



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**LETYCIA SOUZA CAVALCANTI**

CONTRIBUIÇÕES DE UM ESTÁGIO CURRICULAR NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA PARA A FORMAÇÃO DO SANITARISTA. UMA SISTEMATIZAÇÃO DE  
EXPERIÊNCIA

Rio de Janeiro

2025

LETYCIA SOUZA CAVALCANTI

CONTRIBUIÇÕES DE UM ESTÁGIO CURRICULAR NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA PARA A FORMAÇÃO DO SANITARISTA. UMA SISTEMATIZAÇÃO DE  
EXPERIÊNCIA

Monografia apresentada ao Instituto de  
Estudos em Saúde Coletiva, da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro,  
como requisito parcial para a obtenção do  
título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Neide Emy Kurokawa e Silva

Rio de Janeiro

2025

C377 Cavalcanti, Letycia Souza.

Contribuições de um estágio curricular na graduação em saúde coletiva para a formação do sanitarista. Uma sistematização de experiência / Letycia Souza Cavalcanti. – Rio de Janeiro, 2025.

42 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Neide Emy Kurokawa e Silva.

Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

Referências: f. 40-42.

1. Ensino superior. 2. Saúde Coletiva. 3. Estágios. I. Silva, Neide Emy Kurokawa e. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. III. Título.

CDD 370.11

## FOLHA DE APROVAÇÃO

LETYCIA SOUZA CAVALCANTI

CONTRIBUIÇÕES DE UM ESTÁGIO CURRICULAR NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA PARA A FORMAÇÃO DO SANITARISTA. UMA SISTEMATIZAÇÃO DE  
EXPERIÊNCIA

Monografia apresentada ao Instituto de  
Estudos em Saúde Coletiva, da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro,  
como requisito parcial para a obtenção do  
título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 16 de outubro de 2025.

---

Profa. Dra. Neide Emy Kurokawa e Silva  
IESC/UFRJ

---

Profa. Dra. Márcia Aparecida Ribeiro de Carvalho  
IESC/UFRJ

---

Profa. Dra. Miriam Ventura da Silva  
IESC/UFRJ

Dedico este momento à minha versão menina de 10 anos, que me deixou uma lista de sonhos inegociáveis e que começo a realizar com a conquista da graduação.

## **AGRADECIMENTOS**

A esta instituição de ensino e aos professores e professoras, que me abriram portas e janelas de oportunidades e contribuíram para a minha formação dentro e fora da sala de aula.

À minha orientadora, Neide Emy Kurokawa e Silva, pelo apoio e incentivo ao longo de toda a graduação e durante o processo de escrita desta pesquisa.

Aos graduandos(as) em Saúde Coletiva, com quem compartilhei experiências nos campos de prática e que também inspiraram esta pesquisa.

À minha preceptora, Gabriella Vicente, e ao Núcleo Geoplanejamento do Cedaps, pela acolhida quando eu ainda não compreendia como a saúde e a geografia poderiam caminhar juntas, mas trazia comigo a disposição para aprender e, felizmente, encontrei em vocês a mesma disposição para ensinar.

Aos meus pais, familiares e amigos(as), por compartilharem comigo a realização deste sonho, com seu apoio e torcida durante esta etapa decisiva da minha formação.

*Os que semeiam entre lágrimas,  
recolherão com alegria.*

**Salmos 125, 5**

## RESUMO

CAVALCANTI, Letycia Souza. **Contribuições de um estágio curricular na graduação em saúde coletiva para a formação do sanitarista. Uma sistematização de experiência.** 2025. 42 f. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Diante do cenário nacional de escassez em pesquisas sobre a questão dos campos de prática do curso de graduação em Saúde Coletiva, dada a sua recente criação, o presente estudo visa analisar as contribuições de uma disciplina teórico-prática para a formação do sanitarista. O estudo adota a metodologia da sistematização de experiência para apresentar a experiência de um estágio curricular em campo de prática do terceiro setor, no período de setembro à dezembro de 2024, durante a disciplina Atividades Integradas em Saúde Coletiva VIII da graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A disciplina teórico-prática contribuiu para o acúmulo de experiência de prática de serviço, por meio do acompanhamento de processos de trabalho desde o planejamento até a avaliação, por conta da atuação do terceiro setor na execução de projetos com prazos e cronogramas bem estabelecidos; e para o desenvolvimento de novas competências (habilidades, saberes e atitudes) como profissional sanitarista, por meio do manejo de tecnologias de geoprocessamento e da vivência da interdisciplinaridade no contato com profissionais de outras áreas do conhecimento como a Geografia e da intersetorialidade no acompanhamento da realização de ações entre a saúde e a assistência social nos níveis locais e de gestão. A amplitude dos cenários de prática favorece a construção da identidade do profissional sanitarista, compromissada com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde e a sua perspectiva generalista de formação. A experiência mostrou-se potente para o processo de formação do sanitarista, compondo a miríade de possibilidades de atuação desse profissional, nos diferentes níveis de atenção à saúde e/ou órgãos, organizações e serviços públicos e privados, incluindo o terceiro setor.

Palavras-chave: graduação; estágio curricular; saúde coletiva.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais iniciativas até a criação do curso de graduação em Saúde Coletiva .....	13
Quadro 2 – Roteiro de proposta de sistematização .....	18
Quadro 3 – Atividades Integradas em Saúde Coletiva (AISC) .....	24

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AISC	Atividades Integradas em Saúde Coletiva
CAP	Coordenadoria de Atenção Primária
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
CCSL	Construção Compartilhada de Soluções Locais
Cedaps	Centro de Promoção da Saúde
CER	Coordenação de Emergência Regional
CGSC	Curso de Graduação em Saúde Coletiva
DAPS	Divisão de Ações e Programas de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DICA	Divisão de Informação, Controle e Avaliação
DM	Diabetes Mellitus
DVS	Divisão de Vigilância em Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IESC	Instituto de Estudos de Saúde Coletiva
IVISA	Vigilância de Zoonoses e Inspeção Agropecuária
MP	Ministério Público
NVEH	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSE	Programa Saúde na Escola
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAI/SUS	Sistemas de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SEAV	Serviço de Epidemiologia e Avaliação
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SMS	Superintendência de Saúde Mental
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUBPAV	Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Serviço de Vigilância em Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TS	Tecnologia Social
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VISA	Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>16</b>
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>21</b>
4.1 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL SANITARISTA NA PERSPECTIVA DO PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO .....	21
4.2 A DISCIPLINA TEÓRICO-PRÁTICA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO .....	23
4.3 SISTEMATIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE UM ESTÁGIO CURRICULAR NA GRADUAÇÃO: A PRÁXIS DA SAÚDE COLETIVA .....	29
4.4 APRENDIZAGENS E LIMITAÇÕES DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL SANITARISTA EM CENÁRIO DE PRÁTICA .....	34
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Afinal, o que faz um sanitarista? Silva *et al.* (2013) partem dessa questão para problematizar a noção de campos de estágio para a formação do sanitarista, a partir de suas experiências em práticas docentes e de gestão do curso de graduação em Saúde Coletiva (CGSC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

No presente trabalho resgato essa questão motivadora buscando contribuir para o debate iniciado em torno dos cenários de prática de estágio, a partir da sistematização de minhas próprias experiências na disciplina teórico-prática Atividades Integradas em Saúde Coletiva (AISC) VIII da graduação em Saúde Coletiva da UFRJ.

E busco responder essa questão com a qual fui defrontada ao longo de toda a minha trajetória acadêmica, primeiro, para a minha versão que conheceu o curso a partir do estímulo de professoras queridas para que eu o seguisse; segundo, para a minha versão que se (re)descobria como profissional durante a graduação; terceiro, a todos que em algum momento me fizeram essa pergunta, e ainda meio sem saber, posso ter respondido bem ou mal, e tento agora fazê-lo com clareza; e quarto, para a minha versão bacharel em Saúde Coletiva, que parece emergir após os anos experienciando as áreas de atuação proporcionadas pela graduação.

E como apontam Paro e Pinheiro (2018, p. 1578), “a literatura nacional sobre a questão dos campos de práticas do graduando em Saúde Coletiva ainda é escassa, dada a sua inovação ainda em processo de construção”, o que justifica o resgate do debate e a relevância em abordar a temática.

A demanda pelo profissional sanitarista tem como propósito constituir sujeitos transformadores e comprometidos com a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Paim; Pinto, 2013).

Sendo o próprio SUS, o principal cenário de prática para inserção e absorção desses novos profissionais.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Saúde Coletiva,

O SUS precisa de um graduado em Saúde Coletiva com perfil profissional que o qualifique como ator estratégico e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis. Portanto, longe de se sobrepor aos demais integrantes da equipe de

saúde, esse novo ator vem se associar de modo orgânico aos trabalhadores em Saúde Coletiva. (BRASIL, 2017, p.4-5)

Contudo, os autores Paim e Pinto (2013, p. 18) ressaltam que houve um desconforto durante o processo de criação do curso, principalmente, porque “numa área como saúde em que se verifica a hegemonia do modelo biomédico e profissões consolidadas como medicina, odontologia, farmácia, enfermagem e nutrição, entre outras, a proposta de criação de CGSC produziu várias indagações e apreensões”.

Sendo elas:

Em primeiro lugar pelo fato de a tradição indicar a formação pós-graduada como o espaço reconhecido para a qualificação desses sujeitos. Em segundo lugar porque muitos dos conteúdos desse campo em constituição encontram-se inseridos nos currículos das graduações em saúde regulamentadas pelo Ministério da Educação, especialmente após as lutas e conquistas pela sua incorporação nas respectivas diretrizes curriculares. Em terceiro lugar pelo pensamento convencional de que cabe às universidades formarem profissionais para um dado mercado de trabalho bem estabelecido, em vez de possibilitarem inovações capazes de engendrar novos processos (Paim; Pinto, 2013, p. 18).

A proposição de criação de uma graduação em Saúde Coletiva tem quase duas décadas e vem sendo discutida no meio acadêmico de forma mais sistemática desde 2002.

Numa tentativa de reconstruir a linha do tempo dessa trajetória de proposições, segue o quadro 1 com as principais iniciativas até a criação do CGSC:

## Quadro 1 – Principais iniciativas até a criação do curso de graduação em Saúde Coletiva

1983	Realização de uma reunião nacional pela Abrasco (Associação Brasileira de Pós graduação em Saúde Coletiva) para discutir o ensino da SC na graduação. Assim como o desenvolvimento de uma rede nacional de pós graduação em Saúde Coletiva (Bosi; Paim, 2009)
09/2002	Realização do I Seminário e Oficina de Trabalho "Graduação em Saúde Coletiva: pertinência e possibilidades", organizado pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), com apoio do Ministério da Saúde (MS) e contando com a participação de representantes da Abrasco, OPAS, Fiocruz, universidades, entre outros (Bosi; Paim, 2009)
07/2003	Realizada uma segunda oficina, como atividade prévia ao VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, com painel intitulado "É tempo de termos uma graduação em Saúde Coletiva?", cuja audiência ganhou destaque dada sua diversidade e magnitude, atraindo cerca de oitocentos participantes (Bosi; Paim, 2009)
04/2007	Emerge o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), que favoreceu a mudança no debate quanto à pertinência da criação do CGSC, para a reflexão quanto a como implementar a graduação (Bosi; Paim, 2009)
08/2008	Realizado o Encontro Nacional sobre a Implantação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, em Salvador, promovido pela UFBA com o apoio do MS e OPAS, a partir de iniciativas de articulação de instituições proponentes do CGSC, e já coincidindo com os primeiros processos de seleção no vestibular (Bosi; Paim, 2009);
2012	Formação da primeira turma da graduação em Saúde Coletiva, inaugurada pela Universidade Federal do Acre e pela Universidade Federal de Brasília (Ceilândia) (Silva et al., 2013).
2013	Inauguração do CGSC pelas Universidades Federais do Rio de Janeiro, Bahia, Paraná, Rio Grande do Sul e Brasília (Darcy Ribeiro), de um universo de 16 cursos na área de saúde coletiva em funcionamento em todas as regiões do país (Silva et al., 2013).

Fonte: Elaboração própria.

As autoras Silva *et al.* (2013) ressaltam que até o ano de 2008, a formação em Saúde Coletiva dava-se por meio de sua inserção em cursos de graduação da área da saúde ou através de pós-graduação, mestrado e doutorado ou especialização.

O que evidencia como essa trajetória até a criação da graduação não foi um processo dado, mas sim fruto de um longo processo protagonizado por “[...] movimentos e lutas sociais do seu tempo e não a partir do Estado ou dos interesses das classes dominantes” (Paim, 2007, p. 1).

A iniciativa de criação da graduação em Saúde Coletiva também era uma forma de responder aos desafios da formação do profissional sanitário, como a demora na formação que dependia do acesso a uma pós-graduação; a ausência de jovens profissionais em início de carreira, que já advinham de trajetórias voltadas a experiência de ser um sujeito-agente da Saúde Coletiva; a necessidade de se submeter a uma “regraduação” ou “desconstrução” ao ingressar com suas formações de origem no campo da Saúde Coletiva; e a ausência de uma carreira como profissional sanitário (Bosi; Paim, 2009).

E nesse contexto fica estabelecido um conflito entre pós-graduação ou graduação e Saúde Pública ou Saúde Coletiva. Enquanto Saúde Pública, compreendemos um campo que teve suas origens “[...] relacionadas aos desafios postos pelas condições sanitárias produzidas pela emergência do capitalismo na Europa, com industrialização, urbanização desordenada e aumento da miséria relativa” (Bosi; Paim, 2009, p. 203).

Enquanto a Saúde Coletiva é compreendida como “[...] um campo científico e um âmbito de práticas que visa a superar dialeticamente a Saúde Pública convencional” (Paim; Almeida, 2000 *apud* Bosi; Paim 2009, p. 203).

Portanto, a justificativa pela criação do CGSC seria que: a) a graduação em SC reduziria o tempo de formação do profissional sanitarista; b) o ensino da SC na pós-graduação se beneficiaria com a possibilidade de adotar uma qualificação mais avançada e específica da temática; c) não haveria uma superposição ou competitividade do profissional sanitarista com as demais profissões da área da saúde; d) a inserção do profissional sanitarista no processo de trabalho corrobora com uma complementariedade com as demais profissões que compõem as equipes de saúde; e e) o CGSC proporciona o desenvolvimento da experiência e identidade do profissional sanitarista desde o início de sua trajetória acadêmica (Teixeira, 2003).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as contribuições de uma disciplina teórico-prática da graduação em Saúde Coletiva para a formação do sanitarista.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

a) Sistematizar a experiência de estágio curricular em campo de prática do terceiro setor durante a graduação em Saúde Coletiva;

b) Identificar as aprendizagens e as limitações da atuação do sanitarista em campo de prática do terceiro setor durante a graduação em Saúde Coletiva.

### 3 METODOLOGIA

O presente estudo utiliza a metodologia da sistematização de experiência que

trata-se de um exercício rigoroso de aprendizagem que contribui para refletir sobre as diferentes experiências, implicando na identificação, classificação e re-ordenamento dos elementos da prática; utiliza a própria experiência como objeto de estudo e interpretação teórica, possibilitando a formulação de lições e a disseminação (Holliday, 2006, p. 7).

No guia 'Para Sistematizar Experiências' (Holliday, 2006), é compartilhado um modelo de roteiro para elaborar uma proposta de sistematização, que considera cinco tempos, cada um composto por elementos constitutivos, que todo processo de sistematização deveria ter: a) o ponto de partida - a1. ter participado da experiência e a2. ter o registro das experiências; b) as perguntas iniciais - para que queremos? Que experiência(s) queremos sistematizar? Que aspectos centrais dessa experiência nos interessa sistematizar?; c) recuperação do processo vivido - c1. reconstruir a história e c2. ordenar e classificar a informação; d) a reflexão de fundo - d1. analisar, sintetizar e interpretar criticamente o processo; e e) os pontos de chegada - e1. formular conclusões e e2. comunicar a aprendizagem (Holliday, 2006, p.73).

Partindo da proposta de roteiro de sistematização de Holliday (2006, p. 111-112), definimos que a sistematização abordada no presente estudo trata da experiência de estágio curricular em campo de prática do terceiro setor, no período de setembro à dezembro de 2024, durante a disciplina Atividades Integradas em Saúde Coletiva VIII da graduação em Saúde Coletiva da UFRJ.

O cenário de prática foi no âmbito de uma Organização da Sociedade Civil (OSC), o Centro de Promoção da Saúde – Cedaps, que tem como missão o aprimoramento de políticas públicas sustentáveis, inclusivas e saudáveis a partir do fortalecimento de comunidades e territórios populares (Centro de Promoção da Saúde, 2024b).

No site da organização, uma breve descrição da sua trajetória aponta que

o Centro de Promoção da Saúde – Cedaps atua desde 1993 no Rio de Janeiro. Naquele ano, os atuais membros da diretoria da instituição iniciaram ações de atendimento comunitário em um

pequeno posto de saúde da favela Vila Canoas, em São Conrado, zona sul da cidade do Rio. Este trabalho se tornou modelo para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família – uma das principais ações do Ministério da Saúde hoje – e obteve apoio do governo. A partir de então, novos apoiadores adotaram a causa da promoção da saúde em comunidades populares e a rede de construção compartilhada de soluções em saúde foi se desenvolvendo. [...] Desde 2005, o Cedaps fomenta a Rede de Comunidades Saudáveis do Rio de Janeiro, composta por 121 associações e grupos comunitários. Hoje, além de atuar na assessoria às comunidades do Rio de Janeiro, o Cedaps desenvolve ações de cooperação técnica em outros estados e mesmo em outros países a partir da metodologia Construção Compartilhada de Soluções em Saúde (Centro de Promoção da Saúde, 2024a, p. 1).

Compondo a equipe geoplanejamento, formada por profissionais da área da saúde e da geografia, a atuação discente se deu na produção de material técnico e no monitoramento da execução de oficinas formativas de educação permanente, aplicadas as equipes técnicas da Atenção Básica de 14 municípios do Norte e Nordeste integrantes do programa ofertado pela OSC.

E as oficinas formativas tinham como objetivo fomentar o uso de tecnologias de geoprocessamento, por meio da metodologia Mapa Falante Cedaps: Territórios em Construção Compartilhada.

A sistematização dessa experiência visa contribuir com a ampliação das possibilidades de campos de estágio na disciplina teórico-prático AISC, incluindo o terceiro setor, a partir do compartilhamento das aprendizagens e das limitações defrontadas durante o estágio curricular.

Os aspectos centrais e de interesse para a sistematização dessa experiência são baseados no Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso de graduação em Saúde Coletiva da UFRJ, sendo: a viabilidade da experiência; a importância para a formação do sanitarista; a possibilidade de produzir conhecimento em conjunto com os alunos, o pessoal dos serviços e a comunidade; e a execução das atividades propostas no planejamento da disciplina (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010, p. 20).

As fontes de dados que oferecem subsídios para a reconstrução histórica da experiência foram o diário de campo elaborado para registro e acompanhamento das atividades realizadas no cenário de prática e das discussões e reflexões suscitadas nos encontros mensais de tutoria coletiva no Instituto de Estudos de

Saúde Coletiva (IESC) da UFRJ e os produtos e a apresentação final realizada na Mostra de Experiências da disciplina AISC VIII.

Para a análise documental foram selecionados como fonte de dados o Projeto Político Pedagógico (PPP) do CGSC da UFRJ, a ementa da disciplina teórico-prática AISC VIII, os demais documentos de inserção no campo de prática e o documento de avaliação do desempenho do estudante no cenário prático.

E entende-se como produto da sistematização dessa experiência, o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), requisito para aprovação no curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

#### Quadro 2 – Roteiro de proposta de sistematização

1. Aspectos gerais	
<b>Título:</b>	Atuação em cenário de prática do terceiro setor na disciplina Atividades Integradas em Saúde Coletiva (AISC) VIII durante a graduação em Saúde Coletiva
2. Sobre a experiência	
<b>Que experiência se quer sistematizar:</b>	A experiência de estágio curricular no cenário de prática do Núcleo de Geoplanejamento do Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS), atuando na produção de material técnico e de conteúdo programático e no monitoramento da execução das oficinas temáticas de aprimoramento técnico/mapeamento aplicadas as equipes técnicas da Atenção Básica em 14 municípios do Norte e Nordeste.
<b>Por que é importante sistematizá-la:</b>	Em vista da escassez de literatura nacional quanto a temática dos campos de práticas na formação do sanitarista e a fim de contribuir com a ampliação das possibilidades de campo de estágio da disciplina teórico-prático na graduação em Saúde Coletiva, a partir do compartilhamento da experiência vivenciada no campo de estágio do terceiro setor.
<b>Breve resumo da experiência:</b>	O estágio curricular compõe a disciplina teórico-prática Atividades Integradas em Saúde Coletiva (AISC) VIII, tendo ocorrido no período de setembro/2024 à dezembro/2024, no cenário de prática do núcleo Geoplanejamento do Cedpas. A atuação consistiu no acompanhamento das oficinas temáticas de aprimoramento técnico/mapeamento, que são oficinas de educação permanente com o objetivo de fomentar o uso das tecnologias de geoprocessamento, por meio do Mapa Falante Cedaps: Territórios em Construção Compartilhada, aplicadas de agosto a

	novembro de 2024 à 14 municípios do Norte e Nordeste.
<b>3. Sobre o plano de sistematização</b>	
<b>Para que se vai realizar esta sistematização:</b>	Para propor a ampliação das possibilidades de campo de estágio da disciplina teórico-prático da graduação em Saúde Coletiva, incluindo o terceiro setor, a partir do compartilhamento das aprendizagens e das limitações defrontadas durante a atuação no cenário de prática.
<b>Que aspecto(s) central(is) da experiência nos interessa sistematizar:</b>	Baseado no Projeto Político-Pedagógico (PPP) do curso de graduação em Saúde Coletiva da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010, p. 20), os aspectos centrais de interesse para a sistematização são: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. a viabilidade da experiência;</li> <li>2. a importância para a formação do sanitarista;</li> <li>3. a possibilidade de produzir conhecimento em conjunto com os alunos, o pessoal dos serviços e a comunidade; e</li> <li>4. a execução das atividades propostas no planejamento da disciplina.</li> </ol>
<b>Que elementos haveria que tomar em consideração na reconstrução histórica:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboração do diário de campo para acompanhamento das atividades realizadas no cenário de prática ao longo do período de estágio curricular e registro das discussões e reflexões suscitadas nos encontros mensais de tutoria coletiva no IESC/UFRJ;</li> <li>2. Os produtos e a apresentação final realizada na Mostra de Experiências da disciplina AISC VIII;</li> <li>3. O Projeto Político Pedagógico (PPP) do CGSC da UFRJ, a ementa da disciplina teórico-prática AISC VIII, os demais documentos de inserção no campo de prática e o documento de avaliação do desempenho do estudante no cenário prático</li> </ol>
<b>Que elementos haveria que tomar em consideração para ordenar e classificar a informação:</b>	Registros em diário de campo sobre os momentos de dispersão para desenvolvimento de atividades presenciais nos cenários de prática e sobre os momentos de concentração no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ).
<b>Que elementos haveria que tomar em consideração para a interpretação crítica:</b>	Os aspectos centrais de interesse da sistematização baseados no Projeto Político-Pedagógico (PPP) do curso de graduação em Saúde Coletiva da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010, p. 20) citados anteriormente.

<b>Que fontes de informação vamos utilizar:</b>	1) diário de campo; 2) os produtos desenvolvidos e a apresentação final na Mostra de Experiências da disciplina AISC VIII; e 3) Projeto Político Pedagógico (PPP) do CGSC da UFRJ, a ementa da disciplina teórico-prática AISC VIII, os demais documentos de inserção no campo de prática e o documento de avaliação do desempenho do estudante no cenário prático.
<b>Como se vai realizar a sistematização:</b>	Processo de revisão do diário de campo elaborado no período de setembro/2024 à dezembro/2024.
<b>Produtos que devem surgir desta sistematização:</b>	O presente Trabalho de Conclusão (TCC) do curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).
<b>4. Prazos e cronograma</b>	
<b>Tempo total que tomará a sistematização:</b>	06/2025 a 10/2025

Fonte: adaptado de Holliday (2006, p.111-112).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL SANITARISTA NA PERSPECTIVA DO PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Saúde Coletiva, disposta na Resolução Nº 544 de 10 de março de 2017, visa uma grade curricular que incorpora componentes para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado-qualidade-de-vida, a partir das subáreas de Epidemiologia; Política, Planejamento e Gestão em Saúde; e Ciências Sociais e Humanas na Saúde (Brasil, 2017, p. 14).

E essas subáreas devem basear seus conteúdos formativos nas seguintes temáticas: I - Ciências básicas da vida; II - Epidemiologia: usos e aplicações no desenvolvimento dos serviços e da atenção à saúde; III - Gestão, planificação e processos de avaliação e auditoria em saúde; IV - Políticas públicas e sistemas de saúde; V - Humanidades em saúde; VI - Educação, comunicação e promoção da saúde; VII - Saúde ambiental, análise de situação de saúde e vigilâncias da saúde; e VIII - Pesquisa, ciência, tecnologia e inovação em saúde (Brasil, 2017, p. 14).

A grade curricular também deve incluir estágio curricular obrigatório com foco em 3 (três) núcleos centrais de conhecimentos e práticas e suas competências: Gestão em Saúde; Atenção à Saúde; e Educação em Saúde (Brasil, 2017, p. 8).

O núcleo Gestão em Saúde é composto das seguintes competências: I - Análise de políticas públicas relacionadas à saúde; II - Planejamento, gestão, avaliação e auditoria em sistemas e serviços de saúde; III - Participação social em saúde; IV - Gestão do trabalho na saúde; e V - Regulação setorial e fiscalização em saúde (Brasil, 2017, p. 8).

Enquanto o núcleo Atenção à Saúde é composto das seguintes competências: I - Organização da atenção integral à saúde; II - Vigilância em saúde e saúde ambiental; e III - Promoção da saúde individual e coletiva e práticas coletivas de orientação e intervenção em saúde (Brasil, 2017, p. 10).

Por fim, o núcleo Educação em Saúde é composto das seguintes competências: I – Educação permanente em saúde e práticas pedagógicas em

serviços de saúde; II – Educação popular em saúde e ativismo comunitário; e III - Investigação e docência na saúde (Brasil, 2017, p. 11).

Ademais, o Projeto Político Pedagógico (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010) estabelece que o CGSC da UFRJ, implantado em 2009, disponha de carga horária total correspondente a 3.285 horas/aula, com estágio curricular de 657 horas divididos em 8 períodos em semestres com 20 semanas.

O estágio curricular é previsto dentro das Atividades Integradas em Saúde Coletiva (AISC), uma disciplina teórico-prática desenvolvida de modo multidisciplinar e multi referenciada para a construção do conhecimento na área.

As práticas de estágio são realizadas nos âmbitos da instituição de ensino, dos serviços de saúde e da comunidade em geral, com o objetivo de que os métodos de ensino desenvolvam, de alguma forma, os aspectos que constituem as competências (habilidades, saberes e atitudes) exercidas e avaliadas nas atividades práticas, nos estágios supervisionados, nos programas de extensão nos três níveis de atenção à saúde - primário, secundário e terciário – e em órgãos e serviços públicos e privados de saúde (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010, p. 20).

Segundo a DCN (Brasil, 2017), a formação do Bacharel em Saúde Coletiva proporcionará competências específicas e interprofissionais para o exercício profissional no desenvolvimento de ações visando a integralidade da saúde.

E como abordam as autoras Silva *et al.* (2013, p. 96), o estágio curricular ocupa um papel essencial para a formação do sanitário:

circunscrever a Saúde Coletiva e a formação dos sanitários em termos de práxis significa antes de tudo, assumir a indissociabilidade entre teoria e ação com vistas a uma prática social transformadora. Partindo-se da noção de práxis e seguindo a tradição marxista, a concepção de campo de estágio assume desafios redobrados, posto que não se configura simplesmente como espaço para o desenvolvimento de habilidades técnicas, ênfase comum na formação de profissionais de saúde de um modo geral. Na formação do sanitário a apreensão da dimensão prática do objeto de seu trabalho torna-se fundamental diante dos inúmeros desafios capitaneados desde a concepção da Saúde Coletiva no Brasil, cujo campo configura-se, já em sua origem, como de integração de saberes e de práticas.

Contudo, também apontam desafios para a concepção de campos de estágio na graduação em Saúde Coletiva, desde a identificação do cenário prático, como também a construção de espaços e metodologias que propiciem o exercício da

observação, da reflexão e da crítica, com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde no próprio campo. Devendo este ser um exercício conjunto entre as instituições de ensino, os próprios discentes, os profissionais de saúde e demais atores e instâncias que possam contribuir com essa construção (Silva *et al.*, 2013).

#### 4.2 A DISCIPLINA TEÓRICO-PRÁTICA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

A disciplina teórico-prática Atividades Integradas em Saúde Coletiva visa abordar os seguintes eixos, a partir dos conteúdos teóricos e das atividades práticas: interdisciplinaridade; transculturalidade em saúde; a crise do modelo biomédico; o projeto da promoção da saúde: o desafio da intersetorialidade; campos de prática e percurso da Saúde Coletiva; história da Saúde Coletiva; e atividades práticas e interdisciplinares (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010, p. 22).

Para isso, é dividida entre aulas teóricas, inserção gradual do discente em cenários de prática relacionados ao campo da saúde e setores afins ao longo dos períodos e a realização de seminários para sistematização e fundamentação teórica dessas práticas (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010, p. 20).

A disciplina é composta por um corpo docente disponível para atuação na preceptoria dos alunos, que atua no planejamento, coordenação e avaliação dos conteúdos teóricos e experiências práticas; na garantia de áreas de atuação prática, por meio de convênios e de parcerias; e na realização de projetos nos quais as atividades curriculares desenvolvem-se de modo a também garantir a produção científica no campo de conhecimento específico da Saúde Coletiva (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010, p. 20).

A partir da inserção do discente no cenário prático, é previsto que o mesmo seja acompanhado por um orientador acadêmico para atuar como interlocutor entre a instituição de ensino e o campo de estágio na definição de seu percurso acadêmico, correlacionando a prática com a estrutura curricular do CGSC (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010, p. 20-21).

Conforme apresentado no quadro 3 extraído do PPP (2010) e no quadro 4 elaborado por Paro e Pinheiro (2018, p. 157), cada AISC prevê um plano de

atividades específicas, cenários de aprendizagem e uma atuação por parte do discente correspondente a realidade de cada campo e AISC.

No âmbito da atuação do discente, o papel observador e interventivo é definido por Paro e Pinheiro (2018, p. 158) da seguinte forma: a) papel observador - demanda do discente uma atuação em visitas com ou sem a preceptoria a órgãos e serviços públicos e privados de saúde, munidos de roteiros de observação que subsidiarão a confecção de relatórios avaliativos sobre suas observações; e b) papel interventivo - demanda do discente uma atuação mais interventiva nos campos práticos. A partir da proposição de ações para melhorar ou solucionar situações em que se depara ao integrar a rotina de serviços, como traçar itinerários terapêuticos, elaborar diagnóstico e planejamento em saúde de um determinado território e/ou realizar atividades práticas junto com o serviço durante um ano todo.

E ao comparar os quadros 3 e 4, é possível identificar uma atualização na listagem de cenário de práticas, no escopo de atividades previstas e no aumento da carga horária do estágio curricular no decorrer das AISC.

Quadro 3 – Atividades Integradas em Saúde Coletiva (AISC)

<b>ATIVIDADES INTEGRADAS EM SAÚDE COLETIVA I -</b> <b>CARGA HORÁRIA GLOBAL: 75horas – 45h Teóricas 30h praticas</b>
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES: Visita às Unidades para conhecer a hierarquização da rede. Trabalho com bases bibliográficas. LOCAIS DE PRÁTICA CORRESPONDENTES: Unidades básicas – PSF – CMS – UPA – Hospitais geral e especializado.
<b>ATIVIDADES INTEGRADAS EM SAÚDE COLETIVA II –</b> <b>CARGA HORÁRIA GLOBAL: 75horas - 45Teorica 30 pratica</b>
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADES: Conhecer os diferentes segmentos populacionais específicos, suas práticas e usos de recursos de saúde. Trabalho com bases bibliográficas. LOCAIS DE PRÁTICA CORRESPONDENTES: Aldeias indígenas, quilombolas, associação de moradores, conselhos de saúde, escolas e asilos.
<b>ATIVIDADES INTEGRADAS EM SAÚDE COLETIVA III –</b> <b>CARGA HORÁRIA GLOBAL: 75horas - 45h Teóricas 30h praticas</b>
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADES: Diagnóstico das unidades básicas, PSF e CMS. LOCAIS DE PRÁTICA CORRESPONDENTES: CMS, Victor Vala (FIOCRUZ).
<b>ATIVIDADES INTEGRADAS EM SAÚDE COLETIVA IV –</b> <b>CARGA HORÁRIA GLOBAL: 75horas - 45h Teóricas 30h praticas</b>

<p>DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: Inserção e análise da situação de saúde nos serviços de atenção secundária.</p> <p>LOCAIS DE PRÁTICA CORRESPONDENTES: IPPMG, HU, HSE, HMSA.</p>
<p><b>ATIVIDADES INTEGRADAS EM SAÚDE COLETIVA V –</b>  <b>CARGA HORÁRIA GLOBAL: 75horas - 45h Teóricas 30h praticas</b></p>
<p>DESCRIÇÃO DA ATIVIDADES: Inserção em sistemas de saúde específicos e inquérito.</p> <p>LOCAIS DE PRÁTICA CORRESPONDENTES: Serviços de Oncologia, Hematologia, Materno infantil, Saúde mental, Cardiologia. Inquérito Epidemiológico.</p>
<p><b>ATIVIDADES INTEGRADAS EM SAÚDE COLETIVA VI –</b>  <b>CARGA HORÁRIA GLOBAL: 165, 45h Teóricas 120h praticas</b></p>
<p>DESCRIÇÃO DA ATIVIDADES: Inserção no planejamento, gestão, e programação em saúde dos setores públicos e privados.</p> <p>LOCAIS DE PRÁTICA CORRESPONDENTES: SMS, Rede privada de atenção à saúde, SES, MS.</p>
<p><b>ATIVIDADES INTEGRADAS EM SAÚDE COLETIVA VII - CARGA HORÁRIA GLOBAL:</b>  <b>225, 45h Teóricas 180h praticas</b></p>
<p>DESCRIÇÃO DA ATIVIDADES: Distribuição das práticas nos diversos serviços no nível central com suas especificidades.</p> <p>LOCAIS DE PRÁTICA CORRESPONDENTES: SMS, Rede privada de atenção a saúde, SES, MS, Sociedades de capital misto, INPE.</p>
<p><b>ATIVIDADES INTEGRADAS EM SAÚDE COLETIVA VIII- CARGA HORÁRIA GLOBAL:</b>  <b>265, 45h Teóricas 225h praticas</b></p>
<p>DESCRIÇÃO DA ATIVIDADES: Distribuição das práticas nos diversos serviços no nível central com suas especificidades.</p> <p>LOCAIS DE PRÁTICA CORRESPONDENTES: SMS, Rede privada de atenção a saúde, SES, MS, Sociedades de capital misto, INPE.</p>

Fonte: adaptado de Projeto Político Pedagógico (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010, p. 27).

Quadro 4 – Enfoque das Atividades Integradas em Saúde Coletiva (AISC)

AISC	Enfoque	Cenário de Aprendizagem	Atuação do Discente
	Panorama geral sobre o sistema de saúde	Coordenadoria de Atenção Primária (CAP), Centro de Atenção Psicossocial (Caps), Coordenação de Emergência Regional (CER), hospital-maternidade, Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).	Papel Observador
I	Movimentos e organizações sociais; terceiro setor	Conselhos de saúde e movimentos sociais	
II	Atenção primária à saúde	UBS	
V	Acesso à saúde e itinerários terapêuticos	Itinerários terapêuticos	Papel Interventivo
	Atenção terciária; hospitais; vigilância epidemiológica	Divisão de Vigilância em Saúde (DVS)/CAP e Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH)	
I	Planejamento em saúde; diagnóstico de saúde	Território-área de UBS	
II III	Vivência e atuação em cenários práticos específicos	DVS/CAP, Ministério Público (MP), Programa Saúde na Escola (PSE), UBS e Vigilância Sanitária (Visa).	

Fonte: adaptado de Paro e Pinheiro (2018, p.157-158).

Observamos que a partir da AISC IV, a disciplina demanda uma atuação mais interventiva do discente. Entretanto, a partir da AISC V, o cenário de aprendizagem situa-se, sobretudo, no âmbito das diferentes vigilâncias, como a vigilância em saúde, a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária.

Isto pode ocorrer devido ao convênio e parceria mantidos entre a instituição de ensino e os campos de estágio por longo tempo, gerando uma limitação na exploração de demais cenários de prática para atuação do profissional sanitário. Como exemplo, somente a AISC II prevê cenários de aprendizagem voltados aos

movimentos e organizações sociais e ao terceiro setor, porém, numa atuação de observadores, o que também repercute em limitações no desenvolvimento de competências do profissional sanitarista.

Ademais, o PPP detalha uma ampla lista de atividades pretendidas para as turmas da disciplina teórico-prática AISC:

reconhecimento dos equipamentos sociais, em especial no campo da saúde e do ambiente; trabalho com bases de dados e bibliográficas relacionadas à Saúde Coletiva; utilização do Laboratório de Informática; registro e "mapeamento" das informações levantadas; inserção em equipamentos sociais, especialmente nos campos da saúde e do ambiente; inserção no sistema de saúde para observar práticas no nível central e em programas comunitários selecionados; pesquisa bibliográfica / seminários; trabalho com bases de dados diferenciadas em laboratório de Informática e em órgãos públicos gerenciadores e geradores de informação (SIM, SINAN, SINASC, SAI/SUS, SIH/SUS); inserção na prática dos serviços em diferentes níveis para construção de informações qualitativas e quantitativas; simulação da dinâmica populacional em laboratório de informática; análise e avaliação de material educativo de campanhas de saúde em diferentes mídias; inserção em práticas educativas de programas de saúde, em equipes de avaliação de sistemas, serviços e ações de saúde; inserção e análise da situação de saúde nos serviços de saúde, em diferentes níveis de administração (central e local) e em diferentes cenários sociais: dados primários e/ou secundários de grupos populacionais definidos; inserção em unidades de atenção primária e outros níveis – observação e registro; inserção em sistemas de vigilância - observação de relações intersetoriais; inserção em unidades de monitoramento e análise de processos epidêmicos no Brasil e no mundo; inserção nas esferas gestoras de sistemas e serviços de saúde em diferentes níveis (atuação junto às equipes gestoras) – observação e registro dos princípios de gestão e das relações de trabalho nos cenários de prática; observação, análise e registro do processo produtivo (organização e impacto sobre a saúde do trabalhador) em diferentes espaços; análise da prática de profissionais de saúde em diferentes ambientes de trabalho; inserção em sistemas de vigilância para investigação de casos; fiscalização sanitária; análise de dados em saúde; inserção na agência reguladora da saúde suplementar – observação e análise das ações desenvolvidas; avaliar a qualidade de programas, serviços e ações de saúde, considerando a estrutura, o processo, e o resultado dos mesmos; avaliar o uso e impacto de tecnologias em saúde; analisar a configuração dos mercados do setor saúde no Brasil; identificar e analisar os instrumentos de regulação dos mercados do setor saúde; inserção em setores de avaliação de custos das ações e serviços de saúde; identificar os problemas decorrentes do processo produtivo; analisar as situações de risco ao ambiente e à saúde; avaliar as situações de risco à saúde do trabalhador; inserção em serviços de saúde do trabalhador; inserção no sistema de vigilância ambiental em saúde; realizar monitoramento ambiental; inserção em serviços de vigilância sanitária; atuar em

ações de fiscalização sanitária; e atuar em ações de vigilância de fármacos (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010, p. 28-29).

Diante da predominância de campos de estágio nas vigilâncias, é possível realizar as atividades previstas no PPP? No próprio documento é reforçada a necessidade de “[...] fortalecimento e a ampliação dos convênios com as diversas instituições para que os acadêmicos possam desenvolver as suas atividades em todos os locais preconizados [...]” (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010, p. 30).

Portanto, é preciso considerar que os cenários de prática possam ser ampliados e/ou melhor explorados para que o acadêmico possa ter mais possibilidades de atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde, em áreas interdisciplinares e em campos do terceiro setor em movimentos e organizações sociais, para além da atuação predominante nas vigilâncias.

A disciplina AISC VIII é composta por uma carga horária de 30 (trinta) horas teórica e 60 (sessenta) horas prática, que devem ocorrer em formato presencial com carga horária semanal de 6 a 12 horas (não excedendo 6 horas diárias).

E tem como objetivo desenvolver atividade práticas em serviços, envolvendo o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC), a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) em suas diferentes superintendências e coordenações, a Defensoria Pública e Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e equipamentos da rede federal, como o Hospital Federal dos Servidores (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2024a).

No ano de 2024, os cenários de prática ofertados na disciplina AISC VIII eram: a Coordenação de Atenção Primária (CAP) das Áreas Programáticas 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 5.1 e 5.2 do Município do Rio de Janeiro em suas diferentes divisões (DICA, DVS, DAPS, Gestão, SVS); a Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro; o Serviço de Epidemiologia e Avaliação (SEAV) – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho; os Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – Hospital Municipal Rocha Maia; a Coordenação das Linhas de Cuidado dos Ciclos de Vida (SUBPAV-SMS); a Superintendência de Promoção da Saúde (SUBPAV-SMS); a Coordenadoria de Doenças Crônicas Transmissíveis (SUBPAV-SMS); o Hospital Municipal Rocha Maia - Gestão Hospitalar e Núcleo de Vigilância Hospitalar; o Hospital Municipal Evandro

Freire - Setor de Governança de Dados Hospitalares; a Coordenação de Atenção à Saúde Prisional; a Superintendência de Saúde Mental – SMS; a Subsecretaria Geral - Planejamento das Superintendências – Gabinete; e o Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e Inspeção Agropecuária (IVISA) (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2024a).

O plano da disciplina dispunha sobre a divisão de atividades que contavam com momentos de dispersão quando os/as estudantes estariam desenvolvendo atividades presenciais nos cenários de prática e por momentos de concentração em que os/as estudantes compartilham e refletem sobre suas vivências em campo junto com a turma e o corpo docente em encontros mensais de tutoria coletiva (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2024a).

E no âmbito da avaliação da disciplina, a proposta é de elaboração de um produto final, no modelo de análise socioepidemiológica com dados produzidos no campo, produção de boletins, material de educação e informação em saúde, planejamento de intervenções para o campo, análise de dados de gestão e/ou esboço de um artigo científico, etc. (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2024a).

#### 4.3 SISTEMATIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE UM ESTÁGIO CURRICULAR NA GRADUAÇÃO: A PRÁXIS DA SAÚDE COLETIVA

A presente experiência sistematizada trata da atuação em cenário de prática do terceiro setor de saúde, no âmbito de uma Organização da Sociedade Civil (OSC), viabilizada a partir da mobilização discente para que o campo fosse incluído na lista de cenários de prática ofertados na disciplina AISC VIII em 2024.

A prática de serviço ocorreu em formato híbrido (presencial e remoto) com carga horária semanal de 6 horas diárias.

O processo de trabalho era desenvolvido com contato diário via *e-mail*, *Google Meet* e *WhatsApp* com a equipe geoplanejamento, os municípios integrantes do programa e os demais atores participantes das atividades práticas, para orientação, compartilhamento de dúvidas e aprendizagens, definir atividades de atuação da estagiária e registro de presença e carga horária. Também ocorriam encontros presenciais agendados 1 (uma) vez no mês na sede da OSC com a preceptora e a equipe geoplanejamento.

Compondo a equipe geoplanejamento, formada por profissionais da área da saúde e da geografia, a atuação discente concentrou-se na produção de material técnico e no monitoramento da execução de oficinas formativas de educação permanente, com foco no uso de tecnologias de geoprocessamento, por meio da metodologia Mapa Falante Cedaps: Territórios em Construção Compartilhada.

As oficinas formativas foram aplicadas às equipes técnicas da Atenção Básica de 14 municípios do Norte e Nordeste integrantes do programa ofertado pela OSC.

O escopo formativo foi pautado nos pilares das políticas da saúde e da assistência social com conteúdo sobre: a territorialização na Atenção Básica; intersectorialidade no aumento das coberturas vacinais infantis; intersectorialidade no cuidado aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM); e transferência da tecnologia social do Mapa Falante Cedaps: Territórios em Construção Compartilhada e da ferramenta do *Google MyMaps*.

Na perspectiva da saúde, “a territorialização compreende a demarcação geográfica do território de atuação das equipes de saúde através do reconhecimento da área, das características populacionais, da dinâmica social, cultural e econômica e das relações de acesso aos cuidados e serviços de saúde” (Brasil, 2023, p. 16).

Enquanto na perspectiva da assistência social, a territorialização “[...] trata-se de identificar os problemas concretos, as potencialidades e as soluções, a partir de recortes territoriais que identifiquem conjuntos populacionais em situações similares, e intervir através das políticas públicas, com o objetivo de alcançar resultados integrados e promover impacto positivo nas condições de vida” (Brasil, 2005, p. 44).

Sendo assim, a territorialização apresenta-se como processo essencial para a realização de diagnósticos socioterritoriais, que corroboram com um planejamento local de ações de saúde e da assistência social mais efetivas frente às necessidades do território.

Todavia, segundo Milton Santos (1999 *apud* Fonseca, 2007, p. 180), a geografia de um lugar é formada por fluxos e fixos. E quando se elabora um mapa são destacados os fixos, mas é preciso saber que nesses fixos existem também fluxos. O que torna o mapeamento um processo contínuo!

Justificando a abordagem metodológica das oficinas formativas de adotar a transferência de tecnologias sociais de produção de mapas digitais, porque essas dão conta da dinamicidade dos territórios ao ampliar a manipulação e atualização

digital dos dados para mais atores e em tempo oportuno, resultando no acesso a informações mais precisas e fidedignas.

A metodologia do Mapa Falante Cedaps: Territórios em Construção Compartilhada visa promover um mapeamento colaborativo dos territórios, permitindo a co-criação de diagnósticos locais e o registro de informações sobre as vulnerabilidades e potencialidades de um território com os diversos atores sociais que reconhecem e pertencem ao mesmo.

Ademais, a metodologia e seus produtos, mapas digitais e/ou físicos, podem ser replicados para atender às diferentes demandas dos territórios, atores envolvidos, cenários e contextos.

A metodologia do Mapa Falante Cedaps coaduna-se aos referenciais teóricos da Tecnologia Social (Dagnino *et al.*, 2004) e da Construção Compartilhada de Soluções Locais (Edmundo, 2014), certificada pela Fundação Banco do Brasil em 2005.

A Tecnologia Social (TS) é tida como uma tecnologia de fato, a partir dos aspectos distintivos que considera a capacidade de reaplicação do processo para organizações e/ou atores envolvidos com demandas específicas outras e de fomentar um processo de inovação social coletivo e participativo junto aos atores interessados na construção de determinado cenário que aproxima-se às suas demandas (Dagnino; Gomes, 2000 *apud* Dagnino *et al.*, 2004, p. 20).

E a Construção Compartilhada de Soluções Locais (CCSL) “é uma técnica de planejamento participativo, resultado do compartilhamento de ideias, estratégias, visões, metodologias e práticas consolidadas por meio da experiência do CEDAPS” (Edmundo, 2014, p. 8). Tendo como aspectos distintivos o fato de ser um instrumento de planejamento participativo, por considerar a mobilização da comunidade como elemento fundamental para o enfrentamento dos problemas, vulnerabilidades e/ou determinantes sociais, sendo ainda reaplicável a diferentes segmentos, cenários e contextos sociais (Edmundo, 2014).

“O Mapa Falante Cedaps pode ser produzido de duas formas: manual e digital. Ambas as versões seguem um plano formativo que inclui a extração de dados secundários, a construção dos pontos de mapeamento e o desenvolvimento da base cartográfica” (Centro de Promoção da Saúde, 2024c).

Durante a execução das oficinas formativas adotou-se a versão digital para construção dos mapas, por meio do uso da plataforma *Google MyMaps*, que

contribui para a co-criação dos mapas e ampliação do acesso por ser uma plataforma online, gratuita e colaborativa.

A utilização da plataforma *Google MyMaps* demanda acesso a computadores, tablets ou celulares, conexão com a internet e/ou a dispositivos móveis e uma conta Google, possibilitando a criação, visualização e a edição dos mapas em tempo real. E a equipe geoplanejamento fornece aos municípios guias tutoriais que orientam o uso da plataforma e dos mapas.

A partir da definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1948 *apud* Brasil, 2006, p. 17), de que saúde é “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença”, é preciso considerar o acesso a condições de vida favoráveis como determinante para o alcance do estado de bem-estar no nível coletivo, entendendo que é no cotidiano que as pessoas se expõem a um espectro de fatores que podem beneficiar ou prejudicar sua saúde (Brasil, 2006).

Ou seja, é no território que os indivíduos pertencem e se relacionam que ocorrem essas exposições, ainda que, em geral, não seja uma escolha consciente do indivíduo se expor às situações desfavoráveis, mas sim o resultado da falta de opções para evitar ou eliminar as situações de vulnerabilidade e/ou o desconhecimento sobre elas (Brasil, 2006).

Nesse contexto, o diálogo entre a geografia e a saúde contribui com a identificação na dimensão espacial e nas relações sociais que ela encerra, quais são as associações plausíveis com os processos de saúde-doença e morte nas coletividades.

Todavia a intersecção entre a geografia e a saúde é recente e datam da década de 50 em que se utilizavam computadores de grande porte, para o planejamento urbano e posteriormente para a análise ambiental (Brasil, 2006).

E foi com a difusão do geoprocessamento no final da década de 1980 e início dos anos 1990, que essa relação foi estreitada com a utilização desses sistemas para o mapeamento digital, organização de dados espaciais e produção de mapas temáticos que favoreciam uma melhor caracterização e quantificação da exposição e seus possíveis determinantes e os agravos à saúde (Brasil, 2006).

O Sistema de Informação Geográfica (SIG) é referência em instrumentos de integração de dados de saúde com dados ambientais e socioeconômicos, por ser um conjunto de programas que permite coletar, armazenar e processar dados do

território. Possibilitando melhorias no gerenciamento de informações e nas tomadas de decisões em cenários complexos, como no planejamento das políticas de saúde municipais, estaduais e federais (Brasil, 2023).

No cenário da Atenção Básica, o geoprocessamento se efetiva nos processos de cadastramento e territorialização. E os mapas tornam-se ferramentas de consolidação, processamento e compreensão dessas informações de nível territorial, permitindo visualizar a distribuição espacial dos dados que caracterizam o território e identificar os condicionantes locais e as áreas de risco, assim como as associações entre um evento e seus determinantes (Brasil, 2023).

Considera-se que ao conhecer os problemas e as potencialidades do território e visualizá-los espacialmente, os atores possuem ferramentas para organizar o seu processo de trabalho e intervir com maior eficiência nas necessidades da população.

E os resultados práticos do geoprocessamento formam a base fundamental para o planejamento das ações e políticas de saúde (Ribeiro, 2017 *apud* Brasil, 2023, p. 19), a partir da análise de situações de saúde, do entendimento do quadro sanitário atual e suas tendências, da construção de novas abordagens para as práticas de vigilância em saúde, da identificação de áreas críticas, da focalização de grupos populacionais e da priorização das ações e dos recursos (Brasil, 2006).

Para Paim (2006), o planejamento em saúde é premente em vista da quantidade e da complexidade das tarefas a serem realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na realização das ações de saúde. E também ajuda a mobilizar vontades, a partir da identificação dos problemas e dos meios de superá-los, elevando a consciência sanitária das pessoas.

Portanto, o geoplanejamento é uma estratégia que articula as atribuições do geoprocessamento que viabilizam o conhecimento do território e da sua população, a identificação e priorização dos problemas e das potencialidades, a construção de plano de ação participativo com prazos e responsáveis pelas ações e a implementação e monitoramento das ações, com as atribuições do planejamento em saúde que é utilizado como ferramenta de apoio ao trabalho das equipes técnicas da Atenção Básica, auxiliando na resolução dos principais problemas da comunidade e subsidiando a qualificação do cuidado em saúde por meio do uso sistemático de instrumentos de monitoramento e avaliação (Centro de Promoção da Saúde, 2023).

#### 4.4 APRENDIZAGENS E LIMITAÇÕES DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL SANITARISTA EM CENÁRIO DE PRÁTICA

A disciplina Atividades Integradas em Saúde Coletiva visa a definição de um percurso acadêmico para o cenário de prática que verse entre explorar as potencialidades dos discentes e correlacionar a prática com a estrutura curricular da graduação em Saúde Coletiva.

A partir desse referencial e dos aspectos avaliativos previstos no Projeto Político Pedagógico (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010) do CGSC da UFRJ, é possível identificar as aprendizagens e as limitações defrontadas pelo discente no campo de prática.

No âmbito das aprendizagens, destaca-se a realização da preceptoria em campo de estágio pela profissional sanitária egressa do CGSC da UFRJ e coordenadora da equipe geoplanejamento. Sendo esse um fator diferencial que contribuiu desde a definição das atividades a serem realizadas durante o estágio, a partir do entendimento do perfil e da competência do profissional sanitário; a concessão de autonomia para atuação nas atividades previstas com espaço para proposições, debates e trocas de conhecimento com a equipe; o sentimento de pertença para com a equipe possibilitando a troca mútua de saberes entre profissionais de áreas interdisciplinares; até o desenvolvimento de um produto final que não somente visava intervir no campo, como contribuir com a implementação de novas práticas para melhoria das atividades já incorporadas à rotina de trabalho.

Também destaca-se a definição das atividades a serem desenvolvidas pela discente, descritas no termo de compromisso para bolsista de AISC (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2024b, [documento interno]): 1) apoiar a equipe interdisciplinar na produção de material técnico e de conteúdo programático, por meio de pesquisa bibliográfica e levantamento de materiais; 2) monitorar a execução das oficinas formativas aplicadas às equipes técnicas da Atenção Básica; 3) elaborar relatórios técnicos contendo descrição e análise das oficinas realizadas; e 4) apoiar na formação e acompanhamento dos facilitadores durante a aplicação das oficinas. Ambas as atividades dialogam com os núcleos centrais de conhecimentos e práticas e suas competências previstas para o estágio curricular nas Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 2017).

As oficinas formativas nas temáticas de territorialização na Atenção Básica, intersectorialidade no aumento das coberturas vacinais infantis, cuidado aos usuários vivendo com HAS e DM alinhadas a transferência da tecnologia do Mapa Falante Cedaps contemplam o núcleo de Gestão em Saúde a partir da atuação discente na produção dos materiais técnicos das oficinas que orientam a análise dos territórios na perspectiva das políticas de saúde e assistência social vigentes para propor estratégias intersetoriais de melhoria de indicadores.

O núcleo de Atenção à Saúde é contemplado nas ações de monitoramento de execução das oficinas e sua incidência no estímulo aos territórios para implementação e/ou qualificação das linhas de cuidado de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

Assim como no fortalecimento da autonomia da gestão e dos profissionais da Atenção Básica no uso de ferramentas de geoprocessamento para visualização de dados espacializados como subsídios para o planejamento local de intervenção em saúde.

O núcleo Educação em Saúde é contemplado a partir da atuação discente no apoio às formações realizadas com os facilitadores das atividades formativas e no acompanhamento dos mesmos durante a aplicação das oficinas de educação permanente junto às equipes da Atenção Básica.

E também na confecção de proposta de capítulo sobre a atuação discente em atividades no âmbito da Atenção Básica para o livro em comemoração aos 10 anos do programa executado pela OSC, contribuindo com a competência do profissional sanitário na área de pesquisa e produção científica.

Quanto à viabilidade da experiência no cenário de prática, identificamos o terceiro setor como um campo que demanda e abre espaço para a atuação do profissional sanitário, oferecendo a oportunidade de vivência de um modelo de trabalho, com dinâmica peculiar baseada em resposta célere a cronogramas, prazos, indicadores de execução e de prestação de contas de projetos e programas.

Nesse sentido, a prática da atuação em formato híbrido (presencial e remoto), também foi muito fecunda, considerando que entidades do terceiro setor, como a OSC de atuação, executam programas de abrangência nacional, que contribuiu para uma visão ampla da Atenção Primária à Saúde em nível nacional e a apreensão dos inúmeros desafios para sua efetividade no contexto brasileiro.

Destaca-se na produção de conhecimento em conjunto com os alunos, o pessoal dos serviços e a comunidade, desde os processos internos de elaboração dos produtos técnicos e de formação dos facilitadores das oficinas, que foram atividades desenvolvidas coletivamente entre a estagiária e a equipe geoplanejamento; a aplicação das oficinas formativas junto aos profissionais e gestão da Atenção Básica e que serão multiplicadores do conhecimento da ferramenta às pessoas e famílias dos seus territórios; até a elaboração do capítulo do livro comemorativo aos 10 anos do programa ofertado pela OSC, que terá ampla divulgação entre a comunidade acadêmica e científica e os territórios de atuação do programa.

Quanto ao desempenho das atividades específicas propostas no planejamento da AISC VIII, ambas foram concluídas no período previsto de setembro à dezembro de 2024.

E para a avaliação na disciplina teórico-prática, foi elaborado um produto final contributivo ao campo prático, no formato de relatório de análise das avaliações das oficinas temáticas de aprimoramento técnico. O objetivo foi implementar a cultura de monitoramento e avaliação das ações de educação permanente de incidência do Núcleo Geoplanejamento.

Para isso, utilizou-se o software R (versão 4.4.2), por meio do ambiente de desenvolvimento integrado RStudio e do R Markdown, considerando que a equipe do Geoplanejamento já o aplica em seus processos de trabalho, o que facilita a reprodutibilidade da análise futuramente. Assim, foi elaborado um *script* de análise quantitativa e qualitativa das respostas ao formulário avaliativo do Google Forms, aplicado ao final de cada oficina junto aos participantes da atividade, possibilitando a visualização dos resultados em gráficos e tabelas compilados em documento no formato PDF.

No âmbito das limitações, destaca-se que teria sido ainda mais enriquecedor para a prática em serviço que as disciplinas eletivas das temáticas relacionadas a geografia da saúde e as técnicas de geoprocessamento que estão previstas na grade curricular do CGSC da UFRJ tivessem sido ofertadas durante a graduação, corroborando com os conhecimentos demandados no campo prático.

Essa lacuna tanto limita a atuação do discente como dá brecha para que o estágio concretize-se como um cenário de aprendizagem, por meio da característica

do saber-fazer que somente nos apropriamos diante dos desafios e situações que nos defrontamos na realidade do serviço.

Ademais, o cenário de prática resultou em um campo viável e de contribuições imensuráveis para a formação da graduanda em Saúde Coletiva. Favorecendo a troca mútua de saberes entre profissionais de áreas interdisciplinares da geografia e da saúde; a reafirmação do papel do profissional sanitário nos diferentes níveis de atenção à saúde e nos diferentes órgãos, organizações e serviços públicos e privados de saúde; a identificação de áreas técnicas que correlacionam-se com a prática da Saúde Coletiva como a geografia e a assistência social; e a apropriação de novas competências através do uso das tecnologias de geoprocessamento pela metodologia do Mapa Falante Cedaps e do *Google MyMaps*.

Portanto, a experiência evidenciou que o terceiro setor de saúde é um segmento disponível e que demanda por profissionais graduados em Saúde Coletiva, podendo ser um campo mais presente na listagem de cenários de prática da disciplina AISC da graduação em Saúde Coletiva da UFRJ.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A disciplina teórico-prática contribuiu para o acúmulo de experiência de prática de serviço, por meio do acompanhamento de processos de trabalho desde o planejamento até a avaliação, por conta da atuação do terceiro setor na execução de projetos com prazos e cronogramas bem estabelecidos; e para o desenvolvimento de novas competências (habilidades, saberes e atitudes) como profissional sanitaria, por meio do manejo de tecnologias de geoprocessamento e da vivência da interdisciplinaridade no contato com profissionais de outras áreas do conhecimento como a Geografia e da intersetorialidade no acompanhamento da realização de ações entre a saúde e a assistência social nos níveis locais e de gestão.

Concluo o presente trabalho reafirmando que a profissão sanitaria é fruto de movimentos e luta sociais e do anseio por um ator que traz na sua identidade profissional o compromisso com a Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde, comprometido com seus princípios e diretrizes em qualquer nível de atenção à saúde e/ou órgãos, organizações e serviços públicos e privados em que atue.

O profissional sanitaria integra as equipes dos serviços de saúde de forma complementar, rompendo com o modelo biomédico hegemônico e sua perspectiva centrada em agravos, doenças e mortes, refletindo criticamente sobre as políticas públicas relacionadas à saúde, os processos de planejamento e gestão em sistemas e serviços de saúde e as práticas de promoção à saúde mais efetivas às necessidades sociais do indivíduo e da comunidade. É uma postura transformadora de proposição de ação de intervenção em saúde a partir do olhar para a determinação social do processo saúde-doença.

Além disso, a perspectiva generalista do sanitaria é o grande diferencial da sua formação, a partir da sua transição entre as áreas como epidemiologia, política, planejamento e gestão em saúde e ciências sociais e humanas na saúde, agora apresentadas de forma mais avançada no formato do curso de graduação em Saúde Coletiva.

Contudo, o curso de graduação em Saúde Coletiva, em seu caráter inovador de ir na contramão de formar profissionais para um mercado de trabalho bem estabelecido, busca impulsionar que se abram novos cenários de atuação para absorção do profissional sanitaria. E nessa tentativa defronta com processos ainda

em andamento, como a escassez no pensar a questão dos campos de práticas e a carreira do sanitaria em estruturação.

Sendo esses processos uma construção coletiva que deve contar com a ativa participação dos próprios discentes e egressos, as instituições de ensino, os profissionais de saúde e demais atores que visam contribuir com a consolidação da graduação em Saúde Coletiva.

E visando participar dessa construção é que se concretiza o presente estudo, objetivando dar voz a profissional sanitaria para narrar suas próprias experiências ao longo da graduação, para através do exercício da observação, da reflexão e da crítica contribuir para a produção científica no campo de conhecimento específico da Saúde Coletiva.

## REFERÊNCIAS

BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2029-2038, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VnKCjqvTjD5xdWsyHzBZc3b/?lang=pt>. Acesso em: 3 jul. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, novembro 2005. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/normativas/pnas2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/normativas/pnas2004.pdf). Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagens Espaciais na Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie\\_geoproc\\_vol\\_1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie_geoproc_vol_1.pdf). Acesso em: 03 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 544, de 10 de março de 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2017/resolucao-no-544.pdf/view>. Acesso em: 03 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Geoprocessamento em Saúde, Cadastramento e Territorialização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/geoprocessamento\\_cadastramento\\_territorializacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/geoprocessamento_cadastramento_territorializacao.pdf). Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações**. Brasília, [2025?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pni#>. Acesso em: 07 jul. 2025.

CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Guia Mapa Falante Digital**. Rio de Janeiro: Cedaps, 2023. Disponível em: <https://cedaps.org.br/wp-content/uploads/2024/02/Cedaps-Guia-do-Mapa-Falante-2023.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2025.

CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **História**. Rio de Janeiro: Cedaps, 2024a. Disponível em: <https://cedaps.org.br/historia/>. Acesso em: 29 out. 2025.

CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Missão, Visão e Valores**. Rio de Janeiro: Cedaps, 2024b. Disponível em: <https://cedaps.org.br/missao-visao-e-valores/>. Acesso em: 29 out. 2025.

CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **O que é Mapa Falante?** Rio de Janeiro: Cedaps, 2024c. Disponível em: <https://mapafalante.net.br/o-que-e-mapa-falante/>. Acesso em: 03 jul. 2025.

DAGNINO, R.; BRANDÃO, F. C.; NOVAES, H. T. Sobre o marco analítico conceitual da Tecnologia Social. *In: LASSANCE JR., A. et al. **Tecnologia Social**: uma estratégia para o desenvolvimento.* Rio de Janeiro: Fundação Banco do Brasil, 2004. Disponível em: [http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/18\\_ref\\_capes/arquivos/arquivo\\_110.pdf](http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/18_ref_capes/arquivos/arquivo_110.pdf). Acesso em: 03 jul. 2025.

EDMUNDO, K. M. B., **Construção Compartilhada de Soluções Locais**: guia de elaboração e gestão de projetos. Rio de Janeiro: Cedaps, 2014. Disponível em: [https://transforma.fbb.org.br/storage/socialtechnologies/723/files/Manual-da-Construcao-Compartilhada-de-Solucoes-Locais\\_Cedaps.pdf](https://transforma.fbb.org.br/storage/socialtechnologies/723/files/Manual-da-Construcao-Compartilhada-de-Solucoes-Locais_Cedaps.pdf). Acesso em: 06 nov. 2025.

ELIAS, P. E. Graduação em Saúde Coletiva: notas para reflexões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 13, ago. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/K9ZLqdyFM39YC8XGqYnpyxc/?lang=pt>. Acesso em: 03 jul. 2025.

FONSECA, A. F. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: [https://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio\\_e\\_o\\_processo\\_2\\_livro\\_1.pdf](https://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf). Acesso em: 16 set. 2025.

FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL. **Construção Compartilhada De Soluções Locais por Centro de Promoção de Saúde (CEDAPS)**. Brasília, DF: FBB, [2005?]. Disponível em: <https://transforma.fbb.org.br/tecnologia-social/construcao-compartilhada-de-solucoes-locais>. Acesso em: 03 jul. 2025.

HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**. 2. ed. Brasília: MMA, 2006. Disponível em: <http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/oscar-jara-para-sistematizar-experic3aancias1.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2025.

PAIM, J. S. Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da abrasco. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2521-2522, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/crR9fHyxNKH4zvyrpHp5ZNM/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 03 jul. 2025.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. *In: CAMPOS, G. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva***. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 767-782. Disponível em: [http://pea.ufba.br/eventos/gestores/biblioteca/docs/PLANEJAMENTO\\_EM\\_SAUDE\\_\\_.pdf](http://pea.ufba.br/eventos/gestores/biblioteca/docs/PLANEJAMENTO_EM_SAUDE__.pdf). Acesso em: 18 nov. 2025.

PAIM, J. S. S.; PINTO, I. C. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 13-35, 2013. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1390>. Acesso em: 03 jul. 2025.

PARO, C. A.; PINHEIRO, R. Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1577-1588. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0838>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/mDWjYbfRkkNZmtnHKvJwN7f/?lang=pt>. Acesso em: 03 jul. 2025.

SILVA, N. E. K.; VENTURA, M.; FERREIRA, J. Graduação em Saúde Coletiva e o processo de construção de cenários práticos. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 3, 2013. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1318>. Acesso em: 03 jul. 2025.

TEIXEIRA, C. F. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 163-166, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/QhrzGZY5zVPHZq5pmYVzmdH/?lang=pt>. Acesso em: 03 jul. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Sistema de Informação e Bibliotecas. **Manual para Elaboração e Normalização de Trabalhos Acadêmicos**. 9. ed. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1lfNy51\\_qMf8cXEabOIm1U6zMXcH10FWL/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1lfNy51_qMf8cXEabOIm1U6zMXcH10FWL/view?usp=sharing). Acesso em: 18 nov. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [https://www.iesc.ufrj.br/images/documentos/graduacaosc/PPC\\_2011\\_-\\_2012.pdf](https://www.iesc.ufrj.br/images/documentos/graduacaosc/PPC_2011_-_2012.pdf). Acesso em: 03 jul. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. **Minuta de Regimento Interno do Curso Graduação em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.iesc.ufrj.br/images/documentos/graduacaosc/Regimento-Interno.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. **Plano de Disciplina – Período Letivo Regular (13 ago a 10 dez 24)**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2024a. [documento interno].

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. **Termo de Compromisso para bolsista de Atividades Integradas ao campo da Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2024b. [documento interno].

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. **Avaliação de Desempenho no Campo de Prática da Disciplina AISC VIII**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2024c. [documento interno].