

Territorialização e diagnóstico situacional de saúde na experiência estudantil da Vivência Integrada na Comunidade

Territorialization and Situational Health Diagnosis in the Student Experience of Integrated Living in the Community

Erick Dantas Bernardo¹  <https://orcid.org/0009-0007-6201-3455>

Hilda Maria Gonçalves Cordeiro Gomes Ferreira¹  <https://orcid.org/0009-0004-7842-4433>

Francisco de Assis Moura Batista¹  <https://orcid.org/0000-0003-2403-4830>

Ana Beatriz de Oliveira Fernandes¹  <https://orcid.org/0009-0000-9595-5122>

Relato de experiência

Como citar

Bernardo ED, Ferreira HMGCG, Batista FAM, Fernandes ABO. Territorialização e diagnóstico situacional de saúde na experiência estudantil da Vivência Integrada na Comunidade. *Revista Científica Integrada*. 2025, 8(spe.), e202535. <https://doi.org/10.59464/2359-4632.2025.3868>

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses.

Enviado em: 10/09/2025

Aceito em: 23/10/2025

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Autor correspondente

Erick Dantas Bernardo
erickdantasb@gmail.com

Revista Científica Integrada (ISSN 2359-4632)
<https://revistas.unaerp.br/rci>

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de discentes do segundo período de medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte durante a Vivência Integrada na Comunidade II no processo de territorialização e construção do Diagnóstico Situacional de Saúde de uma Unidade Básica de Saúde. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência, que consistiu na elaboração de um mapa do território adscrito, do diagnóstico situacional e de uma “árvore” da matriz explicativa. **Resultados:** Identificou-se que a maior parte da população adscrita analisado era idosa. O território possuía diversos equipamentos sociais, mas também pontos de vulnerabilidade para alagamento, drogadição, etilismo e famílias em situação de rua. Esses elementos possibilitaram que estudantes e profissionais reconhecessem as principais necessidades de saúde da população, com vistas a desenvolver ações para superar esses desafios e promover saúde. **Conclusão:** A experiência demonstrou a relevância da imersão dos estudantes no território, de modo que fossem capazes de identificar vulnerabilidades e potencialidades para promoção, prevenção e recuperação da saúde. Também favoreceu o processo de ensino-aprendizagem, proporcionando o desenvolvimento de habilidades de comunicação, escuta ativa, tomada de decisão e articulação intersetorial.

Descritores: Gerência de serviços de saúde. Educação Médica. Diagnóstico da Situação de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of students in the second semester of medicine at the Multi-campus School of Medical Sciences of the Federal University of Rio Grande do Norte during the Integrated Living in the Community II program in the process of territorialization and construction of the Situational Health Diagnosis of a Basic Health Unit. **Method:** This is a descriptive, experience report type of research, which consisted of preparing a map of the catchment area, the situational diagnosis, and a “tree” of the explanatory matrix. **Results:** It was identified that most of the analyzed catchment population was elderly. The territory had several social facilities, but also points of vulnerability to flooding, drug addiction, alcoholism, and homeless families. These elements allowed students and professionals to recognize the main health needs of the population, with a view to developing actions to overcome these challenges and promote health. **Conclusion:** The experience demonstrated the relevance of immersing students in the territory, so that they were able to identify vulnerabilities and potentialities for health promotion, prevention, and recovery. It also favored the teaching-learning process, providing the development of communication skills, active listening, decision-making, and intersectoral articulation.

Descriptors: Health services administration. Medical Education. Health Situation Diagnosis. Primary Health Care.

Introdução

O diagnóstico situacional de saúde (DSS) consiste no resultado de um processo de coleta, tratamento e análise de dados de saúde de um determinado território. Essa ferramenta subsidia a análise das condições de saúde e adoecimento individuais e coletivas de uma população, considerando a complexidade do processo de saúde-doença e os Determinantes Sociais de Saúde envolvidos^{1,2}.

A ferramenta deve ser construída com dados amplos oriundos do processo de territorialização, do contato com a comunidade e do diálogo entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS). O DSS permite conhecer a realidade, a dinâmica e os riscos em que a comunidade está inserida. Além de conhecer a forma como estão organizados os serviços e as rotinas da Atenção Primária à Saúde (APS) e ter como eixo estruturante o trinômio: conhecer o território, tomada de decisão e ação^{1,3}.

Para subsidiar o processo de DSS, a territorialização é um importante componente. Uma vez que se destina a organizar o espaço de atuação da equipe e compreender a realidade da população adscrita, a territorialização de uma Unidade de Saúde possibilita planejar ações mais adequadas às necessidades locais¹.

Nessa perspectiva, a Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN), pautando-se em uma proposta pedagógica que busca a inserção do estudante de medicina, desde o primeiro ano da graduação, no território, bem como a responsabilidade social na formação médica, possui o componente curricular obrigatório de Vivência Integrada na Comunidade (VIC)⁴.

A VIC é ofertada do segundo ao oitavo semestre do curso, totalizando 840 horas, tem o formato de internato longitudinal, no qual os discentes são inseridos integralmente nos serviços de saúde dos três níveis de atenção. Baseia-se nas concepções de Educação Baseada na Comunidade e Aprendizagem Baseada na Vivência, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)⁵.

Além disso, contempla os requisitos para o desenvolvimento de competências voltadas para a medicina rural e orienta-se por três princípios fundamentais: responsabilidade social da universidade, integração ensino-serviço-comunidade e vivência como método de ensino-aprendizagem^{5,6}. Logo, a VIC corresponde a uma estratégia pedagógica extensionista inovadora para a formação médica dos discentes, tendo em vista seu caráter particular e exclusivo⁷.

Assim, essa pesquisa tem como objetivo relatar a experiência de discentes do segundo período de medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte durante a Vivência Integrada na Comunidade II no processo de

territorialização e construção do Diagnóstico Situacional de Saúde de uma Unidade Básica de Saúde.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, que busca caracterizar e analisar fenômenos sem manipulação de variáveis, adotando o formato de relato de experiência, entendido como a sistematização reflexiva de vivências práticas. Sua construção seguiu as diretrizes *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE)*⁸, que orientam a elaboração de estudos voltados à melhoria da qualidade em saúde, assegurando clareza e rigor metodológico.

A pesquisa foi realizada durante o módulo de VIC, no período de 22 de abril a 10 de maio de 2024, em uma UBS no município de Currais Novos, localizado na região do Seridó, interior do estado do Rio Grande do Norte.

Durante a VIC, os estudantes são subdivididos em três municípios do Seridó Potiguar – Caicó, Currais Novos e Santa Cruz – durante quatro semanas. Em cada município, os estudantes são alocados, em duplas ou trios, em UBS pactuadas entre a gestão municipal e a Instituição de Ensino Superior (IES). Durante esse período, os estudantes ficam imersos no território e aqueles que realizam a vivência nos municípios de Currais Novos e Santa Cruz recebem auxílio para hospedagem e alimentação. Essa estratégia tem como objetivo permitir que os estudantes criem vínculos com aquele território, uma vez que a UBS na qual eles serão alocados será seu local fixo de VIC durante todo o curso. Além disso, os estudantes também vivenciam outros serviços de saúde e de assistência social de atenção secundária e terciária.

Dada essa caracterização, esse estudo relatará a vivência de uma dupla de estudantes de medicina na UBS Professora Bernadete Xavier, localizada no Centro do município de Currais Novos/RN, e a construção do mapa do território e do diagnóstico situacional de saúde. Essa pesquisa foi realizada pelos estudantes, junto à população adscrita da UBS, com foco nos usuários do SUS, e com todos os membros da equipe de saúde da família formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e técnicos administrativos.

Inicialmente, foi realizado um aprofundamento teórico sobre o diagnóstico situacional de saúde por parte dos estudantes, seguido do direcionamento para o mapeamento do território; o funcionamento e importância da APS e a construção e a importância do diagnóstico situacional para o planejamento em saúde.

Durante a primeira semana, em companhia dos ACS, os discentes realizaram a territorialização do bairro centro e acompanharam as visitas domiciliares. A partir disso, os discentes reuniram-se, individualmente com

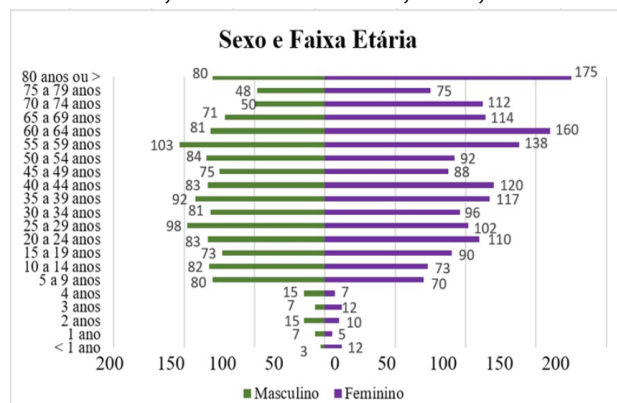
cada ACS e coletaram dados qualitativos e quantitativos sobre a situação de saúde da comunidade, o perfil sociodemográfico do território e a situação de moradia quanto ao consumo de água, à coleta de lixo e à presença de energia elétrica, o que permitiu a classificação das microáreas de maior vulnerabilidade. O mapa do território foi construído no aplicativo *MyMaps* e contém as microáreas de cada agente, processo essencial para a construção do diagnóstico situacional.

Também foi utilizado como fonte de coleta de dados o Sistema de Informação em Saúde (SIS) e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), além dos relatos de alguns atores sociais da comunidade. A partir da construção do mapa, das informações do e-SUS APS e da construção de uma “árvore” da Matriz explicativa, foi desenvolvido um panorama do diagnóstico da situação de saúde da área.

Resultados

A comunidade em que foi realizada a pesquisa corresponde ao território abrange 3.089 habitantes divididos em 1.296 residências. O bairro é o mais antigo do município, apresentando um extenso acervo de casarios antigos e, historicamente, uma população mais envelhecida, já que 31,27% dos usuários têm 60 anos ou mais, a figura 1 representa as características populacionais da UBS.

Figura 1. Pirâmide etária da população do bairro centro. Currais Novos, Rio Grande do Norte, Brasil, 2025.



Fonte: elaborado pelos autores (2025).

O bairro exibe uma forte carga cultural, econômica e social. Apresenta inúmeros equipamentos de lazer e socialização como praças, prédios históricos e administrativos, centros especializados de saúde, restaurantes, lanchonetes, sorveterias, pousadas e hotéis, igrejas de diferentes denominações, mercado público, instituições sem fins lucrativos, áreas para prática de esporte, como o estádio municipal, entre outros. Apesar disso, algumas fragilidades apontam alguns pontos de vulnerabilidade, como a presença de pontos de alojamento, drogadição, etilismo e de

famílias em situação de vulnerabilidade social, além de moradores de rua.

Um dos produtos gerados durante a vivência e que foi anexo à construção do diagnóstico situacional foi o mapa do território. Nele estão delimitadas, também, as 5 microáreas. Antes havia 6, mas com o remanejamento de uma determinada ACS, sua microárea foi subdividida entre os outros cinco ACS. A Figura 2, representa o mapa adscrito da UBS em questão.

Figura 2. Mapa do território adscrito à Unidade Básica de Saúde, com a delimitação das cinco microáreas existentes. Currais Novos, Rio Grande do Norte, Brasil, 2025.



Nota: Ressalta-se que algumas microáreas estão fragmentadas.

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

Como já mencionado, a construção do diagnóstico situacional envolveu a coleta de dados acerca da situação de saúde, do perfil sociodemográfico do território e da situação de moradia quanto a saneamento básico, coleta de lixo e presença de energia elétrica na habitação. Dentre os principais resultados sociodemográficos desta coleta, destacam-se: população predominantemente feminina (57,49%) e branca (56,94%), seguida de pardos (41,24%), pretos (1,59%) e amarelos (0,23%); observa-se uma concentração significativa de pessoas com ensino médio completo ou em curso (34,41%), além de ensino fundamental completo ou em curso (1ª a 8ª série) com 25,67% dos moradores, ensino superior completo (incluindo especialização, mestrado e doutorado) ou em curso com 19,52%, além de 0,39% da população se apresentar sem escolaridade; acerca da situação trabalhista, 20,65% dos moradores eram Aposentados/pensionistas, 24,17% não trabalhavam ou eram desempregados, 95% eram assalariados com carteira assinada, e 11,55% autônomos (com ou sem previdência).

Quanto à situação de moradia dos moradores da área adstrita à UBS: a maioria dos domicílios utilizavam predominantemente água clorada (52,55%), seguido de

água filtrada (39,81%) e água mineral (2,31%), com pequena parcela usando água fervida (0,54%) e água não tratada (0,46%); a coleta de lixo era amplamente realizada, com 94,60% dos domicílios tendo lixo coletado regularmente e 0,08% depositam o lixo a céu aberto; e quanto ao acesso à energia elétrica, 91,98% dos domicílios possuíam fornecimento regular, e 3,16% não tinham tal. É importante ressaltar que as porcentagens que faltam para completar os 100% de cobertura de moradores e/ou domicílios referem-se àqueles dados que não foram informados no cadastro. Já com relação à situação de saúde, a Tabela 1 resume os principais agravos e suas prevalências no território tratado neste estudo.

Tabela 1. Números de usuários conforme as diferentes condições/situações de saúde mais prevalentes no território e seus percentuais em relação ao total de moradores. Currais Novos, Rio Grande do Norte, Brasil, 2025.

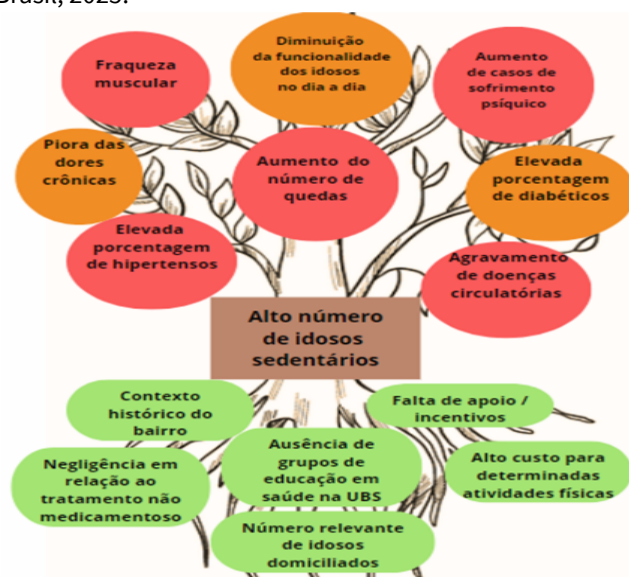
Condições/ situações de saúde gerais	Número de cidadãos	Percentual em relação à população de toda a área
Hipertensos	745	24,12%
Diabéticos	298	9,65%
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde	249	8,06%
Está acamado	20	0,65%
Está domiciliado	153	4,95%
Está fumante	140	4,53%
Está com tuberculose	1	0,03%
Faz uso de álcool	57	1,85%
Faz uso de outras drogas	14	0,45%
Tem ou teve câncer	62	2,01%
Tem alguma deficiência	111	3,59%
Teve AVC/ derrame	41	1,33%
Está gestante	11	0,36%
Está gestante na adolescência	1	0,03%
Está abaixo do peso	108	3,39%
Está acima do peso	555	17,97%

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

Para auxiliar na construção do diagnóstico situacional também foi uma matriz explicativa de problema (ou “árvore de problemas”), como representação conceitual capaz de definir os problemas do território (diagnóstico) atrelados a suas causas e consequências⁹. Nela, o tronco, que representa o principal agravo de saúde na área, é nutrido por raízes

históricas, socioculturais, políticas e infraestruturais (as causas), as quais geraram consequências à saúde (as folhas e ramagens) da parcela mais acometida do lugar, os idosos. Assim, ela serviu para nortear quais os obstáculos passíveis de intervenções no âmbito da saúde preventiva, resumindo os achados da coleta de dados e da vivência dos estudantes. Na Figura 3, está disposta a matriz explicativa, sendo que nas “raízes” estão as causas. No “tronco” está o principal problema. E na “copa” estão as consequências.

Figura 3. Árvore da Matriz Explicativa do principal problema em saúde do território adscrito à Unidade Básica de Saúde. Currais Novos, Rio Grande do Norte, Brasil, 2025.



Fonte: elaborado pelos autores (2025).

Discussão

O índice notório de idosos no bairro demonstra de forma clara o envelhecimento da população brasileira e a inversão da pirâmide etária. O valor encontrado de 31,27% da população do território ser acima de 60 anos torna-se relevante quando se nota a discrepância com o percentual de pessoas com mais de 60 anos do próprio município e do Brasil, 18,37% e 15,8% respectivamente^{10,11}. Assim, pode-se reforçar o fato de que esses dados refletem o caráter histórico e cultural da construção e do desenvolvimento do bairro em questão.

Com relação aos dados demográficos, tem-se que a predominância do sexo feminino é um padrão comum no Brasil, especialmente em áreas urbanas, onde a expectativa de vida das mulheres é maior, enquanto a distribuição racial mostra a maioria de brancos e pardos, refletindo a composição étnico-racial brasileira. Quanto à escolaridade, o fato de a maior parte da população ter completado o ensino médio e ter ensino superior ou pós-graduação mostra um avanço na escolarização do local¹². No que tange ao contexto econômico, os dados

indicaram forte presença de inatividade econômica, com a maioria da população sendo aposentada ou que não trabalha, assim como uma parcela considerável de empregos informais que reflete uma realidade nacional¹³.

Em se tratando da infraestrutura do território, observou-se predominância de resultados positivos, envolvendo: índice de uso de água clorada e filtrada abrangente, o que indica boas condições sanitárias, de forma geral; coleta regular de lixo na grande maioria de domicílios, refletindo boa cobertura dos serviços públicos; e quase a totalidade dos domicílios tendo energia elétrica, o que reflete uma infraestrutura relativamente consolidada. No entanto, a presença de 41 domicílios ainda sem acesso à energia elétrica representa um índice preocupante e incompatível com o direito ao mínimo existencial^{13,14}.

No decorrer da elaboração do diagnóstico situacional de saúde foi possível identificar o principal problema de saúde da população do bairro Centro do município de Currais Novos, assim como suas causas, impactos e correlações entre eles (Figura 3). Além disso, foram identificadas as necessidades de saúde da comunidade, o que auxilia no desenvolvimento de um raciocínio crítico para propor ações de estabelecimento de uma atenção integral, resolutive e com equidade¹⁵. Assim observou-se um elevado número de idosos sedentários, com grande quantidade de usuários domiciliados, o que muitas vezes envolve limitações físicas, preferência por tratamentos medicamentosos em detrimento de hábitos saudáveis, negligência em relação à saúde mental e a ausência de projetos de Educação em Saúde no território.

As consequências do agravo acima mencionado advêm do processo natural de envelhecimento, que envolve alterações fisiológicas que reduzem a capacidade de adaptação do organismo, tornando-o mais vulnerável, especialmente quando associado ao sedentarismo, que acelera essas perdas e aumenta em até 30% o risco de morte entre idosos, segundo a OMS¹⁶. O sedentarismo está ligado ao surgimento de doenças crônicas como diabetes, osteoporose e as do sistema cardiovascular, além de contribuir para quedas, dores crônicas, fragilidade, prejuízo funcional e até câncer¹⁷.

Com a construção do diagnóstico situacional de saúde, o módulo VIC II se fez uma excelente oportunidade de imersão no contexto de saúde de um território, pois por meio dele foi possível analisar e elaborar estratégias de ação em saúde, de modo a alinhar ensino-aprendizagem com a realidade dos usuários do sistema de saúde⁷. Tal elaboração propiciou: o contato com o conceito, metodologia e importância do DSS para os discentes; o reconhecimento de seu papel para o entendimento e funcionamento da APS; e o auxílio concreto à UBS para que possa desenvolver

ações em cima dos dados obtidos e reunidos no documento, que foi mais um produto desta vivência.

Foi possível também adequar os objetivos de aprendizagem desse módulo com a prática na UBS, por meio do mapeamento do território e do diagnóstico situacional de saúde. É imprescindível destacar a prática de escuta ativa tanto da população quanto dos trabalhadores do serviço de saúde para alcançar os objetivos². Outro fator que beneficiou esse alcance foi a construção de vínculo com a equipe multiprofissional, tendo em vista que, a partir disso, o contexto de saúde da UBS Profª Bernadete Xavier foi bem detalhado e explicado, inclusive com participação dos discentes na reunião de equipe.

Assim, por meio da VIC II, destaca-se a imersão e a participação ativa dos estudantes na APS e, a partir da análise do diagnóstico situacional em saúde, a observação de necessidades que levaram à elaboração de ações de intervenção. Com isso, constata-se a importância de todas essas atividades - a VIC II como meio que propiciou a análise do território enquadrado na UBS no processo ensino-aprendizagem dos discentes, uma vez que, na vivência, o aluno tem a oportunidade de aprender por meio da prática, da observação, da reiteração de conhecimentos teóricos e do trabalho em equipe com as duplas ou trios, e com a equipe multiprofissional³.

Algumas limitações do estudo incluem o pouco tempo (três semanas) para o mapeamento do território e a construção do diagnóstico situacional e algumas incongruências entre os sistemas de informação em saúde: diferenças entre os dados dos tablets dos ACS, os dados do sistema da administradora da UBS e os relatos orais dos membros da equipe.

Conclusão

Este estudo mostrou que por meio da VIC surgiu a oportunidade para estudantes de medicina de entender melhor o funcionamento e a realidade do SUS, no âmbito da APS, e, com isso, desenvolver habilidades de comunicação com a equipe multiprofissional, a fim de discutir a situação de saúde do território. Sendo assim, os discentes desenvolveram e aprimoraram, ainda, outras habilidades, como a da escuta ativa, tomada de decisão e articulação entre os diversos setores e atores envolvidos na APS.

Ademais, foi possível a construção do DSS, tendo em vista as oportunidades para a melhor compreensão do funcionamento, do atendimento, do fluxo, do acolhimento ao público atendido e da análise da estrutura física da UBS e do território adscrito. Com a análise desse diagnóstico e com a compreensão acerca das necessidades de saúde da população-alvo, foi possível a construção de estratégias de ação em saúde, especificamente, de promoção à saúde, com o

estabelecimento de objetivos claros e metas mensuráveis.

Referências

1. Souza AM, Lima DS, Oliveira FMRL, Dantas RDN, Rocha SA, Rodrigues TS, et al. Diagnóstico Situacional de uma Unidade de Saúde da Família em um município do interior baiano-Brasil. *Saúde em Redes*. 2024;10(2):4254-4254.
2. Lima LN, Targino IS, Santos ALSR, Marques IMQ, Moccasin AS, Ribeiro MCO. Situational diagnosis as a tool for strengthening interprofessionalism. *Res Soc Dev* [Internet]. 2021 [citado 2024 jun 28];10(9):1-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17887>
3. Omena AM, Lisboa BPD, Pereira BM, Silva CA, Silva EGS, Rocha BEM, et al. Strategic health planning as a teaching-learning tool: Experience report. *Diversitas J* [Internet]. 2022 [citado 2024 jun 28];7(2):754-766. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.48017/DJ.v7i2.1988>
4. Martins TD, Araújo SBRP. Experiência de portfólio reflexivo como avaliação e vivência em saúde: um relato de internato longitudinal na graduação em medicina. *Rev Med Saude Brasilia* [Internet]. 2018 [citado 2024 jun 28];6(3):274-290. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8332>
5. Diniz HN, Oliveira ALO. Vivência Integrada na Comunidade: um guia sobre o modelo de internato longitudinal no Seridó Potiguar [livro eletrônico]. 1. ed. Caicó: edição dos autores; 2024 [citado 2024 jun 14]. Disponível em: <https://online.fliphtml5.com/ovewm/hazm/index.html#p=2>
6. Oliveira ALO, Melo LP, Pinto TR, Azevedo GD, Santos M, Câmara RBG, et al. Integrated experience in the community: longitudinal health care insertion as medical education strategy. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 [citado 2024 jun 28];21(Supl.1):1355-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0533>
7. Oliveira ALO, Spadacio C, Bonfada D, Costa MV. Vivência Integrada na Comunidade: implicações e desdobramentos na formação médica. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2019.
8. Goodman D, Ogrinc G, Davies L, Baker GR, Barnsteiner J, Foster TC, et al. Explanation and elaboration of the SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) Guidelines, V.2.0: Examples of SQUIRE elements in the healthcare improvement literature. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(12):e7. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004480>
9. Singh AKK, Kurniawan MF, Zulkarnain M. Implementasi Problem Tree Analysis Pandemi Covi-19. *Molucca Medica* [Internet]. 2021 [citado 2025 maio 7];14(2):153-164. Disponível em: <http://ojs3.unpatti.ac.id/index.php/moluccamed>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo (pessoas de 60 anos ou mais de idade). Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [citado 2024 maio 7]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/li-v102038.pdf>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Currais Novos: população. 2023 [citado 2024 maio 7]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/currais-novos/panorama>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PNAD Contínua – Características gerais dos domicílios e dos moradores 2024. 2024 [citado 2025 set 4]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html>.
13. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Crescimento sem formalização do trabalho: déficit de capacidade fiscalizatória e necessidade de recomposição da burocracia especializada [nota técnica]. Brasília: IPEA; 2025 [citado 2025 set 4]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/53a9c9ba-0333-4a1c-af5c-bd0c1fdf8b8a>.
14. Brasil. Empresa de Pesquisa Energética (EPE). Plano Nacional de Energia 2050. 2020 [citado 2025 set 4]. Disponível em: <https://www.epe.gov.br/pt/publicacoes-dados-abertos/publicacoes/Plano-Nacional-de-Energia-2050>.
15. Silva MCF, Jesus MB, Azevedo BA, Andrade LB, Fachini MT, Xavier LP, et al. Health situation analysis as a learning strategy for Nursing and Medical students. *Saúde Redes* [Internet]. 2021 [citado 2024 jun 28];7(Supl. 1):191-200. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-48132021v7n2.3308g717>
16. Lozado YA, Barbosa RS, Caires SS, Bomfim BSM, Santos L. Implications of high sedentary behavior to health elderly: a literature review. *Práticas e Cuidado: Rev Saude Coletiva* [Internet]. 2020 [citado 2025 maio 8];1(e9994):1-13. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/9994/7190>.
17. Marinho CL, Nascimento V, Bonadiman BSR, Torres SRF. Causes and consequences of fall among elderly people at home. *Braz J Hea Rev* [Internet]. 2020 [citado 2025 maio 13];3(3):6880-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n3->

Contribuições do autor

Todos os autores foram responsáveis pela concepção, redação e aprovação da versão final do artigo.

Editor chefe

José Cláudio Garcia Lira Neto

Copyright © 2025 Revista Científica Integrada.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons CC BY. Esta licença permite que terceiros distribuam, remixem, modifiquem e desenvolvam seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe deem crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. Recomenda-se maximizar a divulgação e utilização de materiais licenciados.