated factors. This was a cross-sectional study conducted with 215 health workers in a municipality in the central-west region of Brazil. Data were collected using electronic instruments between June and July 2022, based on themes listed as needs in the State Health Plan, and were submitted to inferential statistical analysis. “Reception with risk classification,” “first aid,” “management of situations of violence, crisis, and psychotic episodes,” and “high-risk pregnancies” were identified as themes of common interest among the workers. Associations were found between age group, length of service, educational level, and work shift and the priority themes. Younger professionals, with shorter length of service and educational levels ranging from secondary to higher education, prioritized the themes “first aid,” “reception with risk classification,” and “management of situations of violence, crisis, and psychotic episodes” across different levels of care.

KEYWORDS: Unified Health System. Education, Continuing. Health Human Resource Training.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004, é uma estratégia transformadora das práticas profissionais e da organização do trabalho, tornando-se dispositivo de intervenção institucional para o Sistema Único de Saúde (SUS).¹ Como aprendizagem no/pelo trabalho, a educação permanente em saúde (EPS) representa uma proposta pedagógica e uma política de aprendizagem no enfrentamento da complexidade da produção de saúde, da formação profissional e do desenvolvimento do trabalho.²

A PNEPS se sustenta em pilares como a aprendizagem significativa, que se desenvolve em experiências pedagógicas nos serviços de saúde que promovem a reflexão sobre as práticas apreendidas e sua constante atualização.¹ Leva em consideração aspectos como as mudanças no perfil epidemiológico, a organização dos serviços de saúde e a consciência ecológica e sanitária dos atores envolvidos, fortalecendo o movimento de reforma sanitária e a concretização do SUS.³

A EPS tem sido ressaltada como política nacional alinhada aos princípios do SUS. Nesse sentido, repercute nas relações de aprendizagem, no processo pedagógico interinstitucional, no controle social da saúde e na relação interfederativa. Entretanto, a implantação da PNEPS tem ocorrido de forma distinta no território nacional, a depender de vários fatores como o contexto no qual estados e municípios se encontram inseridos e o nível de regionalização.⁴

Como exemplo, o estado de Mato Grosso do Sul enfrenta limitações devido ao fato de que 78,6% dos municípios não contam com setores específicos de EPS. Ademais, 53,6% não possuem instituição formadora de profissionais de saúde de nível médio ou superior. Apesar disso, a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente avançou na última década e se mostrou um processo descentralizado. Isso ocorreu porque foi discutido nas macros e microrregiões de saúde, permitindo o envolvimento dos atores e contribuição para a melhoria da resolutividade dos serviços de saúde ofertados à população.⁵⁻⁶

A EPS é reconhecida como uma prática emancipadora e com potencial para a integração e consolidação de conhecimentos, ressignificação profissional, ampliação da capacidade de autogestão, e autoavaliação e fortalecimento das ações de saúde no território.⁷ Contudo, ainda precisa avançar no campo dos investimentos em processos educativos e superar os obstáculos nas mudanças nos espaços de trabalho e na reorganização das práticas, a partir das lacunas existentes entre o cenário real e as ideologias do sistema de saúde.

Outro ponto importante a ser ressaltado se encontra no fato de que ações educativas desenvolvidas com trabalhadores da saúde frequentemente se apoiam em uma educação instrumental, fragmentada e desarticulada do contexto cotidiano de trabalho. Assim, outro desafio é desenvolver ações educativas junto a trabalhadores da saúde de forma reflexiva, participativa, contínua e com foco em suas necessidades.³ Diante disso, questiona-se: quais as prioridades temáticas para a educação permanente na perspectiva de trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde de um município de pequeno porte sul-mato-grossense e seus fatores associados? Identificaram-se as temáticas prioritárias para ações de EPS entre trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde e os fatores associados.

MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal, de abordagem quantitativa, que utilizou os critérios do *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* para sua construção. O presente estudo integra o

projeto global intitulado “Desenvolvimento e implementação de estratégias de educação permanente com trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob Parecer nº 5.472.063 de 2022.

CONTEXTO

A pesquisa foi realizada em município de pequeno porte, situado no interior do estado de Mato Grosso do Sul, no centro-oeste brasileiro. O referido município conta com população estimada de 33.547 habitantes. Constitui-se em polo de assistência à saúde para uma microrregião que abrange cinco municípios (onde reside um total de 82.916 habitantes) no norte do estado de Mato Grosso do Sul, respondendo às demandas de urgência e emergência, de procedimentos cirúrgicos e de encaminhamentos para atendimentos especializados.

PARTICIPANTES

Participaram trabalhadores da saúde do município dos três níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) e diferentes estabelecimentos, como Unidades de Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial, Serviços de Assistência Especializada, Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, hospitais, entre outros. Não houve restrições relacionadas aos cargos (formação específica na área da saúde ou não) ou tempo de atuação. Foram excluídos da pesquisa trabalhadores vinculados exclusivamente aos serviços de saúde privados, autônomos e que não estavam em exercício durante o período de coleta de dados, ou seja, em férias, afastamento ou licença.

TAMANHO DA AMOSTRA

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município em estudo, por ocasião da coleta de dados, contava com 826 trabalhadores na área da saúde. Desses, 706 (85,47%) atuavam em serviços ou estabelecimentos de saúde que prestam assistência pelo SUS. Foram excluídos 145 trabalhadores, que estavam registrados como vinculados a serviços privados (hospital, clínicas e laboratórios), como autônomos ou a serviços como núcleo regional de saúde, Corpo de Bombeiros Militar e Núcleo Hemoterápico, e 22 trabalhadores, que apareciam de forma duplicada no registro do CNES. Foram elegíveis 539 trabalhadores da saúde.

Para o cálculo de tamanho de amostra, realizado por meio do *software* GPower 3.1.9.7, adotou-se a fórmula direcionada para o teste qui-quadrado a partir de tabelas de contingência. Para tanto, foram considerados os seguintes valores: tamanho de efeito igual a 0,25 (classificado entre pequeno e médio), o qual indica as possíveis diferenças de proporções entre grupos comparados na análise; erro α igual a 0,05 (5%); poder do teste igual a 0,80 (80%); e 5 graus de liberdade. A amostra mínima calculada foi de 205 participantes. A amostragem foi não probabilística.

INSTRUMENTOS DE COLETA

Na coleta de dados, foi utilizado um instrumento para caracterização sociodemográfica, ocupacional, de estabelecimento de saúde e para atividade educativa elaborado pelos pesquisadores. Também foi elaborado um instrumento de identificação de necessidades de educação permanente entre trabalhadores da saúde, a partir do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Mato Grosso

do Sul 2019-2022.⁵ Os temas estavam listados em 32 áreas principais, as quais foram incluídas em formulário elaborado pelos pesquisadores e solicitado aos profissionais que atribuísem um grau de necessidade para abordagem do tema de acordo com o seu cotidiano. Ao preencher o referido instrumento, os respondentes avaliaram os temas elencados e assinalaram uma entre quatro respostas possíveis indicativas do grau de necessidade de abordagem dos temas em atividades de EPS: “extremamente necessário”; “muito necessário”; “pouco necessário”; e “sem necessidade”. Os 32 temas estão listados no Quadro 1.

Quadro 1. Temas prioritários de educação permanente em saúde conforme Plano Estadual de Educação Permanente de Mato Grosso do Sul 2019-2022.

nº	Tema
1	Acolhimento com classificação de risco na atenção básica e hospitalar
2	Manejo da gestante de alto risco
3	Protocolo de atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido
4	Fortalecimento da adesão ao pré-natal, puerpério, parto normal, e adesão do parceiro ao pré-natal
5	Manejo de sífilis na gestação
6	Incentivo ao aleitamento materno
7	Alimentação nos primeiros anos de vida
8	Planejamento familiar
9	Projeto Terapêutico Singular
10	Gestão de processos
11	Referência e contrarreferência
12	Fluxo de atendimento dos usuários aos pontos de atenção da rede
13	Fluxogramas e gestão de leitos nos serviços de saúde
14	Fluxo de atendimento a pacientes em situações de urgência e emergência
15	Aprofundamento no atendimento ao trauma
16	Primeiros-socorros aplicados a motoristas, agentes comunitários de saúde e instituições de ensino
17	Segurança do paciente
18	Manejo de situações de crise e surto psicótico
19	Manejo de situações de violência
20	Ações de prevenção em saúde mental, álcool e outras drogas
21	Questões étnicas e culturais da população indígena
22	Estratificação de risco das doenças crônicas
23	Estratégias de educação em saúde baseadas em dados epidemiológicos com foco no autocuidado, adesão ao tratamento medicamentoso e alimentar, atividade física, grupos de cuidado compartilhado, prevenção e promoção da saúde
24	Uso de tecnologias de trabalho para promoção da saúde
25	Cuidado às pessoas ostomizadas
26	Manejo dos portadores de deficiência (auditiva e visual), portadores de síndromes (como autismo) e suas famílias
27	Ferramentas de gerenciamento do cuidado, como genograma, ecomapa e Projeto Terapêutico Singular
28	Suporte Avançado de Vida
29	Fluxo de atendimento para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas
30	Política de redução de danos
31	Sistemas de informação e fichas de notificação
32	Políticas de rastreamento e início do tratamento do câncer

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio eletrônico entre os meses de junho e julho de 2022. Os instrumentos de coleta e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram incluídos no *Google Forms*[®] e enviados aos trabalhadores com o apoio dos gestores. Para isso, foram encaminhados ao endereço eletrônico institucional, bem como via aplicativo de mensagens, com lembretes semanais disparados até o alcance da amostra.

VARIÁVEIS

As variáveis de interesse para o presente estudo consistiram na percepção da necessidade de abordagem dos temas para atividades de EPS. A percepção da necessidade de abordagem dos referidos temas foi categorizada em “extremamente necessário” e “menor necessidade”. As demais variáveis foram “faixa etária”, “sexo”, “cor da pele”, “estado civil”, “nível de formação”, “cargo”, “tempo de atuação”, “turno de trabalho”, “carga horária semanal”, “regime trabalhista”, “estabelecimento de trabalho”, “participação em curso de capacitação” e “afinidade por tipo de atividade educativa”.

Com base na variável “estabelecimento de trabalho”, criou-se a variável “nível de atenção”, realizando-se o seguinte agrupamento: atenção primária – Unidade de Saúde da Família, Academia da Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Coordenadoria de Controle de Vetores; atenção secundária – Policlínica, Serviço de Assistência Especializada, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Centro de Atenção Psicossocial modalidade I, Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância em Saúde e Secretaria Municipal de Saúde; e atenção terciária: hospitais.

VIÉS

Buscou-se controlar a inclusão de participantes na pesquisa, conforme as proporções de trabalhadores da saúde vinculados aos estabelecimentos, a fim de se obter subamostras compatíveis com a população de estudo. Ao longo da coleta de dados por meio eletrônico, foram realizados contatos com a Secretaria Municipal de Saúde Pública do município e com as chefias dos estabelecimentos, a fim de incentivar a participação dos trabalhadores conforme a necessidade de se alcançar proporcionalidade na composição da amostra em relação à população de cada estabelecimento. A delimitação do tempo para coleta de dados em um mês pôde garantir maior coerência dos dados em relação ao contexto assistencial vivenciado pelos trabalhadores.

MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Foram utilizadas frequências absolutas e relativas para descrever a amostra conforme variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos estabelecimentos de saúde e relativas às atividades educativas, conforme nível de atenção à saúde. Além disso, análise descritiva foi realizada para expressar as frequências de “extremamente necessário” e “menor necessidade” em relação a cada tema de EPS por nível de atenção, a fim de apresentar um *ranking* dos seis temas prioritários elencados pelos profissionais baseado na frequência da categoria “extremamente necessário” e expresso por nível de atenção.

Aplicou-se o teste qui-quadrado de Pearson a fim de se verificar a associação bivariada entre a percepção da necessidade de abordagem de cada tema investigado e o nível de atenção à saúde. Realizou-se ainda a análise de associação entre a percepção da necessidade de abordagem dos temas de EPS e variáveis sociodemográficas, ocupacionais e relacionadas às atividades educativas, por meio dos testes qui-quadrado de Pearson, qui-quadrado de tendência linear e exato de Fisher, no *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20. Foram calculadas Razões de Prevalência e respectivos Intervalos de Confiança de 95%, por meio do site Open Epi (www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm). Por fim, foram considerados para associação valores de p iguais ou menores que 0,05.

RESULTADOS

A amostra efetivamente alcançada foi de 215 participantes. Desses, 102 (47,4%) atuavam na Atenção Primária à Saúde, 53 (24,7%), na Atenção Secundária à Saúde e 60 (27,9%), na Atenção Terciária à Saúde. De forma geral, predominaram trabalhadores do sexo feminino (74,4%), pardos (55,8%), com ensino superior (39,1%), técnicos de enfermagem (19,5%), com tempo de atuação entre dois e cinco anos (74%), carga horária semanal de 40 horas (73,5%) e regime estatutário (51,2%). Quanto aos cargos, conforme nível de atenção, foram mais frequentes os agentes comunitários de saúde (47,1%), trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde Pública (39,6%) e técnicos de enfermagem (38,3%) para os níveis de atenção primária, secundária e terciária, respectivamente.

Em relação às estratégias para atividades educativas, o tipo específico de maior preferência pelos trabalhadores foi a palestra (atenção primária (25,5%); atenção secundária (15,1%); e atenção terciária (25%)), seguida da roda de conversa, na atenção primária (14,7%), e simulação em prática na secundária (9,4%), na terciária (15%). A maior parte dos profissionais em cada nível de atenção optou por outros tipos de atividades educativas (como seminário, *workshop* e estudo de caso) ou a associação de tipos distintos: 38,2% na atenção primária; 62,3% na atenção secundária; e 33,3% na atenção terciária.

Na Tabela 1, apresentam-se as frequências das categorias “extremamente necessário” e “menor necessidade” para os temas investigados, conforme os níveis de atenção à saúde. Ainda, foram identificados os temas prioritários para cada nível de atenção, dispostos a seguir em ordem decrescente da resposta “extremamente necessário”: 18, 19, 2, 16, 14 e 7 na atenção primária; 1, 19, 4, 11, 18 e 2 na atenção secundária; e 18, 16, 1, 17, 2 e 14 na atenção terciária.

Tabela 1. Classificação dos temas para educação permanente em saúde por trabalhadores dos diferentes níveis de atenção. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2022.

nº	Atenção primária (n = 102)		Atenção secundária (n = 53)		Atenção terciária (n = 60)		Valor de p*
	EN n (%)	MN n (%)	EN n (%)	MN n (%)	EN n (%)	MN n (%)	
1	40 (18,6)	62 (60,8)	39 (73,6)	14 (26,4)	47 (78,3)	13 (21,7)	0,046
2	68 (66,7)	34 (33,3)	35 (66,0)	18 (34,0)	45 (75,0)	15 (25,0)	0,477
3	58 (56,9)	44 (43,1)	34 (64,2)	19 (35,8)	39 (65,0)	21 (35,0)	0,507
4	55 (53,9)	47 (46,1)	36 (67,9)	17 (32,1)	40 (66,7)	20 (33,3)	0,134
5	59 (57,8)	43 (42,2)	35 (66,0)	18 (34,0)	39 (65,0)	21 (35,0)	0,512
6	62 (60,8)	40 (39,2)	34 (64,2)	19 (35,8)	41 (68,3)	19 (31,7)	0,626
7	64 (62,7)	38 (37,3)	28 (52,8)	25 (47,2)	37 (61,7)	23 (38,3)	0,467
8	58 (56,9)	44 (43,1)	32 (60,4)	21 (39,6)	39 (65,0)	21 (35,0)	0,593
9	40 (39,2)	62 (60,8)	21 (39,6)	32 (60,4)	26 (43,3)	34 (56,7)	0,866
10	36 (35,3)	66 (58,5)	22 (41,5)	31 (58,5)	24 (40,0)	36 (60,0)	0,707
11	48 (47,1)	54 (52,9)	36 (67,9)	17 (32,1)	33 (55,0)	27 (45,0)	0,047
12	46 (45,1)	56 (54,9)	34 (64,2)	19 (35,8)	33 (55,0)	27 (45,0)	0,071
13	47 (46,1)	55 (53,9)	23 (43,4)	30 (56,6)	24 (40,0)	36 (60,0)	0,752
14	65 (63,7)	37 (36,3)	31 (58,5)	22 (41,5)	44 (73,3)	16 (26,7)	0,235
15	59 (57,8)	43 (42,2)	27 (50,9)	26 (49,1)	43 (71,7)	17 (28,3)	0,067
16	66 (64,7)	36 (35,3)	30 (56,6)	23 (43,4)	47 (78,3)	13 (21,7)	0,044
17	55 (53,9)	47 (46,1)	30 (56,6)	23 (43,4)	46 (76,7)	14 (23,3)	0,013
18	70 (68,6)	32 (31,4)	36 (67,9)	17 (32,1)	48 (80,0)	12 (20,0)	0,237
19	69 (67,6)	33 (32,4)	38 (71,7)	15 (28,3)	41 (68,3)	19 (31,7)	0,871
20	62 (60,8)	40 (39,2)	34 (64,2)	19 (35,8)	38 (63,3)	22 (36,7)	0,903
21	32 (31,4)	70 (68,6)	12 (22,6)	41 (77,4)	23 (38,3)	37 (61,7)	0,198
22	54 (52,9)	48 (47,1)	28 (52,8)	25 (47,2)	34 (56,7)	26 (43,3)	0,884
23	57 (55,9)	45 (44,1)	27 (50,9)	26 (49,1)	34 (56,7)	26 (43,3)	0,798
24	57 (55,9)	45 (44,1)	27 (50,9)	26 (49,1)	35 (58,3)	25 (41,7)	0,725
25	47 (46,1)	55 (54,7)	24 (45,3)	29 (54,7)	29 (48,3)	31 (51,7)	0,942

nº	Atenção primária (n = 102)		Atenção secundária (n = 53)		Atenção terciária (n = 60)		Valor de p*
	EN n (%)	MN n (%)	EN n (%)	MN n (%)	EN n (%)	MN n (%)	
26	56 (54,9)	46 (45,1)	33 (62,3)	20 (37,7)	39 (65,0)	21 (35,0)	0,403
27	38 (37,3)	64 (62,7)	24 (45,3)	29 (54,7)	28 (46,7)	32 (53,3)	0,425
28	51 (50,0)	51 (50,0)	27 (50,9)	26 (49,1)	40 (66,7)	20 (33,3)	0,096
29	60 (58,8)	42 (41,2)	33 (62,3)	20 (37,7)	38 (63,3)	22 (36,7)	0,829
30	44 (43,1)	58 (56,9)	30 (56,6)	23 (43,4)	29 (48,3)	31 (51,7)	0,281
31	49 (48,0)	53 (52,0)	27 (50,9)	26 (49,1)	33 (55,0)	27 (45,0)	0,693
32	63 (61,8)	39 (38,2)	33 (62,3)	20 (37,7)	40 (66,7)	20 (33,3)	0,810

Legenda: EN – extremamente necessário; MN – menor necessidade; *Teste qui-quadrado de Pearson; n – frequência absoluta; % – frequência relativa percentual. Fonte: elaborada pelos autores.

A Tabela 2 mostra a associação de temas prioritários com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.

Tabela 2. Associações dos temas prioritários para a atenção primária e atenção secundária conforme variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2022.

Variáveis sociodemográficas e profissionais	Atenção primária					
	Tema 16 - Primeiros-socorros aplicados a motoristas, agentes comunitários de saúde e instituições de ensino					
	EN		MN		Valor de p	RP (IC95%)
n	%	n	%			
Tempo de atuação						
Até 2 anos	16	84,2	3	15,8	0,047**	1,55 (1,12 – 2,15)
3 a 5 anos	14	50,9	9	39,1		1,12 (0,74 – 1,71)
6 a 10 anos	10	83,3	2	16,7		1,54 (1,07 – 2,21)
Mais de 10 anos	26	54,2	22	45,8		1
	Atenção secundária					
	Tema 1 - Acolhimento com classificação de risco na atenção básica e hospitalar					
	EN		MN		Valor de p	RP (IC95%)
	n	%	n	%		
Nível de formação						
Ensino médio	12	85,7	2	14,3	0,042**	1,62 (0,98 – 2,66)
Ensino superior	18	81,8	4	18,2		1,54 (0,94 – 2,52)
Pós-graduação	9	52,9	8	47,1		1
	Tema 2 - Manejo da gestante de alto risco					
	EN		MN		Valor de p	RP (IC95%)
	n	%	n	%		
Nível de formação						
Ensino médio	11	78,6	3	21,4	0,036**	1,91 (1,01 – 3,58)
Ensino superior	17	77,3	5	22,7		1,88 (1,02 – 3,46)
Pós-graduação	7	41,2	10	58,8		1
	Tema 18 - Manejo de situações de crise e surto psicótico					
	EN		MN		Valor de p	RP (IC95%)
	n	%	n	%		
Faixa etária						
20 a 29 anos	9	90,0	1	10,0	0,034**	1,73 (1,13 – 2,66)
30 a 39 anos	10	76,9	3	23,1		1,48 (0,91 – 2,39)
40 anos ou mais	13	52,0	12	48,0		1
Raça/cor						
Pardo ou negro	17	56,7	13	43,3	0,045*	1
Branco	19	82,6	4	17,4		1,46 (1,01 – 2,10)
Tipo de atividade educativa						
Roda de conversa	1	33,3	2	66,7	0,016***	1
Palestra	7	87,5	1	12,5		2,62 (0,52 – 13,28)
Simulação com prática	3	60,0	2	40,0		1,80 (0,31 – 10,39)
Videoaula	0	0,0	3	100,0		---
Discussão em grupo	0	0,0	1	100,0		---
Outros tipos/associações	25	75,8	8	24,2		2,27 (0,45 – 11,39)

Variáveis sociodemográficas e profissionais	Tema 19 - Manejo de situações de violência					
	EN		MN		Valor de p	RP (IC95%)
	n	%	n	%		
Faixa etária						
20 a 29 anos	10	100,0	0	0,0	0,023***	1,67 (1,21 – 2,29)
30 a 39 anos	10	76,9	3	23,1		1,28 (0,83 – 1,98)
40 anos ou mais	15	60,0	10	40,0		1

Legenda: EN – extremamente necessário; MN – menor necessidade; RP – Razão de Prevalência; IC95% – Intervalo de Confiança de 95%; *Teste qui-quadrado; **Teste qui-quadrado para tendência linear; ***Teste exato de Fisher.

Na atenção terciária, verificou-se associação do turno de trabalho com o tema 1, em que proporções maiores de priorização foram observadas no turno diurno (Tabela 3). Em relação ao tema 16, verificou-se associação com o nível de formação, com maior prevalência da priorização entre aqueles com ensino fundamental, em comparação aos que tinham pós-graduação (Tabela 3). A associação do turno de trabalho com o tema 18 não se confirmou por meio da medida de associação (Tabela 3).

Tabela 3. Associações dos temas prioritários para a atenção terciária conforme variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Mato Grosso do Sul, Brasil, 2022.

Variáveis sociodemográficas e profissionais	Atenção terciária						
	Tema 1 - Acolhimento com classificação de risco na atenção básica e hospitalar						
	EN		MN		Valor de p	RP (IC95%)	
n	%	n	%				
Turno de trabalho							
Manhã	4	80,0	1	20,0	0,021***	2,13 (0,78 – 5,77)	
Tarde	3	37,5	5	62,5		1	
Diurno (manhã e tarde)	16	94,1	1	5,9		2,51 (1,02 – 6,19)	
Noturno	20	83,3	2	16,7		2,42 (0,98 – 5,99)	
Outros	4	66,7	2	33,3		1,78 (0,61 – 5,12)	
Tema 16 - Primeiros-socorros aplicados a motoristas, agentes comunitários de saúde e instituições de ensino							
Nível de formação	EN		MN		Valor de p	RP (IC95%)	
	n	%	n	%			
	Ensino fundamental	2	100,0	0	0,0	0,041**	1,86 (1,12 – 3,07)
	Ensino médio	22	84,6	4	15,4		1,57 (0,92 – 2,67)
	Ensino superior	16	84,2	3	15,8		1,56 (0,91 – 2,68)
Pós-graduação	7	53,8	6	46,2	1		
Tema 18 - Manejo de situações de crise e surto psicótico							
Turno de trabalho	EN		MN		Valor de p	RP (IC95%)	
	n	%	n	%			
	Manhã	4	80,0	1	20,0	0,029***	1,60 (0,70 – 3,63)
	Tarde	4	50,0	4	50,0		1
	Diurno (manhã e tarde)	13	76,5	4	23,5		1,53 (0,73 – 3,21)
	Noturno	23	95,8	1	4,2		1,92 (0,95 – 3,85)
Outros	4	66,7	2	33,3	1,33 (0,54 – 3,26)		

Legenda: EN – extremamente necessário; MN – menor necessidade; RP – Razão de Prevalência; IC95% – Intervalo de Confiança de 95%; *Teste qui-quadrado; **Teste qui-quadrado para tendência linear; ***Teste exato de Fisher.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos na presente pesquisa evidenciam que o manejo da gestante de alto risco (2) se manteve como prioridade na EPS nos três níveis de atenção. Vivenciar o atendimento no período gestacional permite compreender que o acompanhamento perpassa toda a Rede de Atenção à Saúde, começando pelo planejamento reprodutivo, pré-natal e pós-parto.⁸ O pré-natal, geralmente, é iniciado e acompanhado pela equipe da atenção primária, e caso a gestação seja ou se torne de alto risco (pela

identificação de alguma condição clínica ou fator de risco), o acompanhamento deve ser realizado também por profissionais atuantes em outros pontos da rede.

No caso de gestações de risco, o acompanhamento é compartilhado pela atenção secundária, permeada de desafios, como deficiência no acesso à rede de atenção, medicamentos, exames e recursos.⁹ Estudo com objetivo de descrever a organização de ambulatórios à saúde materno-infantil com o uso da metodologia de planificação de atenção à saúde encontrou baixos números de atividades de educação permanente, sendo que, na primeira etapa, havia acontecido zero reuniões entre equipes para elaboração de plano de cuidados, gestão de casos, capacitação integrada e reuniões técnico-científicas entre profissionais para discussão de diretrizes clínicas, documentos técnicos e atualizações.¹⁰ No segundo ano, essas ações ocorreram de três a quatro vezes, o que, embora demonstre melhora, ainda é insuficiente para atender às necessidades de melhoria dos serviços de saúde.

Obteve-se associação estatística significativa entre profissionais de ensino médio e superior e a necessidade de atividades de educação sobre o manejo de gestações de alto risco. Para superar tais entraves, a EPS poderia ser uma estratégia de implantação de melhorias no serviço, especialmente porque momentos agudizados podem ocorrer mesmo em consultas de risco habitual em todos os níveis de atenção, o que requer da equipe competência técnica para identificação precoce e manejo rápido e adequado no intuito de se reduzir casos de morte materna-infantil e promover saúde.

Ainda no que concerne ao atendimento pré-natal, doenças infecciosas de transmissão vertical, como a sífilis, são investigadas durante a gestação, o que requer diagnóstico e tratamento rápido a fim de evitar a transmissão do *Treponema pallidum*.¹¹ O manejo da sífilis na gestação (5) é um indicador de qualidade da assistência, visto que a sífilis congênita infere na fragilidade do acompanhamento de pré-natal, evidenciando a necessidade de melhorar a qualificação profissional e provisão de insumos para o diagnóstico e tratamento adequado.¹² Destarte, as ações para a prevenção da sífilis congênita estão ligadas às orientações conferidas pelos profissionais de saúde durante o pré-natal e à adesão das gestantes ao acompanhamento, citando o rastreamento sorológico e, caso infectadas, o manejo do tratamento eficaz o mais breve possível.¹³

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação evidenciou 86.111 casos de sífilis gestacionais notificados no Brasil durante o ano de 2023 e a taxa percentual estimada de 34 casos por 1.000 nascidos vivos.¹⁴ Diante disso, urge a necessidade das políticas públicas e programas governamentais realizarem educação em saúde com enfoque na prevenção e promoção à saúde,¹³ atualizando o profissional sobre o rastreamento, diagnóstico, manejo e tratamento medicamentoso do agravo.

No que tange à identificação de temas prioritários pelos participantes dos três níveis de atenção, o manejo de situações de crise e surto psicótico (18) também foi destacado, tendo associação significativa com profissionais da atenção secundária de idade entre 20 e 29 anos. Esses achados corroboram estudo realizado em São Paulo por meio de oficinas, o qual concluiu que a cultura manicomial arraigada nos serviços de saúde não é facilmente substituída e que a EPS pode favorecer o diálogo e o repensar das práticas em saúde.¹⁵

Cabe destacar que, na crise psicótica, o juízo crítico do paciente está comprometido, e comportamentos desorganizados podem acompanhar o quadro.¹⁶ Em virtude de a pessoa acometida por surto psicótico não ter a capacidade de resolvê-lo ou enfrentá-lo por si só, tal situação é tida como emergência psiquiátrica.¹⁷ O atendimento ao indivíduo que apresenta crises psicóticas deve ser ofertado no ambiente onde ele se encontra no momento da crise, pois não há local exclusivo para atendimentos dessas situações,¹⁸ o que corrobora a necessidade de se capacitar profissionais dos três níveis de atenção.

A identificação precoce de sinais de transtornos mentais pode ser uma estratégia de promoção à saúde e prevenção de crise psicótica. Nesse sentido, os profissionais da atenção primária, por

apresentar maior proximidade com a comunidade e ter o vínculo como um de seus objetivos assistenciais, encontram-se em posição privilegiada para detecção de perturbações psíquicas.¹⁹ Contudo, o estigma arraigado nas doenças mentais traz consigo a dificuldade em ações concernentes ao tema, o que prejudica o manejo dos pacientes.¹⁹ Desta forma, um apoio matricial para serem maximizadas as ações e serviços diante da saúde mental deve ser considerado como estratégia de educação permanente¹⁵, permitindo que profissionais atuantes em diferentes níveis da rede discutam as suas dificuldades e aprendam por meio da colaboração.

Na atenção terciária, estudo que buscou compreender as práticas de enfermagem diante do paciente psiquiátrico em um hospital de urgência e emergência evidenciou fragilidades e estigmas, como o sentimento de medo, receio e de vulnerabilidade do profissional, enquanto presta assistência a esse usuário, bem como o uso de práticas de contenção química e mecânica como única alternativa para os momentos de crise.²⁰ Ademais, revela deficiência na qualificação dos profissionais, que aponta a necessidade de capacitações para o atendimento do paciente psiquiátrico, corroborando os achados deste estudo.

O estigma destinado ao atendimento ao paciente psiquiátrico é reflexo de uma política de humanização pouco incorporada pelos profissionais. Nesse sentido, a educação permanente, quanto ao acolhimento com classificação de risco da atenção básica e hospitalar (1), mostrou-se como prioridade na atenção secundária e na atenção terciária, sendo que, neste último, obteve-se uma associação significativa de maior necessidade descrita pelos profissionais do período diurno. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências determina que seja realizado o acolhimento às demandas de baixa gravidade no âmbito da atenção básica, indicando a responsabilidade deste nível de atenção quanto aos atendimentos de queixas agudas ou crônico-agudizadas da área de abrangência da unidade a qual está inserida.²¹ Isto posto, os usuários ainda padecem de informações e comparecem agudizados em serviços de atenção primária, com queixas simples em Unidades de Atenção Secundária, causando prejuízos no fluxo da rede.²² Tal fato traz à tona outra prioridade evidenciada no presente estudo a ser discutida em dois níveis de atenção: o fluxo de atendimento a pacientes em situações de urgência e emergência (14).

A educação permanente em primeiros-socorros aplicados a motoristas, agentes comunitários de saúde e instituições de ensino (16) se mostra necessária nos níveis de atenção primária, em especial associada a profissionais com tempo de atuação de zero a dois anos ou de seis a 10 anos, e de atenção terciária, associada a trabalhadores com formação até o ensino fundamental. Tal fato corrobora estudo que mostrou que ainda é incipiente a capacitação acerca de primeiros-socorros, trazendo insegurança e dificuldades de prestação de atendimento de forma adequada.²³ Devido aos ambientes de ensino serem localidades no território de Unidades Básicas de Saúde, bem como onde os indivíduos desenvolvem relações interpessoais por tempo prolongado, é imprescindível que esta temática seja abordada.

O manejo de situações de violência (19) foi elencado como prioritário na atenção primária e secundária, em especial a profissionais com idade entre 20 e 29 anos da atenção secundária. É sabido que as situações de violência envolvem situações multifacetadas. Assim, há várias perspectivas quanto as possíveis causas. Mediante uma abordagem integral, podem-se verificar fatores de cunho psicológico, de relações pessoais, entre outros fatores internos e externos.²⁴ Outro ponto a se destacar são as violências que os próprios profissionais sofrem durante a prestação da assistência. A violência no ambiente de trabalho é considerada fator de risco importante, pois traz consigo impactos negativos no que tange à saúde laboral, citando como consequências apatia profissional, baixa produtividade, adição a substâncias, além de risco para depressão e suicídio.²⁵

Se o profissional se sente coagido ou sob ameaça, a qualidade e a segurança do cuidado prestado serão comprometidas.²⁶ Sendo assim, conjectura-se que, além de trabalhar a educação

permanente sobre a abordagem no caso de violências urbanas, que tem números cada vez mais expressivos, seja importante também ofertar ferramentas de enfrentamento das violências vividas em seu cotidiano laboral.

Foi possível verificar a associação de alguns fatores com temáticas prioritárias como “primeiros-socorros”, “acolhimento com classificação de risco” e “manejo de situações de violência, crise e surto psicótico” nos diferentes níveis de atenção. A identificação de fatores como faixa etária, nível de escolaridade, tempo de serviço e turno de trabalho possibilita inferir que, além de diferenças observadas na priorização dos temas no que tange ao nível de atenção, também existem diferenças entre os profissionais de mesmo nível, mas que possuem características sociodemográficas e ocupacionais diferentes, o que deve ser levado em consideração para o planejamento e implementação das ações de EPS.

No presente estudo, profissionais mais jovens, com menos tempo de serviço e com escolaridade entre nível médio e superior, priorizaram os temas “primeiros-socorros”, “acolhimento com classificação de risco” e “manejo de situações de violência, crise e surto psicótico”. Esse achado pode sinalizar insegurança desses profissionais pelo menor tempo de ou menor nível de formação na área da saúde em relação a temas que sugerem situações de urgência ou crise, o que exige qualificação. Tal fragilidade não é exclusiva dessa investigação, e é corroborado por estudo que analisou conhecimento de profissionais de saúde da atenção básica sobre violência contra mulher, encontrando profissionais jovens que não tiveram conteúdo sobre como lidar com situações de violência dentro da formação profissional ou capacitação sobre o tema oferecida pela instituição de saúde.²⁷ Do mesmo modo, a diferença de priorização conforme turno de trabalho pode sugerir diferenças nas necessidades de formação, conforme as demandas e perfil de atendimento com as quais os trabalhadores mais se deparam, e o período em que atuam.

Os trabalhadores da saúde identificam temas importantes nos seus cotidianos. Contudo, a literatura denota fragilidades nas ações de EPS no que tange à adequação a temas significativos para a prática profissional. Na Atenção Primária à Saúde, verifica-se a repetição de temas ou mesmo a discordância entre os temas e a realidade dos serviços.²⁸ No campo da atenção psicossocial, a necessidade de capacitação em saúde mental e a referência a temas específicos emergem devido, principalmente, à incipiente formação dos trabalhadores na área.²⁹

De maneira geral, na área da saúde, depara-se com um modelo rígido de processo de trabalho que pouco abre espaço para os aspectos subjetivos da prática e do cenário assistencial. Como consequência, a dimensão ética e política da EPS é pouco empregada.³⁰ A insatisfação é potencializada pela falta de integração dos fluxos e gerenciamento entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde e o enfrentamento da sobrecarga de trabalho, o que geram obstáculos no atendimento integral à saúde.³¹ Nesse sentido, cabe aos gestores fomentar que o aprendizado no trabalho seja uma prática rotineira nos serviços, liberando espaço na agenda para que os trabalhadores compartilhem dificuldades entre os diversos pontos de atenção e eduquem a si através do compartilhamento de experiências e informações.

IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

A EPS, enquanto prática transformadora do trabalho em saúde, pressupõe que os trabalhadores sejam integrados no processo de planejamento de ações de educação permanente. Nesse sentido, os resultados deste estudo favorecem a prática ao colocar o trabalhador enquanto sujeito no processo educativo, identificando-se as necessidades de educação observadas no cotidiano laboral, o que pode fundamentar as ações de educação que favoreçam o aprendizado significativo e empoderador.

CONCLUSÃO

Os temas “acolhimento com classificação de risco”, “primeiros-socorros” e “manejo de situações de violência, crise, surto psicótico e da gestação de alto risco” figuraram como prioritários entre os trabalhadores dos diferentes níveis de atenção à saúde. Foi possível verificar a associação bivariada de alguns fatores (faixa etária, tempo de serviço, nível de escolaridade e turno de trabalho) com temáticas prioritárias como “primeiros-socorros”, “acolhimento com classificação de risco” e “manejo de situações de violência, crise e surto psicótico” nos diferentes níveis de atenção. Identificar tais nuances permite que as ações educativas sejam planejadas de acordo com o perfil dos profissionais e com os temas de interesse pessoal pautados na realidade local, o que pode permitir o alcance da aprendizagem significativa.

Embora limitado a um município, sugere-se que a experiência de consultar o trabalhador da saúde antes do planejamento de ações de EPS permite um maior aprofundamento na realidade local e respeito aos princípios da PNEPS, ao considerar as experiências, podendo constituir uma possibilidade de aumentar a adesão nas atividades propostas. Nesse sentido, debates futuros devem incluir intervenções educativas pautadas nas necessidades locais elencadas e mudança de comportamento e satisfação profissional oriunda das ações implementadas.

AGRADECIMENTOS

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — Brasil— Código de Financiamento 001, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde — PPSUS, mediante apoio financeiro do Decit/SCTIE/MS, por intermédio do CNPq, da FUNDECT e da SES-MS.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [Internet]. 2004 [acesso em 2023 Jun 11]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>
2. Higashijima MNS, Ferla AA, Santos MLM. Educação Permanente em Saúde: colocando em análise a produção de conhecimento. Saúde redes. 2022;8(sup1):57–73. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p57-73>
3. Zinn GR, Lecca CGG, Mira VL, Santos PT, Silva EM. Educação permanente em saúde como prática possível: uma experiência na atenção primária. Cienc Cuid Saude. 2022;21:e59584. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v21i0.59584>
4. Santos JS, Santana CMB, Lemos EC, Cavalcante LM, Albuquerque LC, Macêdo NB et al. Política de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco, Brasil: estratégias de implementação. Saúde redes. 2022;8(1):195–214. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n1p195-214>
5. Mato Grosso do Sul. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul 2019-2022. Campo Grande, MS; 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-MS.pdf>
6. Kodjaoglanian VL, Magalhães PM. Reflexões: a construção do plano de Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso do Sul. Saúde debate. 2019;43(spe1):127–133. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S111>
7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente Em Saúde: O Que Se Tem

- Produzido Para o Seu Fortalecimento? 1º ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
8. Oliveira RL, Bernardelli M, Santos CP, Almeida SKR, Souza LACF, Almeida BS et al. Atenção ao Pré-natal de alto risco e o manejo por profissionais da Estratégia de Saúde da Família: Um relato de experiência profissional. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4(1):3840–3851. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-304>
 9. Brilhante APCR, Jorge MSB. Violência institucional na gravidez de alto risco à luz das gestantes e enfermeiras. *Rev bras enferm*. 2020;73(5):e20180816. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0816>
 10. Shimocomaqui GB, Masuda ET, Souza VG, Gadelha AKS, Eshriqui I. Atenção ambulatorial especializada à saúde materno-infantil em regiões do PlanificaSUS. *Rev saúde pública*. 2023;57(Supl3):1–11. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005336>
 11. Floss J, Webber VCC, Habermann MAM, Somesi LB. Diagnóstico e adesão do tratamento da sífilis gestacional em uma UBS do município de Caçador – SC. *Arq ciências saúde UNIPAR*. 2023;27(5):3212–3229. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i5.2023-069>
 12. Silva PL, Galvão MTG, Silva EF, Borges BVS, Lira JAC, Magalhães RLB. Factors related to the loss of follow-up in pregnant women with syphilis: an integrative review. *Rev RENE*. 2021;22:e60257. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260257>
 13. Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DCN, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiol serv saúde*. 2021;30(spe1): :e2020597. <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100005.esp1>
 14. Ministério da Saúde(BR). Boletim Epidemiológico: Sífilis 2024. Número especial. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_sifilis_2024_e.pdf/view
 15. Cordeiro PR, Mendes R, Liberman F. Educação Permanente em Saúde: experiências inovadoras em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. *Saúde debate*. 2020;44(spe3):210–222. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E318>
 16. Azevedo CRF (Org.). Urgências em Saúde Mental – Cartilhas de atendimento do SAMUFor. Fortaleza (CE): NEP SAMUFor; 2022. Disponível em: <https://samu.fortaleza.ce.gov.br/index.php/repositorio-institucional/send/2-normas-de-conduta-tecnica-e-gestora/95-urgencias-em-saude-mental-cartilha-de-atendimento-do-samufor>
 17. Almeida ACS, Freitas CKAC, Menezes AF, Almeida MS, Almeida APS. Atuação do enfermeiro no manejo da crise em saúde mental: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2021;10(9):e31010918030. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18030>
 18. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica, nº34: Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
 19. Alcântara KD, Carvalho FS, Belo ML, Souto MG, Silva AME, Silva GA. Contribuições de Agentes Comunitários de Saúde para a construção do perfil de usuários da Atenção Básica com necessidades de saúde mental. *Cad saúde colet*. 2020;28(4):599–608. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040014>
 20. Pimenta FJNA, Barros MMA. Ações e práticas de enfermagem frente ao paciente psiquiátrico atendido em um hospital de urgência e emergência de Porto Velho-RO. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;28:e1059. <https://doi.org/10.25248/reas.e1059.2019>
 21. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção Às Urgências e Institui a Rede de Atenção Às Urgências No Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
 22. Sampaio RA, Rodrigues AM, Nunes FC, Naghettini AV. Desafios no acolhimento com classificação de risco sob a ótica dos enfermeiros. *Cogitare Enferm*. 2022; 27:1–12. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80194>
 23. Pedrosa GC, Gusmão CMP. Conhecimento dos professores de uma escola de ensino infantil sobre primeiros-socorros em acidentes acometidos na infância. *Caderno De Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*. 2021;6(3):108-118. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cdgsaude/article/view/8240>
 24. Nunes L, Sani A. Manual de Criminologia e Vitimologia. Lisboa: Pactor, 2021.
 25. Ielapi N, Andreucci M, Bracale UM, Costa D, Bevacqua E, Giannotta N et al. (2021). Workplace

- violence towards healthcare workers: An Italian cross-sectional survey. *Nurs Rep.* 2021;11(4):758–764. <https://doi.org/10.3390/nursrep11040072>
26. Fan S, An W, Zeng L, Liu J, Tang S, Chen J, Huang H. Rethinking “zero tolerance”: A moderated mediation model of mental resilience and coping strategies in workplace violence and nurses’ mental health. *J nurs scholarsh.* 2022;54(4):501–512. <https://doi.org/10.1111/jnu.12753>
 27. Fusquine RS, Souza YA, Chagas ACF. Conhecimentos e condutas dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher. *Rev Psicologia e saúde.* 2021;13(1):113-124. <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i1.1010>
 28. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate.* 2019;43(120):223–239. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
 29. Mattos MP, Campos HMN, Gomes DR, Ferreira L, Carvalho RB, Esposti CDD. Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura. *Saúde debate.* 2020;44(127):277–1299. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012724>
 30. Fonseca ENR, Cunha SMRAS, Carneiro MTD, Barbosa KKS, Batista MC, Ferreira FC et al. Educação permanente em saúde: desafios e potencialidades para o processo de trabalho. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2023;23(7):e13480. <https://doi.org/10.25248/reas.e13480.2023>
 31. Petter EB, Rivas CMF, Stochero AV, Brum LB, Silva CB, Santos NO. Desafios de enfermeiros na integralidade da promoção em Estratégias de Saúde Familiar. *Saúde e pesquisa.* 2024;17(3):e12324. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2024v17n3.e12324>