REVISTA SAÚDE DOS VALES

ISSN: 2674-8584 V.07 – N.01 – 2025

DOI: 10.61164/rsv.v7i1.4043

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: FERRAMENTA DE APRENDIZAGEM PARA ACADÊMICOS DE MEDICINA

SITUATIONAL DIAGNOSIS: A LEARNING TOOL FOR MEDICAL STUDENTS

Táya Figueiredo de Oliveira Fiore
Acadêmica de Medicina, Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)-AFYA
https://orcid.org/0000-0003-3232-8142
E-mail: fioretaya@gmail.com

Victoria Alves Almeida
Acadêmica de Medicina, Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)-AFYA
https://orcid.org/0009-0009-4638-092X
E-mail: victoriaalvesalmeida1@gmail.com

Rodrigo Nakamura Lopes
Acadêmico de Medicina, Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)-AFYA
https://orcid.org/0009-0000-2396-2753
E-mail: rodrigo.n.l@hotmail.com

Isabelle Toscano Dias
Acadêmica de Medicina, Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)-AFYA
https://orcid.org/0009-0005-5994-3526
E-mail: isabelle-dias@live.com

Luiz Felipe Fonseca Prinsceswal
Acadêmico de Medicina, Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)-AFYA
https://orcid.org/0009-0008-6425-206X
E-mail: felipeprinsceswal@gmail.com

Leila Chevitarese
Atuou como docente do curso de Medicina, Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)-AFYA
https://orcid.org/0000-0002-5037-8787
E-mail: leila.chevitarese@gmail.com

Paulo Cavalcante Apratto Junior
Atua como docente do curso de Medicina, Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)-AFYA
https://orcid.org/0009-0006-8025-1177
E-mail: paulo.apratto@unigranrio.edu.br

Recebido: 01/05/2025 – Aceito: 22/05/2025

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), exige o conhecimento aprofundado do território e de sua população para planejamento eficaz das ações de saúde. Este relato de experiência tem como objetivo descrever a vivência de estudantes do primeiro período do curso de Medicina da UNIGRANRIO-AFYA na construção de um diagnóstico situacional como

ferramenta de aprendizagem na APS, durante a disciplina Integração Ensino, Serviço e Comunidade (IESC I), em parceria com uma equipe de saúde da família de Duque de Caxias (RJ). A metodologia baseou-se no emprego do Planejamento Estratégico Situacional, com análise de dados demográficos e socioeconômicos de 1.233 moradores cadastrados na eUSF do fictício “Bairro das Flores”. Os principais achados foram a predominância do sexo feminino (63,75%) e da raça/cor parda (66,83%), além de significativa incompletude nos dados de escolaridade (46,7%) e ocupação (34%). A vivência revelou barreiras estruturais e culturais no acesso e na coleta de dados, que impactam a efetividade das políticas públicas de saúde. A experiência permitiu aos discentes compreender a complexidade dos determinantes sociais da saúde e sua relação com os desfechos em saúde, além de refletirem criticamente sobre o papel da formação médica diante das vulnerabilidades sociais.
Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Planejamento Estratégico Situacional; Determinantes Sociais da Saúde; Gestão em Saúde; Educação Médica.

ABSTRACT
Primary Health Care (PHC), through the Family Health Strategy (FHS), requires deep knowledge of the territory and population to enable effective health planning. This experience report aims to describe the learning process of first-term medical students from UNIGRANRIO-AFYA in developing a situational diagnosis as a pedagogical tool within PHC, as part of the "Integration of Teaching, Service, and Community" (IESC I) discipline, in partnership with a Family Health team in Duque de Caxias (RJ). The methodology was based on Strategic Situational Planning, using demographic and socioeconomic data from 1,233 registered individuals in the “Bairro das Flores” community (fictitious name). Results indicated a female majority (63.75%) and predominance of self-declared mixed race individuals (66.83%), along with significant data incompleteness in education (46.7%) and employment status (34%). The fieldwork exposed structural and cultural barriers that hinder access and data collection, directly affecting the implementation of public health policies. This experience enabled students to critically understand the complexity of social determinants of health and their influence on health outcomes, while highlighting the need for medical education that is sensitive to social vulnerabilities.
Keywords: Primary Health Care; Strategic Situational Planning; Social Determinants of Health; Health Management; Medical Education.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS), se caracteriza como sendo um conjunto de ações de saúde, que abrange o indivíduo e seus coletivos. Suas ações vão do diagnóstico ao tratamento propriamente ditos, incluindo a prevenção de doenças e promoção da saúde. A APS é o nível de atenção que estabelece a relação mais próxima com o cotidiano das pessoas assistidas (BRASIL, 2012; SOLHA, 2014).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994 como programa, alcançando a condição de estratégia em 2012, sendo considerada a forma preferencial de ofertar os cuidados em saúde na APS, pelo Ministério da Saúde (SOLHA, 2014). O processo de trabalho das equipes que atuam na ESF é centrado

no cuidado do indivíduo e no seu território a fim de promover a qualidade de vida, permitindo que alcance autonomia (BRASIL, 2012).

Dentre as características do processo de trabalho das equipes de APS, portanto da ESF, a definição do território de atuação e da população sob a responsabilidade, compromissado com o cuidado integral à saúde das famílias, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional da equipe de saúde e de sua unidade de saúde e, a participação no planejamento local de saúde visando adequar a oferta de cuidados planejada a fim de ir ao encontro das necessidades dos indivíduos e seus coletivos (BRASIL, 2012).

Diante disso, é fundamental conhecer o território e o perfil sociodemográfico da população atendida como etapa inicial para a elaboração de planos de ação e cuidado na APS (SANTOS; CHRISTOVAM; LIMA, 2019). Esse conhecimento se realiza por meio do diagnóstico situacional, que se constitui de um conjunto de técnicas e ferramentas que aproximam as equipes de saúde da realidade das comunidades onde atuam, investigando aspectos geográficos, demográficos, socioculturais e epidemiológicos. Essa aproximação permite conhecer suas condições de vida, principais problemas e disparidades, permitindo planejar e organizar os processos de trabalho de forma mais eficaz (DEVANBU *et al*., 2023; TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

A ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde deve acontecer no campo de atuação do SUS. Assim, o ensino médico precisa entregar à sociedade brasileira, profissional de saúde com competência para atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, em nível individual e coletivo (BRASIL, 2014; FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018).

A fim de atender a esta formação no curso de Medicina da Universidade do Grande Rio(UNIGRANRIO)-AFYA, o componente curricular Integração Ensino Serviço e Comunidade (IESC) - ofertado do primeiro ao oitavo período da graduação, tem como objetivos a integração dos acadêmicos com os serviços do SUS e a sua inserção em uma comunidade visando o conhecimento acerca da APS, da realidade de sua população que sofre influência do seu contexto social, econômico e cultural (BRASIL, 2023; FERNANDES *et al*., 2024). A formação médica deve ser sensível às vulnerabilidades sociais, uma vez que os desafios da prática de saúde no Brasil exigem que o médico compreenda não apenas os aspectos clínicos dos pacientes, mas também as condições sociais que influenciam diretamente sua saúde (DIAZ *et al.,* 2022).

1.1 OBJETIVO

Relatar a experiência de acadêmicos de Medicina acerca do emprego do diagnóstico situacional como ferramenta de aprendizagem para APS.

2. METODOLOGIA

Este relato de experiência trata-se de um estudo ecológico descritivo, que utilizou o Planejamento Estratégico Situacional (PES), no trabalho desenvolvido por estudantes do primeiro período do curso de Medicina da UNIGRANRIO-AFYA, sob supervisão docente da disciplina de IESC I, em parceria com a equipe da USF (eUSF) localizada em Duque de Caxias, RJ.

Estudo ecológico descritivo se apresenta com base em “dados agregados, taxas ou proporções” realizados para um grupo populacional, cujos dados correspondem ao número de eventos notificados ou registrados para uma dada população. A abordagem ecológica, regularmente se baseia em dados secundários (MERCHÁN-HAMANN; TAUIL, 2021).

O Relatório de Cadastro Individual foi disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, com dados consolidados de 1.233 moradores adscritos da unidade de saúde. Dentre os indicadores, foram analisados a identificação do usuário (idade, sexo, raça/cor) e informações sociodemográficas (escolaridade e situação no mercado de trabalho). Para melhor compreender o contexto vivenciado pelos acadêmicos de Medicina, a comunidade será apresentada com um nome fictício de bairro das Flores. A partir desse material bruto, se realizou a análise descritiva e interpretativa dos indicadores, organizando-os segundo os principais determinantes sociais da saúde.

Optou-se por uma abordagem quantitativa descritiva, organizando os dados segundo categorias sociodemográficas e relacionando-os a marcos teóricos da determinação social da saúde. A escolha metodológica foi orientada pela proposta pedagógica da disciplina, que desafiou os estudantes a interpretar dados reais com base em referenciais de saúde coletiva já coletados pelo município e pela proposta pedagógica do módulo extensionista, que previa a elaboração de um diagnóstico situacional como etapa formativa.

A escolha do diagnóstico situacional como ferramenta de aprendizagem permitiu que os acadêmicos se conectassem diretamente com a realidade da população atendida pela ESF, além de evidenciar a aplicação prática da metodologia do PES. Ainda, essa estratégia permitiu familiarizar os estudantes com o uso de dados secundários em saúde coletiva e fomentar o raciocínio crítico sobre desigualdade social e vulnerabilidade.

O bairro das Flores, se localiza no município de Duque de Caxias e, passou a contar com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) recentemente. Essa UBS oferta os cuidados de saúde sob a lógica tradicional e sob a da ESF para a população deste bairro, em um espaço físico reduzido. A coexistência de ambas no mesmo ambiente impõe desafios à rotina de trabalho, podendo resultar em sobrecarga da equipe, falhas no atendimento e insatisfação dos usuários.

Além disso, o bairro das Flores é densamente povoado, com cerca de 16.000 habitantes por km² (IBGE, 2022b). Essa alta densidade populacional, somada a condições socioeconômicas precárias e à informalidade nas relações de trabalho, contribui para uma maior vulnerabilidade social impactando negativamente a qualidade de vida de seus moradores (SANTOS, 2021).

A elaboração do diagnóstico situacional teve por base o consolidado de saúde realizado durante os primeiros oito meses de funcionamento eUSF, através dos cadastros feitos na USF, quando o morador a acessava para tratamento e através das visitas domiciliares para cadastramento do morador adscrito. Importante ressaltar que a disciplina de IESC I tem por fundamento ensinar o processo de trabalho na ESF, cujo objetivo é ensinar a territorialização em saúde, que inclui o diagnóstico situacional, sua análise, buscando identificar as principais vulnerabilidades da população local e, propor estratégias para qualificar o atendimento e minimizar as falhas existentes. Dessa forma, neste relato de

experiência o diagnóstico situacional será apresentado como ferramenta de aprendizagem pelos acadêmicos de Medicina do primeiro período que atuam na APS.

O diagnóstico situacional adotado neste estudo foi estruturado, como mencionado anteriormente, com base no PES, metodologia consagrada na análise de problemas complexos, especialmente em contextos de saúde pública. O PES foi escolhido por sua capacidade de integrar dados críticos e promover um planejamento de soluções participativas, com foco na realidade da comunidade atendida. As etapas utilizadas na organização da metodologia adotada no PES podem ser observadas no Quadro 1.

Quadro 1. Etapas utilizadas na organização da metodologia adotada no PES por acadêmicos do primeiro período do curso de Medicina da UNIGRANRIO-AFYA, Duque de Caxias

Etapas	Conteúdos
Coleta de dados	A coleta foi feita a partir do Relatório de Cadastro Individual de 1.233 moradores adscritos à Unidade de Saúde da Família, abrangendo as variáveis demográficas e socioeconômicas, como sexo, idade, raça/cor, escolaridade e situação no mercado de trabalho.
Análise dos dados	A análise dos dados seguiu os eixos definidos pelo PES, como a caracterização da população, avaliação da capacidade instalada da unidade de saúde, cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e qualidade dos dados cadastrais.
Identificação dos nós críticos	Foram identificados os dois principais problemas que comprometem a eficiência da assistência, como a incompletude de dados e a falta de profissionais adequados
Propostas de enfrentamento	Foram elaboradas três propostas de enfrentamento: reforço na explicação da lógica do processo de trabalho na ESF; capacitação dos profissionais de saúde para a coleta de dados, dada a sua importância para a análise de identificação dos problemas e; a reestruturação da organização do atendimento à comunidade, conforme a lógica da ESF.

Fonte: os autores, 2025.

Seguindo a metodologia proposta, foi realizada a sistematização dos resultados, possibilitando sua análise.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados os dados de 1233 indivíduos cadastrados nos primeiros oito meses de funcionamento da eUSF no Bairro das Flores. Quanto à distribuição etária da amostra pode ser dito que foi homogênea, sem predominância de uma faixa etária específica, o que favorece uma leitura abrangente do território atendido (DYRTING; FLAXMAN; SHARYGIN, 2022).

Foi observado que a análise dos indicadores de identificação do usuário revelou predominância do sexo feminino: 63,75% (786) dos usuários eram mulheres, enquanto 36,25% (447) eram homens. Essa disparidade pode refletir a menor procura dos homens pelos serviços de saúde, em parte motivada por barreiras culturais que associam o cuidado com a saúde à fragilidade, reforçando a ideia de autossuficiência e invulnerabilidade masculina (JULIÃO; WEIGELT, 2011; PEREIRA; PEREIRA, 2024).

Outra possibilidade é a permanência das mulheres no domicílio, enquanto os homens saem para trabalhar, pois as mães ainda são as maiores responsáveis pelo cuidado das crianças. As mulheres em idade fértil com filhos pequenos, geralmente cedem espaço para o parceiro trabalhar e, um dos motivos é a baixa cobertura de inclusão escolar devido à não existência de vagas em creches públicas e ao elevado custo das creches privadas (MADALOZZO; BLOFIELD, 2017).

A vivência prática dos discentes junto à eUSF permitiu observar como essas desigualdades se expressam no cotidiano do serviço. Ao confrontar o aprendizado teórico com a realidade prática, torna-se possível compreender que a lógica de acesso à saúde não é apenas normativa, mas atravessada por condicionantes de gênero, trabalho e cuidado que escapam às abordagens biomédicas tradicionais.

Quanto à raça/cor, a maioria se identificou como parda (66,83%), seguida por branca (24,66%) e preta (8,27%). O IBGE (2022a) confirma a ordem de classificação quanto a esse indicador, quando comparado com a população total do município de Duque de Caxias. Apenas 0,16% se autodeclararam amarelos e 0,08% indígenas. A coleta desse dado tornou-se obrigatória nos Sistemas de Informação em Saúde a partir de 1998 (BRASIL, 1998), sendo essencial para a promoção da equidade e redução das iniquidades em saúde (SEPPIR, 2013). No contato direto com os usuários, os estudantes puderam perceber que a autorreferência racial, ainda que muitas vezes negligenciada, é essencial para mapear vulnerabilidades interseccionais.

Em contraste com os dados acima, os indicadores de escolaridade e situação no mercado de trabalho apresentaram elevada incompletude, restringindo a análise a subconjuntos não representativos do universo total. A escolaridade foi avaliada em 46,7% do total (576 cadastros) e a situação ocupacional foi identificada em apenas 34% (419 cadastros). Essa lacuna reflete não apenas falhas operacionais, mas também a ausência de uma cultura institucional voltada para a coleta qualificada de dados sociodemográficos.

Com relação à escolaridade, considerando o universo de 576 (46,7%) pessoas, 244 (42,36%) possuíam ensino fundamental, 222 (38,54%) ensino médio, 46 (7,99%) ensino superior, 44 (7,64%) eram analfabetos e 20 (3,47%) possuíam apenas alfabetização inicial. A escassez desses dados pode contribuir para a falta de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas intersetoriais, sobretudo considerando que a escolarização é determinante social crítico para a saúde, com

capacidade de impactar a qualidade de vida dos indivíduos e seus coletivos no Bairro das Flores. Este reconhecimento é consolidado na formação teórico-prática dos discentes, que aprendem a relacionar a vulnerabilidade educacional com desfechos em saúde — tanto em termos de acesso quanto de adesão e compreensão das condutas propostas.

Já na situação ocupacional dos 419 registros (34%), 124 (29,59%) não trabalhavam, 93 (22,20%) eram aposentados ou pensionistas, 55 (13,13%) tinham vínculo formal com carteira assinada, 48 (11,46%) estavam desempregados, 46 (10,98%) atuavam como autônomos sem previdência, 27 (6,44%) como autônomos com previdência, 21 (5,01%) eram assalariados informais, 4 (0,95%) empregadores e apenas 1 (0,24%) servidor público ou militar. O trabalho de campo permitiu aos discentes perceber que tais condições têm repercussões diretas sobre a saúde, seja pela dificuldade de manter rotinas de autocuidado, seja pelo impacto psicológico da instabilidade econômica. Sobre essa situação, Bruno (2011) destacou que os baixos salários recebidos pelos pais em situação de vulnerabilidade levam seus filhos a trabalharem mais cedo. Este fato pode trazer como consequência o afastamento da escola ou dificultar seu processo de aprendizagem, quando conseguem frequentá-la. O que se segue como desdobramento desses fatos, pode explicar os resultados da situação ocupacional de Jardim das Flores: baixas qualificações fazendo com que esses jovens, ao se inserirem no mercado de trabalho, realizassem apenas trabalhos simples, pouco remunerados. Poucos conseguiram alcançar um nível de maior qualificação, perpetuando a situação de vulnerabilidade para esses segmentos mais pobres da população (BRUNO, 2011).

A vivência prática dos discentes junto à equipe da ESF revelou barreiras estruturais e culturais no acesso aos serviços de saúde e na coleta de dados. Essas barreiras impactaram negativamente a qualidade da coleta e a efetividade do diagnóstico situacional. As lacunas observadas nas coletas dos dados de escolaridade e de situação ocupacional comprometem a fidedignidade das análises e levanta a possibilidade de viés de informação, dado que a ausência de dados tende a ocorrer justamente nos segmentos mais vulneráveis da população — como os menos escolarizados e inseridos em ocupações informais. Nesse sentido, a completude e qualidade dos dados são pré-requisitos para diagnósticos situacionais confiáveis e ações em saúde baseadas em evidências (EHSANI-MOGHADDAM; MARTIN; QUEENAN, 2021; NAKAMURA *et al.*, 2013; NDABARORA; CHIPPS; UYS, 2013).

Além disso, há uma interseção crítica entre escolaridade, mercado de trabalho e raça/cor: indivíduos autodeclarados pretos ou pardos concentram-se nas categorias de maior vulnerabilidade, como desempregados e trabalhadores informais — padrão que persiste mesmo entre os que possuem ensino superior, ainda que de forma menos acentuada (IBGE, 2019; OLIVEIRA; ABRANTES FILHO, 2011; REIS, 2017). A incompletude não é neutra: tende a invisibilizar justamente os grupos mais vulneráveis — os menos escolarizados, desempregados e racialmente discriminados (ECKERSLEY, 2015; HARPER; KING; YOUNG, 2013). Essas análises não emergem espontaneamente: foram estimuladas pela interlocução crítica entre teoria e prática, promovida pela inserção dos discentes no território.

Quando a eESF foi indagada sobre o motivo de não terem sido colhidas essas informações anteriormente discutidas, a resposta foi que essas não eram

relevantes, poderiam ser puladas, para adiantar o cadastro. Diante desses achados, impõe-se a necessidade de um novo processo de cadastramento, conduzido por profissionais devidamente capacitados, que compreendam a importância dos dados coletados para a formulação de políticas públicas, alocação de recursos e planejamento das ações da APS. A simples coleta mecânica de informações, sem a devida compreensão de seu papel estratégico, favorece a produção de bases de dados incompletas ou enviesadas, com implicações diretas na eficiência e efetividade das ações em saúde na APS.

A análise da infraestrutura também revela limitações importantes. A unidade abriga simultaneamente uma UBS tradicional e uma USF, mas dispõe de espaço físico limitado e número insuficiente de profissionais, especialmente Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Apenas dois ACS atuam na unidade, o que inviabiliza a cobertura territorial ideal preconizada para a Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja capacidade de adscrição pode chegar a 4.000 pessoas — valor muito superior aos 1233 usuários atualmente cadastrados (BRASIL, 2012). Essa limitação compromete diretamente o papel dos ACS na promoção da saúde, vigilância ativa e continuidade do cuidado. Além disso, a coexistência de duas modalidades de APS (tradicional e ESF) em uma estrutura reduzida dificulta a integração das ações, gera sobreposição de funções, enfraquece a identidade da equipe com os princípios da ESF e, não deixa claro para a população os diferentes processos de trabalhos executados pelas diferentes equipes locais. Isto resulta na desqualificação e desacreditação da capacidade de resolução dos problemas de saúde individuais (na assistência) e coletivos (no território). A vivência in loco evidenciou o impacto direto dessa limitação na vigilância ativa, na resolubilidade dos problemas e na coesão da equipe com os princípios da Atenção Primária.

Nesse contexto, conclui-se que há necessidade de capacitação técnica da equipe de saúde local para a condução de diagnósticos situacionais qualificados, coleta de dados completa e utilização crítica dos sistemas de informação. Também se evidencia a urgência de reestruturar a equipe, com ampliação do número de ACS e reorganização dos processos de trabalho, de modo a viabilizar o modelo de atenção proposto pela ESF. As propostas de enfrentamento levantadas a partir desta análise devem ser discutidas coletivamente com a eESF local, de forma a integrar o saber técnico-científico com a experiência prática e o conhecimento do território.

Por fim, destaca-se que a participação dos discentes nas atividades desenvolvidas junto à USF e à comunidade contribuiu não apenas para a qualificação acadêmica, mas também para o desenvolvimento de uma postura crítica, empática e comprometida com a realidade social dos usuários. Tal vivência está em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina (BRASIL, 2014). Ademais, a vivência dos acadêmicos no campo permitiu que compreendessem a complexidade dos determinantes sociais da saúde, como a educação e o acesso ao trabalho, e como estes influenciam diretamente os desfechos em saúde. Ao contrastar a teoria com a prática, foi possível refletir criticamente sobre o papel da formação médica em relação às vulnerabilidades sociais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência na eUSF do Bairro das Flores evidenciou lacunas estruturais importantes na Atenção Primária à Saúde, como a incompletude de dados, falhas na coleta de informações e carência de recursos humanos e físicos. Essas limitações comprometem a análise situacional do território e perpetuam a invisibilidade de grupos em maior vulnerabilidade social. Observamos que exatamente as populações mais empobrecidas e com menor escolaridade eram as menos representadas nos registros, o que revela que a ausência de dados não é neutra – e la reforça desigualdades ao silenciar quem mais precisa ser visto.

Essa vivência territorial, integrada ao ensino teórico, mostrou-se essencial para a formação de uma postura médica crítica, ética e comprometida com o SUS. Permitiu não apenas aplicar saberes acadêmicos, mas problematizar a realidade concreta, evidenciando que a produção de dados em saúde reflete disputas simbólicas e materiais. O que se registra – ou se omite – tem impacto direto no planejamento das ações. A experiência fortaleceu a capacidade de análise e intervenção dos discentes, reafirmando o papel transformador da formação médica na Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view. Acesso em: 21 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 719, de 17 de agosto de 2023**. Dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2023/resolucao-no-719.pdf. Acesso em: 7 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf. Acesso em: 7 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.925, de 13 de novembro de 1998**. Dispõe sobre a orientação aos gestores municipais do Sistema Único de Saúde quanto à organização do sistema municipal de saúde no que diz respeito às ações de atenção básica. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, 2 fev. 1999. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html. Acesso em: 21 maio 2025.

BRUNO, L. Educação e desenvolvimento econômico no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 48, p. 545-562, 2011. DOI: 10.1590/S1413-24782011000300002. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/rbedu/a/BbvhJPJGSYw9TCWrYS7mfmb/?lang=pt. Acesso em: 21 maio 2025.

DIAZ, A.; HYER, J. M.; TSILIMIGRAS, D.; PAWLIK, T. M. The impact of social vulnerability subthemes on postoperative outcomes differs by racial/ethnic minority status. **American Journal of Surgery**, v. 223, n. 2, 353–359, 2022. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2021.05.014.

ECKERSLEY, R. Beyond inequality: Acknowledging the complexity of social determinants of health. **Social Science & Medicine**, v. 147, p. 121–125, 2015. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.10.052.

EHSANI-MOGHADDAM, B.; MARTIN, K.; QUEENAN, J. A. Data quality in healthcare: A report of practical experience with the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network data. **Health Information Management Journal**, v. 50, n.1-2, p. 88-92, 2021. DOI: 10.1177/1833358319887743.

DEVANBU, V. G. C.; R, N.; A, S.; KUMAR, N. Situational analysis of healthcare delivery and user perspectives of mobile diagnostics (mDiagnostics) in Chennai, Tamil Nadu, India: a mixed-method study. **Cureus**, v. 15, n. 9, 2023. DOI: 10.7759/cureus.45808. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10591228/pdf/cureus-0015-00000045808.pdf. Acesso em: 21 maio 2025.

DYRTING, S.; FLAXMAN, A.; SHARYGIN, E. Reconstruction of age distributions from differentially private census data. **Population Research and Policy Review**, v. 41, n. 6, p. 2311–2329, 2022. DOI: 10.1007/s11113-022-09734-2.

FERNANDES, V. F. S.; ZANELATO, C.; DEININGER, L. S. C.; LEONARDO, R. S. **Integração Ensino-Serviço-Comunidade I: Manual Do Professor**. Duque de Caxias: UNIGRANRIO-AFYA; 2024. 25p.

FREITAS, L. S., RIBEIRO, M. F., BARATA, J. L. M. O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, 2018. DOI: 10.5935/2238-3182.20180039.Disponível em: https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2373. Acesso em: 7 de maio de 2025.

HARPER, S., KING, N. B., YOUNG, M. E. Impact of selective evidence presentation on judgments of health inequality trends: an experimental study. **PloS One**, v. 8, n. 5, 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.0063362. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0063362. Acesso em: 21 maio 2025.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Cidades e Estados do Brasil: Rio de Janeiro, Duque de Caxias: censo 2022**. Rio de

Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/duque-de-caxias/pesquisa/10102/122229. Acesso em: 8 maio 2025.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Densidade demográfica: recorte do bairro de Vila São Luiz, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022b. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/. Acesso em: 15 jul. 2024.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. **Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 41, p. 1-12, 2019.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011. DOI: 10.5902/217976922400. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2400/1743. Acesso em: 21 maio 2025.

MADALOZZO, R.; BLOFIELD, M. Como famílias de baixa renda em São Paulo conciliam trabalho e família? **Revista Estudos Feministas**, v. 25, n. 1, p. 215-140, 2017. DOI: 10.1590/1806-9584.2017v25n1p215. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/Fd7ddgmSnNy8ftwWkbfKWkC/?lang=pt. Acesso em 8 de maio de 2025.

MERCHÁN-HAMANN, E.; TAUIL, P. L. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, 2021. DOI: 10.1590/s1679-49742021000100026. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/zTjbDrwQD8d7vRDbNspzbXM/?lang=pt. Acesso em 14 de junho de 2024.

NAKAMURA, H. Y.; LIMA, S. M.; NOBRE, M. I. R.; VIANNA, N. G.; ARRUDA, S. M. C. de P.; SILVA, E. M. PET Saúde da Família: avaliação da qualidade do preenchimento de cadastros na Atenção Básica. **Vita et Sanitas**, v. 7, p. 99-110, 2013. Disponível em: https://unigoyazes.edu.br/revistas/index.php/VitaetSanitas/article/view/44/36. Acesso em: 21 maio 2025.

NDABARORA, E.; CHIPPS, J. A.; UYS, L. Systematic review of health data quality management and best practices at community and district levels in LMIC. **Information Development**, v. 30, n. 2, p. 103-120, 2013. DOI: 10.1177/0266666913477430.

OLIVEIRA, A. de; ABRANTES FILHO, G. Education and the Labour Market in Brazil. **Policy Futures in Education**, v. 9, n. 5, p. 585-597, 2011. DOI: 10.2304/pfie.2011.9.5.585. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.2304/pfie.2011.9.5.585. Acesso em: 21 maio 2025.

PEREIRA, R. A.; PEREIRA, K. A. O desafio da inserção do homem na Atenção Primária à Saúde. **Revista Extensão**, v. 8, n. 2, p. 97-108, 2024. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/9674. Acesso em: 21 maio 2025.

REIS, M. Fields of Study and the Earnings Gap by Race in Brazil. **Review of Development Economics**, v. 21, n. 3, p. 756-785, 2017. DOI: 10.1111/rode.12292. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/rode.12292. Acesso em: 21 maio 2025.

SANTOS, A. P. **Densidade urbana e qualidade de vida: estudo estatístico sobre o índice Numbeo**. 223 f. Tese (Doutorado em Engenharia Civil e Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo, Campinas, SP, 2021.

SANTOS, M. G. dos; CHRISTOVAM, B. P.; LIMA, V. M. da F. Mapeamento em saúde como ferramenta para gerência do cuidado aos idosos hipertensos na Atenção Primária. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 49, p. 1509-1512, 2019. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2019v9i49p1509-1512. Disponível em: https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/116. Acesso em: 21 maio 2025.

SEPPIR (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL). **III Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial: Subsídios para o debate**. Brasília: SEPPIR, 2013. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/IIIConapir/subsidios_debate.pdf. Acesso em: 14 jun. 2024.

SOLHA, R. K. T. **Saúde coletiva para iniciantes: políticas e práticas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Érica; 2014.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R.; FERREIRA, J. H. **Planejamento em saúde**. e-Coleções FSP/USP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998. Disponível em: https://colecoes.abcd.usp.br/fsp/items/show/2378. Acesso em: 14 jun. 2024.