



CONIESP

II Congresso Nacional de
Inovação em Educação e
Saúde Pública

Educação, Saúde Pública e Inovação

*Conhecimento Científico para
Transformar Práticas e Realidades*



E-book Científico



Volume 1



1ª edição



2027



Editora
Cognitus



Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)





CONIESP

II Congresso Nacional de
Inovação em Educação e
Saúde Pública

EDITORA COGNITUS

Educação, Saúde Pública e Inovação: conhecimento científico para transformar práticas e realidades

Obra científica vinculada ao II Congresso Nacional de Inovação em Educação e Saúde Pública
(CONIESP)

25 a 27 de fevereiro de 2027 | Evento 100% on-line

1ª edição - Volume 1

Teresina - Piauí
2027



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



CONIESP

II Congresso Nacional de
Inovação em Educação e
Saúde Pública

EXPEDIENTE EDITORIAL

Título: Educação, Saúde Pública e Inovação: conhecimento científico para transformar práticas e realidades

Evento vinculado: II Congresso Nacional de Inovação em Educação e Saúde Pública - CONIESP

Edição e volume: 1ª edição, Volume 1

Ano e local: 2027, Teresina - Piauí

Editora: Editora Cognitus

CNPJ: 57.658.906/0001-15

Coordenação editorial: Editora Cognitus

Diagramação e projeto gráfico: Editora Cognitus

ISBN: 978-65-83818-43-0

Formato: E-book científico digital

COMISSÃO CIENTÍFICA - AVALIADORES

- Elayne Jeyssa Alves Lima
- Sarah Camila Fortes Santos
- Igor Domingos dos Anjos
- Aline Prado dos Santos da Silva

RESPONSABILIDADE EDITORIAL E CIENTÍFICA

Os textos reunidos nesta obra são de responsabilidade de seus respectivos autores. As opiniões, interpretações, informações, dados e referências apresentados em cada capítulo não representam, necessariamente, o posicionamento institucional da Editora Cognitus ou da organização do CONIESP.



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



APRESENTAÇÃO

O e-book Educação, Saúde Pública e Inovação: conhecimento científico para transformar práticas e realidades integra as ações científicas do II Congresso Nacional de Inovação em Educação e Saúde Pública - CONIESP, realizado em formato 100% on-line nos dias 25, 26 e 27 de fevereiro de 2027.

A obra reúne produções acadêmicas voltadas à aproximação entre educação, pesquisa, assistência, gestão e tecnologias aplicadas à saúde coletiva. Seus capítulos dialogam com desafios contemporâneos relacionados às políticas públicas, à formação profissional, à participação social, ao acesso ao cuidado, à equidade e à incorporação responsável de inovações nos serviços de saúde.

Ao reunir diferentes perspectivas e campos de atuação, esta publicação busca ampliar a circulação do conhecimento científico e favorecer reflexões capazes de transformar práticas e realidades. A diversidade temática expressa o caráter multiprofissional do CONIESP e reforça o compromisso com uma produção acadêmica acessível, ética, socialmente relevante e conectada às necessidades da população.

A Editora Cognitus agradece aos autores, avaliadores e colaboradores que contribuíram para a construção desta obra e para o fortalecimento do diálogo entre educação, saúde pública e inovação.

**Editora Cognitus
II CONIESP**





CONIESP

II Congresso Nacional de
Inovação em Educação e
Saúde Pública

SUMÁRIO

Apresentação	4
Capítulo 1 - Conferências de Saúde e Controle Social: Reflexões Sobre a Participação da Sociedade na Gestão do SUS	6
Capítulo 2 - Cannabis Medicinal no Contexto da Saúde Pública: Acesso ao Tratamento e Perspectivas para o Sistema Único de Saúde	19
Capítulo 3 - Articulação entre Formação Acadêmica, Prática Assistencial e Território: Perspectivas para a Educação em Saúde	32
Capítulo 4 - Construção de Competências para o Trabalho Integrado em Saúde: Perspectivas para a Formação Profissional no SUS	49
Capítulo 5 - Inteligência Artificial na Medicina: Aplicações, Desafios Éticos e Perspectivas Futuras	65
Capítulo 6 - Aprendizagem Interprofissional como Estratégia de Educação Permanente em Saúde	76
Sobre o CONIESP e a Editora Cognitus	91



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



CAPÍTULO 1

CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL: REFLEXÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA GESTÃO DO SUS

Cassandra Santos da Cunha¹; Lucas Geovanny Costa²; Janaísa Sousa Monteiro³; Eliane Valéria Nascimento da Silva⁴; Wendy Epifano Sarmiento Fernandes⁵; Kétina dos Santos Costa⁶; Damiana Maria Minhaqui da Conceição⁷; Francicleide Geremias da Costa Souza⁸; Wesley Epifanio Sarmiento⁹; Onayane dos Santos Oliveira¹⁰.





CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL: REFLEXÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA GESTÃO DO SUS

Cassandra Santos da Cunha¹; Lucas Geovanny Costa²; Janaísa Sousa Monteiro³; Eliane Valéria Nascimento da Silva⁴; Wendy Epifano Sarmento Fernandes⁵; Kétina dos Santos Costa⁶; Damiana Maria Minhaqui da Conceição⁷; Francicleide Geremias da Costa Souza⁸; Wesley Epifanio Sarmento⁹; Onayane dos Santos Oliveira¹⁰.

¹ Especialista em gestão em saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Cruz das Almas – BA, Brasil. E-mail: cassandra.csc.1@gmail.com

² Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Goiás. E-mail: geo.lucass@egresso.ufg.br

³ Especialização em Daude Materno Infantil pela Universidade Federal do Maranhão. E-mail: enfjanaisa@gmail.com

⁴ Especialista em ginecologia e obstetrícia - Faculdade dos Palmares. E-mail: elianevalerian@gmail.com

⁵ Graduada em Farmácia pela FASP - Faculdade São Francisco da Paraíba, Cajazeiras – Paraíba, Brasil. E-mail: wendysarmento@hotmail.com

⁶ Especialista em Cardiologia e hemodinâmica pela Faveni, E-mail: ketina_pvnrt@hotmail.com

⁷ Mestranda em Gerontologia pela UFPB. E-mail: diamianaminhaqui@hotmail.com

⁸ Mestre em Educação Profissional e Tecnológica – PROFEPT pelo Instituto Federal de Pernambuco Campus. IF-SERTÃO-PE, Brasil. E-mail: frangesta@hotmail.com

⁹ Mestre em Meio Ambiente e Tecnologia pela Universidade Federal de Campina Grande, Pereiros, Pombal - PB, Brasil. E-mail: weslleyep@yahoo.com.br

¹⁰ Doutora em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários pela Universidade Federal do Pará-UFPA. E-mail: onayane.santos.oliveira@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Refletir sobre as conferências de saúde e o controle social, considerando a participação da sociedade na gestão do SUS, seus fundamentos históricos e institucionais e os desafios que interferem na efetiva influência popular sobre as decisões em saúde.

MÉTODOS: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-reflexivo, realizada nas bases PubMed, SciELO, LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde. Incluíram-se artigos publicados entre 2018 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra e diretamente relacionados ao tema. Após a leitura dos títulos, resumos e textos completos, sete artigos compuseram a amostra final.

RESULTADOS: As conferências de saúde consolidaram-se como espaços democráticos destinados à manifestação das necessidades coletivas, à definição de prioridades e à formulação de diretrizes para o SUS. Entretanto, a baixa representatividade, a insuficiência estrutural dos conselhos, a formação limitada dos participantes, a dificuldade de acesso às informações de gestão e a reduzida incorporação das deliberações aos instrumentos de planejamento restringem a efetividade do controle social. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a ampliação da influência social sobre a gestão do SUS exige formação permanente, transparência administrativa, estrutura adequada para os conselhos e mecanismos capazes de acompanhar as deliberações desde sua aprovação até sua incorporação às políticas de saúde.

Palavras-chave: Controle Social Formal; Conferências de Saúde; Participação Social; Participação da Comunidade; Sistema Único de Saúde.





ABSTRACT

OBJECTIVE: To reflect on health conferences and social oversight, considering societal participation in the management of the Unified Health System (SUS), its historical and institutional foundations, and the challenges affecting effective public influence on health decisions. **METHODS:** This is a narrative literature review with a qualitative approach and a descriptive-reflective nature, conducted using the PubMed, SciELO, and LILACS databases and the Virtual Health Library (BVS). Articles published between 2018 and 2026 in Portuguese, English, and Spanish available in full text and directly related to the topic were included. After reviewing titles, abstracts, and full texts, seven articles comprised the final sample. **RESULTS:** Health conferences have established themselves as democratic spaces for expressing collective needs, defining priorities, and formulating guidelines for the SUS. However, low representativeness, structural inadequacies in councils, limited participant training, difficulties in accessing management information, and the limited incorporation of resolutions into planning instruments restrict the effectiveness of social oversight. **CONCLUSION:** Expanding social influence on SUS management requires continuous training, administrative transparency, adequate council infrastructure, and mechanisms capable of tracking resolutions from their approval through to their incorporation into health policies.

Keywords: Formal Social Control; Health Conferences; Social Participation; Community Participation; Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

A participação social constitui um dos fundamentos políticos e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), pois possibilita que a população intervenha na formulação, no acompanhamento, na fiscalização e na avaliação das políticas públicas de saúde. Sua incorporação ao SUS está relacionada ao processo de redemocratização brasileira e às mobilizações sociais que defenderam a saúde como direito coletivo, ampliando a presença da sociedade nas decisões anteriormente concentradas nas estruturas estatais (Leandro *et al.*, 2024).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) teve papel decisivo na construção desse modelo participativo ao reunir movimentos estudantis, sindicais, profissionais e outros segmentos sociais em defesa da universalização do direito à saúde. As propostas formuladas nesse período incluíam a integração das ações preventivas e curativas, a descentralização administrativa e a participação da comunidade na definição das políticas, aspectos posteriormente reafirmados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (Moura; Cárdenas; Guilhem, 2026).





A Constituição Federal de 1988 consolidou a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a participação da comunidade entre as diretrizes do sistema público de saúde (Brasil, 1988). Posteriormente, as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 regulamentaram a organização do SUS e definiram instrumentos institucionais para o exercício dessa participação, atribuindo aos cidadãos a possibilidade de acompanhar e influenciar a gestão nas diferentes esferas governamentais (Leandro *et al.*, 2024; Brasil, 1990a, 1990b).

A Lei nº 8.142/1990 estabeleceu os conselhos e as conferências de saúde como instâncias formais de participação social no SUS, organizadas nos níveis municipal, estadual e federal (Brasil, 1990b). Enquanto os conselhos possuem atuação permanente e caráter deliberativo, as conferências são realizadas periodicamente para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes destinadas à formulação das políticas públicas, permitindo a manifestação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços (Ricardi; Shimizu; Santos, 2020).

Embora os conselhos e as conferências tenham sido instituídos antes da criação do SUS, sua configuração inicial apresentava objetivos distantes da participação democrática incorporada ao sistema após 1988. A 8ª Conferência Nacional de Saúde representou um marco de transformação, pois fortaleceu a defesa da participação popular e contribuiu para que esses espaços assumissem atribuições relacionadas à avaliação das condições sanitárias, à definição de prioridades e à orientação das políticas de saúde (Ricardi; Shimizu; Santos, 2020).

As conferências de saúde passaram a abranger diferentes áreas e grupos populacionais, acompanhando a diversidade das demandas existentes no território brasileiro. Até 2016, haviam sido realizadas 15 conferências nacionais de saúde, além de conferências temáticas sobre saúde indígena, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde bucal, saúde da mulher, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e ciência, tecnologia e inovação, demonstrando a amplitude alcançada por esses processos participativos (Ricardi; Shimizu; Santos, 2020).

A presença da população nesses espaços contribui para aproximar a gestão das condições vivenciadas nas comunidades, uma vez que os usuários conhecem as limitações de acesso, as necessidades sanitárias e os problemas relacionados ao funcionamento dos serviços. Essa participação pode favorecer a definição de ações mais coerentes com as





realidades locais, fortalecer o planejamento em saúde e ampliar a responsabilidade coletiva pela construção e pelo acompanhamento das políticas desenvolvidas no âmbito do SUS (Santos Júnior *et al.*, 2020).

O controle social, nesse contexto, não deve ser compreendido apenas como fiscalização dos recursos ou das atividades administrativas, mas como intervenção da sociedade no processo decisório da política de saúde. A atuação coletiva envolve a apresentação de demandas, a discussão de prioridades e o acompanhamento das decisões governamentais, contribuindo para que os serviços sejam organizados de maneira mais democrática, equitativa e próxima dos interesses da população (Rezende; Frois, 2026).

Apesar de sua relevância institucional, as conferências nem sempre conseguem exercer plenamente sua função na gestão do SUS, pois podem permanecer pouco conhecidas pela população e insuficientemente articuladas com o planejamento governamental. A participação também pode ser limitada pela baixa divulgação, pela dificuldade de mobilização dos usuários, pela ausência de formação política e pela fragilidade dos mecanismos destinados a acompanhar as propostas aprovadas durante os encontros (Ricardi; Shimizu; Santos, 2020).

Entre os obstáculos relacionados ao controle social encontram-se a participação reduzida nos espaços colegiados, o desconhecimento das atribuições dos representantes, a compreensão insuficiente das normas internas e o baixo compromisso com os grupos representados. Também são identificadas dificuldades para comparecer às reuniões e limitações na comunicação entre representantes e comunidade, condições que podem enfraquecer a legitimidade das decisões e restringir a influência social sobre a execução das políticas de saúde (Lopes *et al.*, 2024).

A problemática deste estudo situa-se, portanto, na distância existente entre a garantia legal da participação social e sua concretização como prática capaz de interferir efetivamente na gestão do SUS. Embora as conferências estejam institucionalizadas e produzam propostas para a política de saúde, persistem limitações relacionadas à representatividade, à burocratização da participação, à incorporação das deliberações pela gestão e à capacidade de transformar as necessidades apresentadas pela população em decisões administrativas (Abrunhosa; Machado; Pontes, 2020).

A abordagem do tema justifica-se pela necessidade de fortalecer as conferências como espaços democráticos de escuta, negociação e formulação de políticas, evitando





que a participação se restrinja ao cumprimento de exigências burocráticas. Diante disso, o estudo tem como objetivo refletir sobre as conferências de saúde e o controle social, considerando a participação da sociedade na gestão do SUS, seus fundamentos históricos e institucionais e os desafios que interferem na efetiva influência popular sobre as decisões em saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-reflexivo, desenvolvida para reunir e interpretar produções científicas sobre as conferências de saúde, o controle social e a participação da sociedade na gestão do SUS. Esse delineamento permitiu examinar aspectos históricos, políticos e institucionais relacionados à construção democrática das conferências, à atuação dos conselhos de saúde, à participação nos territórios e ao acompanhamento das deliberações produzidas nesses espaços.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A consulta teve como finalidade localizar publicações relacionadas às conferências de saúde, ao controle social e à participação da sociedade na gestão do SUS, considerando produções pertinentes ao contexto brasileiro.

Foram empregados os descritores dos Descritores em Ciências da Saúde e seus correspondentes no *Medical Subject Headings*: “Participação Social” (*Social Participation*), “Participação da Comunidade” (*Community Participation*), “Controle Social Formal” (*Social Control, Formal*), “Conferências de Saúde” (*Health Conferences*) e “Sistema Único de Saúde” (*Unified Health System*). Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*, conforme as particularidades de cada base de dados.

As estratégias de busca foram construídas com os cinco descritores selecionados, utilizando as combinações: “Participação Social” *AND* “Controle Social Formal” *AND* “Sistema Único de Saúde”; “Participação da Comunidade” *AND* “Conferências de Saúde” *AND* “Sistema Único de Saúde”; e “*Social Participation*” *AND* “*Social Control, Formal*” *AND* “*Unified Health System*”. Os termos foram articulados pelos operadores





booleanos *AND* e *OR*, com aplicação de filtros de idioma, período de publicação e disponibilidade do texto completo, sem restrição prévia quanto ao delineamento metodológico.

Foram incluídos artigos publicados entre 2018 e 2026, nos idiomas português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra e relacionados diretamente às conferências de saúde, aos conselhos de saúde, ao controle social, à participação comunitária ou à influência popular no planejamento e na gestão do SUS. Foram excluídos textos duplicados, editoriais, cartas ao editor, resumos de eventos, notícias, publicações sem acesso integral e trabalhos que abordassem a participação social apenas de forma secundária ou sem relação com o sistema público de saúde brasileiro.

A seleção ocorreu pela leitura dos títulos e resumos, seguida da leitura integral das publicações compatíveis com o objetivo da revisão. O corpus final foi constituído por sete artigos científicos, sem exclusão entre os arquivos previamente selecionados, pois todos apresentaram relação direta com o tema e foram incorporados à seção de resultados e discussão. As legislações e os documentos normativos foram utilizados apenas para contextualização histórica e jurídica, não integrando o quantitativo final de artigos.

As informações foram organizadas conforme autoria, ano, tipo de estudo, objetivo e principais resultados. A análise ocorreu por meio de leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, com comparação das convergências e divergências entre as publicações. Por utilizar fontes públicas, não houve necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa. As limitações incluem o caráter narrativo, o número reduzido de artigos, a diversidade metodológica e a concentração das experiências no contexto brasileiro.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A composição da análise reuniu sete artigos científicos diretamente relacionados às conferências de saúde, ao controle social e à participação da sociedade na gestão do SUS, sem exclusão entre as publicações anexadas. Foram identificadas revisões documentais, bibliográficas e de escopo, análise qualitativa, pesquisa exploratória e investigação histórico-institucional. Essa diversidade permitiu abordar a construção democrática das conferências, a atuação dos conselhos, a participação nos territórios, as





condições institucionais do controle social e o acompanhamento das deliberações incorporadas ao planejamento público.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos incluídos.

Autor e ano	Tipo de estudo	Objetivo	Principais resultados	Contribuição para a pesquisa
Lemos (2018)	Revisão documental	Analisar as 13 primeiras Conferências Nacionais de Saúde e sua relação com a construção do SUS	As conferências passaram de encontros predominantemente técnicos para espaços de participação popular, formulação de propostas e fortalecimento do controle social	Permite compreender a evolução histórica e política das conferências
Milani e Bazzanella (2019)	Pesquisa exploratória e bibliográfica	Examinar a relação entre saúde, democracia, participação popular e controle social	O SUS foi constituído com forte mobilização social, mas sofre ameaças relacionadas às restrições de direitos e ao enfraquecimento da democracia	Relaciona a preservação do SUS à participação ativa da sociedade
Costa <i>et al.</i> (2021)	Estudo documental qualitativo	Identificar as abordagens do controle social em pesquisas brasileiras de pós-graduação	O controle social amplia a intervenção popular nas políticas, embora persistam limitações de autonomia, qualificação e efetividade	Demonstra a distância entre garantia legal e exercício concreto da participação
Moita <i>et al.</i> (2021)	Análise histórico-institucional	Examinar as dinâmicas democráticas na implantação de organizações sociais na saúde de Fortaleza	A adoção das organizações sociais intensificou disputas e ampliou as exigências de fiscalização contratual, financeira e administrativa	Evidencia desafios impostos ao controle social por novos modelos de gestão
Silva, Novais e Zucchi (2021)	Estudo exploratório e descritivo	Avaliar a adequação dos conselhos de saúde às determinações	A constituição legal predominou, mas parte dos conselhos não possuía estrutura,	Apresenta limitações institucionais ao





		da Resolução nº 453/2012	orçamento e funcionamento adequados	acompanhamento das políticas públicas
Buziquia <i>et al.</i> (2023)	Revisão de escopo	Compreender as experiências formais de participação social na Atenção Primária à Saúde	Os espaços territoriais aproximam comunidade e serviços, porém enfrentam dificuldades de implantação, formação e representatividade	Articula participação social, conselhos locais e organização territorial do cuidado
Mota <i>et al.</i> (2025)	Pesquisa documental e bibliográfica	Identificar informações necessárias ao processo decisório do controle social no SUS	A fragmentação dos dados e a ausência de articulação entre relatórios conferenciais e instrumentos de gestão dificultam o monitoramento	Fundamenta a importância da gestão da informação para acompanhar as deliberações

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

A transformação das conferências em espaços de participação popular ocorreu progressivamente e acompanhou as mudanças políticas brasileiras. Lemos (2018) verificou que as primeiras edições apresentavam condução técnica e governamental, enquanto a 8ª Conferência Nacional de Saúde ampliou a presença social e sustentou propostas incorporadas à criação do SUS. Milani e Bazzanella (2019) convergem com essa interpretação ao situarem a política pública de saúde como resultado da mobilização coletiva, da redemocratização e da defesa da saúde como direito universal.

A participação conferencial ultrapassa a manifestação de opiniões, pois envolve a definição de prioridades e a elaboração de diretrizes para a atuação estatal. Lemos (2018) descreve que as edições realizadas após a Constituição Federal passaram a discutir financiamento, descentralização, municipalização, gestão participativa e organização dos serviços. A população passou, dessa forma, a intervir em temas relacionados à estruturação do sistema. Essa capacidade decisória, contudo, depende da incorporação das propostas aos instrumentos de gestão e da continuidade do acompanhamento social.

Milani e Bazzanella (2019) compreendem as conferências e os conselhos como espaços complementares do controle social. Enquanto as conferências avaliam a situação sanitária e propõem diretrizes periódicas, os conselhos possuem caráter permanente e devem acompanhar a execução das políticas e dos gastos públicos. Essa articulação favorece a continuidade entre formulação, fiscalização e avaliação. Entretanto, seu





funcionamento depende do reconhecimento político dessas instâncias e da presença ativa de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores nos processos decisórios.

Costa *et al.* (2021) relacionam o controle social à possibilidade de a sociedade interferir na formulação e na fiscalização das políticas públicas. A institucionalização dos conselhos e das conferências ampliou a presença cívica na gestão do SUS, mas não garantiu automaticamente participação efetiva. Foram identificadas fragilidades de autonomia, formação e articulação entre os representantes e os grupos representados. Dessa maneira, o reconhecimento jurídico pode assumir caráter formal quando os participantes não dispõem de condições técnicas e políticas para exercer suas atribuições.

A qualificação dos representantes constitui uma condição para a atuação crítica nos espaços deliberativos. Costa *et al.* (2021) defendem capacitações contínuas que contemplem aspectos técnicos, institucionais e políticos, além da articulação entre conselhos municipais, locais e regionais. Buziquia *et al.* (2023) também conferem centralidade à educação permanente, especialmente nos territórios da Atenção Primária. A convergência demonstra que processos formativos episódicos são insuficientes diante da renovação dos participantes e da complexidade dos instrumentos empregados na administração do SUS.

Buziquia *et al.* (2023) identificaram que os espaços participativos ligados à Atenção Primária aproximam os serviços das demandas vivenciadas pela população. Os conselhos locais permitem que usuários expressem dificuldades de acesso, problemas assistenciais e necessidades específicas dos territórios. Entretanto, sua implantação é marcada por descontinuidade, baixa adesão e dificuldades de representação. A participação territorial precisa estar conectada às conferências e aos conselhos municipais para que as reivindicações locais alcancem as instâncias responsáveis pela definição das políticas e pela distribuição dos recursos.

A existência formal dos conselhos também não assegura condições suficientes para o desempenho de suas funções. Silva, Novais e Zucchi (2021) constataram que a maioria havia sido instituída de acordo com a legislação, mas menos da metade atendia adequadamente às exigências relacionadas à reestruturação. Ausência de orçamento, secretaria executiva e espaço exclusivo reduz a capacidade de organizar reuniões, examinar documentos e acompanhar a administração. A efetividade do controle social depende, portanto, de suporte material e institucional para uma atuação autônoma.





As fragilidades estruturais tornam-se mais relevantes diante da complexidade dos modelos de gestão adotados no SUS. Moita *et al.* (2021) verificaram que a implantação de organizações sociais na saúde de Fortaleza intensificou disputas no Conselho Municipal e ampliou as exigências de fiscalização. O acompanhamento contratual demandava informações sobre gastos, resultados, relações trabalhistas e vantagens da terceirização. Sem acesso documental e conhecimento especializado, o conselho encontra dificuldades para avaliar decisões governamentais e proteger os interesses coletivos envolvidos na prestação dos serviços.

A análise de Moita *et al.* (2021) também revela que a participação pode ser tutelada quando os espaços institucionais funcionam sem autonomia suficiente para questionar as escolhas administrativas. A presença de representantes sociais não elimina as assimetrias entre gestores, prestadores e usuários, principalmente quando os dados técnicos e financeiros permanecem concentrados. Essa situação contrasta com a perspectiva de Costa *et al.* (2021), segundo a qual o controle social deve possibilitar intervenção popular efetiva. A comparação reforça a necessidade de transparência, independência e acesso igualitário às informações.

O acesso à informação interfere diretamente na conversão das deliberações em decisões administrativas. Mota *et al.* (2025) explicam que as propostas aprovadas nas conferências devem ser incorporadas aos planos de saúde e às Programações Anuais de Saúde. Aos conselhos compete monitorar o percurso dessas proposições durante o ciclo de planejamento. Contudo, relatórios conferenciais, metas, ações e documentos orçamentários nem sempre apresentam correspondência clara, impedindo que os representantes identifiquem quais demandas foram acolhidas, modificadas ou desconsideradas pela gestão.

Mota *et al.* (2025) acrescentam que as informações necessárias ao controle social estão dispersas em bases de dados, documentos acumulados e sistemas desenvolvidos para finalidades distintas. A linguagem especializada também dificulta o acesso dos usuários e reduz a capacidade de interpretar indicadores, gastos e resultados. A criação de um banco de informações articulado aos relatórios das conferências poderia apoiar conferencistas, conselheiros e gestores. Essa ferramenta permitiria acompanhar os desdobramentos das deliberações e fundamentar decisões com maior transparência e continuidade.





A efetividade das conferências depende da integração entre mobilização popular, representatividade, formação permanente, estrutura institucional e gestão da informação. Lemos (2018) demonstra sua contribuição histórica para a construção do SUS, enquanto as demais publicações revelam obstáculos que limitam a influência social sobre a gestão. Quando as deliberações não são incorporadas ao planejamento ou não podem ser acompanhadas, a participação tende a assumir caráter burocrático. O fortalecimento do controle social requer devolutivas públicas e condições para que a sociedade reconheça os efeitos de sua intervenção nas políticas sanitárias.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conferências de saúde constituem mecanismos relevantes para a participação da sociedade na gestão do SUS, pois possibilitam a apresentação de necessidades coletivas, a definição de prioridades e a proposição de diretrizes para as políticas públicas. Contudo, a influência dessas instâncias sobre as decisões administrativas depende da articulação com os conselhos de saúde, os instrumentos de planejamento e os mecanismos de acompanhamento das deliberações aprovadas.

Em consonância com o objetivo proposto, constatou-se que a participação social perde efetividade quando as propostas formuladas nas conferências não são incorporadas aos planos de saúde, às programações anuais e aos processos orçamentários. A insuficiência de estrutura física e financeira dos conselhos, a baixa autonomia dos representantes, as dificuldades de formação política e técnica e a concentração de informações nas instâncias gestoras restringem a fiscalização e a intervenção da população nas decisões em saúde.

A contribuição específica deste trabalho está na integração das dimensões históricas, institucionais, territoriais e informacionais que condicionam o exercício do controle social. O fortalecimento das conferências requer devolutivas públicas sobre as deliberações, acesso simplificado aos documentos de gestão, formação permanente dos participantes e condições materiais adequadas para o funcionamento dos conselhos. Essas medidas podem ampliar a transparência administrativa e aproximar as políticas sanitárias das necessidades apresentadas pela população.

Entre as limitações, destacam-se o caráter narrativo da revisão, o número reduzido de publicações, a diversidade dos delineamentos metodológicos e a concentração das experiências no contexto brasileiro, aspectos que restringem comparações mais abrangentes. Recomenda-se a realização de pesquisas empíricas em diferentes municípios e regiões, com a participação de usuários, conselheiros, trabalhadores e gestores, além da





criação de indicadores destinados a acompanhar o percurso das deliberações desde sua aprovação até sua incorporação ao planejamento e à execução das políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRUNHOSA, Marcela Alves; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, e200584, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200584>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2020.v29n3/e200584/pt/>.
- BUZIQUEIRA, Sabrina Pontes *et al.* Social participation and Primary Health Care in Brazil: a scoping review. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, e220121en, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220121en>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DmJfByh5D7GXMpkd7cdfwph/?lang=en>.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Brasília, DF: Presidência da República**, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Brasília, DF: Presidência da República**, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Brasília, DF: Presidência da República**, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.
- COSTA, Francisca Bertília Chaves *et al.* Controle social no Sistema Único de Saúde: análise qualitativa das pesquisas de pós-graduações brasileiras. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 1, e5287, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5287.2021>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5287>.
- LEANDRO, Bianca Borges da Silva *et al.* Monitoramento e avaliação para o controle social do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre o agir formativo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, e02804269, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2804>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/YqGKkjDKScJqNSV9bznrrqb/?lang=pt>.
- LEMOS, Rayla Amaral. Conferências Nacionais de Saúde e a construção do Sistema Único de Saúde – SUS: uma revisão. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 21, n. 4, 2018. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15635>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15635>.
- LOPES, Thaís Ataíde *et al.* Barreiras e experiências do controle social na execução e controle da política de saúde no Sistema Único de Saúde. **Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 86, 2025. Disponível em: <https://periodicoijs.com.br/index.php/easn/article/view/2506>.
- MOURA, Ananda Cristine Amador de; CÁRDENAS, Hugo Vinicius Alves; GUILHEM, Dirce Bellezi. Participação social no Sistema Único de Saúde, suas potencialidades, desafios e perspectivas: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, e03642024, maio 2026. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232026315.03642024>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2026.v31n5/e03642024/pt/>.
- MOITA, Galba Freire *et al.* Controle social tutelado? Enfrentamentos e dinâmicas democráticas na implantação de organizações sociais na saúde de capital do Nordeste do Brasil. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, [S. l.], v. 20, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.371>. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/371>.
- MOTA, Virgínia de Albuquerque *et al.* Gestão da informação para apoiar o processo decisório do controle social no Sistema Único de Saúde, Brasil. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2025. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v19i2.4368>. Disponível em: <https://www.reciiis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/4368>.
- MILANI, Maria Luiza; BAZZANELLA, Sandro Luiz. Controle social e a democracia: a saúde e o SUS brasileiro. **Profanações**, [S. l.], v. 6, n. esp., 2019. DOI: <https://doi.org/10.24302/prof.v6iEd.%20esp..2492>. Disponível em: <https://periodicos.unc.br/index.php/prof/article/view/2492>.
- RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Conferências de saúde: metassíntese de boas práticas, obstáculos e recomendações a partir de experiências no Brasil, 1986-2016. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 1, e181084, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181084>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2020.v29n1/e181084/>.
- REZENDE, Larissa de Araujo; FROIS, Rebecca de Araujo. Políticas públicas e controle social em saúde no Brasil em 2025: desafios, avanços institucionais e diálogo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Revista Regeo - Interdisciplinar**, [S. l.], v. 17, n. 1, 2026. DOI: <https://doi.org/10.56238/revgeov17n1-057>. Disponível em: <https://revistageo.com.br/revgeov/article/view/1296>.
- SANTOS JÚNIOR, Claudio José dos; SILVA, John Victor dos Santos; GOMES, Valmir de Melo; RIBEIRO, Mara Cristina. Participação popular na gestão do SUS: construção de um projeto de intervenção para fortalecimento do controle social. **Diversitas Journal**, [S. l.], v. 5, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17648/diversitas-journal-v5i2-790>. Disponível em: https://diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/790.
- SILVA, Rita de Cássia Costa da; NOVAIS, Maykon Anderson Pires de; ZUCCHI, Paola. Social participation in the Unified Health System of Brazil: an exploratory study on the adequacy of health councils to Resolution 453/2012. **BMC Health Services Research**, [S. l.], v. 21, art. 1120, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07161-1>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07161-1>.





CONIESP

II Congresso Nacional de
Inovação em Educação e
Saúde Pública

CAPÍTULO 2

CANNABIS MEDICINAL NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA: ACESSO AO TRATAMENTO E PERSPECTIVAS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Alexandre Maslinkiewicz¹; Dhouglas Diniz Mota²; Karla Suzany Oliveira de Andrade³; Gabriel Lopes Madeira Nascimento⁴; Eliane Valéria Nascimento da Silva⁵; Lucas Geovanny Costa⁶; Wendy Epifano Sarmiento Fernandes⁷; Damiana Maria Minhaqui da Conceição⁸; Wesley Epifanio Sarmiento⁹; Onayane dos Santos Oliveira¹⁰.



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



CANNABIS MEDICINAL NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA: ACESSO AO TRATAMENTO E PERSPECTIVAS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Alexandre Maslinkiewicz¹; Dhouglas Diniz Mota²; Karla Suzany Oliveira de Andrade³; Gabriel Lopes Madeira Nascimento⁴; Eliane Valéria Nascimento da Silva⁵; Lucas Geovanny Costa⁶; Wendy Epifano Sarmento Fernandes⁷; Damiana Maria Minhaqui da Conceição⁸; Wesley Epifanio Sarmento⁹; Onayane dos Santos Oliveira¹⁰.

¹ Especialização em Vigilância e Cuidado em Saúde no Enfrentamento da COVID-19 e outras Doenças pela Universidade Federal do Piauí, Teresina – PI, Brasil, E-mail: alexmaslin@ufpi.edu.br

² Graduado em Medicina pela Universidade Católica de Brasília-UCB, Goiânia- Goiás, Brasil, Email: dhoughlasdmota@hotmail.com.

³ Graduada em Medicina pela Escola Baiana de Medicina, Salvador – Bahia, Brasil. E-mail: karlasuzany@gmail.com

⁴ Especialista em Farmácia Hospitalar e Clínica pelo Instituto de Ciência Tecnologia e Qualidade (ICTQ). Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: gabriellopesmadeira@hotmail.com.

⁵ Especialista em ginecologia e obstetrícia - Faculdade dos Palmares. E-mail: elianevalerian@gmail.com

⁶ Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Goiás. E-mail: geo.lucass@egresso.ufg.br

⁷ Graduada em Farmácia pela FASP - Faculdade São Francisco da Paraíba, Cajazeiras – Paraíba, Brasil. E-mail: wendysarmento@hotmail.com

⁸ Mestranda em Gerontologia pela UFPB. E-mail: damianaminhaqui@hotmail.com

⁹ Mestre em Meio Ambiente e Tecnologia pela Universidade Federal de Campina Grande, Pereiros, Pombal - PB, Brasil. E-mail: weslleyep@yahoo.com.br

¹⁰ Doutora em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários pela Universidade Federal do Pará-UFPA. E-mail: onayane.santos.oliveira@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a cannabis medicinal no contexto da saúde pública, abordando os mecanismos de acesso ao tratamento e as perspectivas de sua incorporação ao SUS, com atenção à regulação sanitária, à assistência farmacêutica, à judicialização, à produção nacional e aos princípios de universalidade, integralidade e equidade. **MÉTODOS:** Revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório. A busca foi realizada nas bases BVS, LILACS, SciELO e MEDLINE/PubMed. Foram incluídas publicações completas, em português, inglês ou espanhol, divulgadas entre 2020 e 2026 e relacionadas ao uso medicinal da cannabis na saúde pública. Oito publicações foram avaliadas, das quais sete compuseram a amostra final. As informações foram submetidas à leitura exploratória, analítica e interpretativa. **RESULTADOS:** Identificaram-se barreiras econômicas, regulatórias, farmacêuticas e organizacionais, expressas pelos custos elevados, dependência de importações, baixa padronização das formulações, insegurança jurídica e insuficiência de prescritores capacitados. A judicialização favorece respostas individuais, porém não assegura acesso equitativo. Experiências em serviços públicos demonstraram viabilidade assistencial, melhora da qualidade de vida e ausência de eventos adversos graves, embora persistam limitações de infraestrutura e acompanhamento. **CONCLUSÃO:** A incorporação da cannabis medicinal ao SUS requer protocolos clínicos, avaliação tecnológica, farmacovigilância, produção nacional regulada, capacitação profissional e financiamento





contínuo. O estudo contribui ao integrar dimensões clínicas, sanitárias, econômicas e jurídicas necessárias à formulação de uma política pública segura e equitativa.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Cannabis; Canabidiol; Maconha Medicinal; Saúde Pública.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze medicinal cannabis within the context of public health, addressing mechanisms for accessing treatment and prospects for its incorporation into the Unified Health System (SUS), with a focus on health regulation, pharmaceutical services, judicialization, domestic production, and the principles of universality, comprehensiveness, and equity. **METHODS:** A narrative literature review with a qualitative approach and a descriptive-exploratory nature. Searches were conducted in the BVS, LILACS, SciELO, and MEDLINE/PubMed. Full-text publications in Portuguese, English, or Spanish, released between 2020 and 2026 and related to the medicinal use of cannabis in public health, were included. Eight publications were evaluated, seven of which comprised the final sample. The information underwent exploratory, analytical, and interpretive reading. **RESULTS:** Economic, regulatory, pharmaceutical, and organizational barriers were identified, manifested as high costs, reliance on imports, low standardization of formulations, legal uncertainty, and a shortage of trained prescribers. Judicialization favors individual responses but does not ensure equitable access. Experiences within public health services demonstrated clinical feasibility, improved quality of life, and an absence of serious adverse events, although limitations regarding infrastructure and patient monitoring persist. **CONCLUSION:** Incorporating medicinal cannabis into the SUS requires clinical protocols, health technology assessment, pharmacovigilance, regulated domestic production, professional training, and sustained funding. This study contributes by integrating the clinical, regulatory, economic, and legal dimensions necessary to formulate a safe and equitable public policy.

Keywords: Access to Health Services; Cannabis; Canabidiol; Medical Marijuana; Public Health.

1. INTRODUÇÃO

A utilização terapêutica da Cannabis sativa tem adquirido maior relevância no campo da saúde pública em razão do avanço das pesquisas sobre os canabinoides e da ampliação da procura por tratamentos destinados a condições crônicas, neurológicas e refratárias. Entre os componentes mais estudados encontram-se o canabidiol e o tetraidrocanabinol, substâncias que apresentam características farmacológicas distintas e cuja aplicação clínica exige prescrição, acompanhamento profissional e controle sanitário adequado, afastando-se do uso recreativo atribuído historicamente à planta (Silva; Lourenço, 2023).





Embora o uso medicinal da Cannabis tenha registros históricos antigos, sua inserção nos sistemas contemporâneos de saúde permanece influenciada pelo processo de criminalização ocorrido ao longo do século XX. No Brasil, a associação da planta a concepções morais, sociais e penais contribuiu para restringir a pesquisa científica, a produção farmacêutica e o desenvolvimento de políticas direcionadas ao uso terapêutico, de modo que a retomada desse debate envolve não apenas aspectos clínicos, mas também questões históricas, jurídicas e institucionais (Dias, 2023).

O interesse sanitário pelos derivados da Cannabis relaciona-se à busca por alternativas terapêuticas para pacientes que não alcançam respostas satisfatórias com os tratamentos convencionais ou apresentam efeitos adversos relevantes. No caso da dor crônica, estimada em mais de dois bilhões de pessoas no mundo, estudos brasileiros registram prevalências entre 23,02% e 76,17%, com maior ocorrência entre mulheres e idosos, circunstância que demonstra a dimensão desse problema e a necessidade de ampliar as possibilidades de cuidado disponíveis nos serviços de saúde (Silva; Lourenço, 2023).

Além da dor persistente, produtos contendo canabinoides têm sido considerados em discussões relativas a doenças neurológicas, síndromes refratárias e outras condições que demandam acompanhamento prolongado. Essa ampliação das possibilidades terapêuticas exige prudência na interpretação das evidências, definição de indicações clínicas, padronização das formulações, monitoramento de eventos adversos e qualificação dos profissionais responsáveis pela prescrição, pois a incorporação de qualquer tecnologia ao cuidado público deve estar fundamentada em critérios de eficácia, segurança, qualidade e relevância sanitária (Conceição *et al.*, 2026).

No Brasil, a regulação sanitária avançou gradualmente a partir da autorização excepcional para importação individual de produtos contendo canabidiol e da posterior publicação de normas referentes à fabricação, importação, comercialização, prescrição e dispensação. A Resolução da Diretoria Colegiada nº 327, de 2019, representou um marco nesse percurso ao estabelecer requisitos para produtos de Cannabis destinados a finalidades medicinais, porém a construção normativa ainda não corresponde a uma política nacional plenamente integrada à assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS) (Villas Bôas; Rezende, 2020; Brasil, 2022).





O modelo regulatório vigente possibilitou novas formas legais de obtenção do tratamento, mas preservou forte dependência de produtos importados, autorizações administrativas e aquisições realizadas diretamente pelos pacientes. Os custos da importação, das consultas especializadas e da manutenção prolongada da terapia dificultam a continuidade do cuidado, sobretudo para famílias de menor renda, produzindo uma situação na qual a existência formal de autorização sanitária não assegura, por si só, acesso material e regular aos medicamentos prescritos (Dias, 2023).

A desigualdade econômica associada ao tratamento torna a cannabis medicinal uma questão pertinente aos princípios de universalidade, integralidade e equidade que estruturam o SUS. Quando o acesso depende predominantemente da capacidade individual de pagamento, pacientes com necessidades clínicas semelhantes passam a receber oportunidades terapêuticas distintas, o que amplia disparidades já existentes na assistência à saúde e transfere às famílias a responsabilidade por obter uma tecnologia cujo uso pode estar relacionado à manutenção da funcionalidade, ao controle de sintomas e à melhoria da qualidade de vida (Brasilino; Pedreira, 2025).

Nesse cenário, a judicialização passou a constituir uma das vias utilizadas para solicitar o custeio de produtos derivados da Cannabis, autorizações de importação e permissões relacionadas ao cultivo destinado ao tratamento. Embora as decisões judiciais possam assegurar respostas individuais diante de necessidades imediatas, a utilização recorrente desse mecanismo evidencia a ausência de fluxos assistenciais uniformes, gera respostas fragmentadas e pode produzir diferenças entre pacientes conforme o acesso à informação, à representação jurídica e aos serviços capazes de documentar a indicação clínica (Souza, 2022).

A possível disponibilização desses produtos no SUS requer avaliação semelhante à aplicada às demais tecnologias em saúde, considerando evidências científicas, população beneficiada, alternativas terapêuticas existentes, impacto orçamentário e capacidade de acompanhamento dos usuários. Esse processo não deve ser reduzido à autorização de compra ou dispensação, pois envolve protocolos clínicos, farmacovigilância, definição de responsabilidades entre os entes federativos, organização da assistência farmacêutica e estabelecimento de critérios transparentes para garantir segurança e continuidade terapêutica (Conceição *et al.*, 2026).





Também se torna necessário fortalecer a produção nacional, pois a dependência de insumos e produtos estrangeiros eleva os custos e compromete a regularidade do acesso. A integração entre pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, regulação sanitária e capacidade produtiva pode inserir a cannabis medicinal nas políticas de inovação em saúde, reconhecendo seus derivados como tecnologias estratégicas para atender às necessidades da população brasileira (Villas Bôas; Rezende, 2020).

A relevância deste estudo fundamenta-se, portanto, na necessidade de compreender como o atual modelo de acesso repercute sobre a equidade, a continuidade do tratamento e a organização dos serviços públicos. A inexistência de uma política nacional abrangente, associada aos custos elevados, às diferenças regulatórias entre os estados e à dependência de demandas judiciais, dificulta a construção de respostas homogêneas e torna indispensável discutir alternativas compatíveis com o direito constitucional à saúde e com a capacidade institucional do SUS (Medeiros; Lamy, 2024).

Diante disso, o problema de pesquisa concentra-se nas barreiras regulatórias, econômicas e organizacionais que limitam o acesso equitativo aos tratamentos à base de Cannabis e dificultam sua inserção planejada no sistema público de saúde. O estudo tem como objetivo analisar a cannabis medicinal no contexto da saúde pública, abordando os mecanismos de acesso ao tratamento e as perspectivas de sua incorporação ao SUS, com atenção à regulação sanitária, à assistência farmacêutica, à judicialização, à produção nacional e aos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório. Esse delineamento foi escolhido por permitir a reunião e a interpretação de publicações com diferentes métodos, como revisões narrativas, pesquisas documentais e jurídicas, análises regulatórias, artigos de perspectiva e relatos de experiência assistencial. A diversidade das fontes possibilitou examinar dimensões clínicas, farmacêuticas, econômicas, jurídicas e organizacionais relacionadas à cannabis medicinal no âmbito da saúde pública.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and*





Retrieval System Online (MEDLINE), acessada por meio do PubMed. As bases foram selecionadas por reunirem publicações nacionais e internacionais relacionadas à saúde pública, à assistência farmacêutica, à regulação sanitária, às tecnologias em saúde e ao uso terapêutico de derivados da cannabis.

Foram utilizados os descritores dos Descritores em Ciências da Saúde e seus correspondentes no *Medical Subject Headings*: “Cannabis” (*Cannabis*), “Canabidiol” (*Canabidiol*), “Maconha Medicinal” (*Medical Marijuana*), “Acesso aos Serviços de Saúde” (*Health Services Accessibility*) e “Saúde Pública” (*Public Health*). O termo “Sistema Único de Saúde” e sua forma abreviada “SUS” também foram empregados como palavras livres, devido à especificidade do sistema público brasileiro e à necessidade de recuperar estudos diretamente relacionados à realidade nacional.

Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*, com adaptação ao idioma e à indexação de cada base. Entre as estratégias utilizadas, destacaram-se: (“Cannabis” *OR* “Canabidiol” *OR* “Maconha Medicinal”) *AND* (“Acesso aos Serviços de Saúde” “Saúde Pública” *OR* “Sistema Único de Saúde”) e (“Cannabis” *OR* “Canabidiol” *OR* “Medical Marijuana”) *AND* (“Health Services Accessibility” *OR* “Public Health”). Também foram aplicados os termos “regulação sanitária”, “assistência farmacêutica” e “judicialização” em combinações específicas.

Foram incluídas publicações divulgadas entre 2020 e 2026, disponíveis integralmente em português, inglês ou espanhol e diretamente relacionadas à cannabis medicinal no contexto da saúde pública. Consideraram-se estudos sobre acesso ao tratamento, regulação sanitária, qualidade e segurança dos produtos, assistência farmacêutica, judicialização, avaliação de tecnologias, produção nacional, formação profissional e experiências desenvolvidas em serviços públicos. Também foram aceitas publicações internacionais quando seus modelos regulatórios contribuíam para a compreensão do cenário brasileiro.

Foram excluídos estudos duplicados, textos sem autoria identificada, publicações exclusivamente opinativas e trabalhos voltados ao uso recreativo da cannabis. Também foram retiradas pesquisas limitadas aos aspectos agrônômicos, laboratoriais ou farmacológicos, sem relação com o acesso ou com a organização da assistência pública. A seleção ocorreu mediante leitura dos títulos e resumos, seguida da avaliação integral





dos textos elegíveis. Oito publicações foram examinadas, das quais sete compuseram a amostra final e uma foi excluída por não atender aos critérios definidos.

A coleta contemplou autoria, ano, delineamento, objetivo e principais resultados de cada estudo. As informações foram analisadas por meio de leitura exploratória, analítica e interpretativa, considerando convergências e divergências entre os autores. Por utilizar fontes públicas, sem participantes ou dados identificáveis, não foi necessária apreciação por Comitê de Ética. As limitações envolveram o número reduzido de estudos, a diversidade metodológica, a possível ausência de publicações de outras bases e as frequentes mudanças regulatórias sobre a cannabis medicinal.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seleção documental resultou na inclusão de sete publicações relacionadas ao acesso, à regulação, à segurança e às possibilidades de inserção da cannabis medicinal no SUS. Uma publicação foi excluída por não atender aos critérios definidos para a análise. O conjunto final reuniu revisão regulatória, revisões narrativas, artigo de perspectiva, pesquisa documental, análise jurídica e relato de experiência assistencial. Essa composição permitiu examinar os entraves farmacêuticos, econômicos, jurídicos e organizacionais que condicionam a oferta pública desses tratamentos.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos incluídos

Autor e ano	Delineamento	Objetivo	Principais resultados
Souza, Henriques e Limberger (2022)	Revisão de literatura e análise comparativa	Examinar modelos internacionais de regulação da cannabis medicinal, com ênfase no Brasil	Foram identificados 36 países com regulamentação implantada e 16 com modelos em desenvolvimento. No Brasil, permanecem lacunas relacionadas ao cultivo, à pesquisa científica, à qualidade dos produtos e ao acesso.
Nishida e Cavedini (2023)	Pesquisa qualitativa e documental	Analisar a avaliação de derivados da cannabis pela Conitec e as respectivas consultas públicas	A incorporação de produtos destinados à esclerose múltipla e à epilepsia refratária foi recusada devido à insuficiência das evidências apresentadas.
		Examinar o potencial terapêutico da cannabis em	O CBD e o THC apresentam possibilidades terapêuticas, porém a





Aquino <i>et al.</i> (2025)	Revisão narrativa	doenças neurológicas e sua possível integração ao SUS	inserção no SUS depende de regulação, produção controlada, distribuição e acompanhamento clínico.
Costa (2025)	Revisão narrativa, normativa e institucional	Analisar os desafios farmacêuticos, regulatórios e éticos da cannabis medicinal no Brasil	Foram identificados problemas de padronização, dependência de importações, formação profissional insuficiente, judicialização e insegurança jurídica.
Lira <i>et al.</i> (2025)	Relato de experiência	Descrever a atuação de um ambulatório público universitário de cannabis medicinal	Foram realizados 376 atendimentos, principalmente para dor crônica, fibromialgia e ansiedade, com limitações relacionadas à infraestrutura, aos prescritores e ao apoio institucional.
Santana <i>et al.</i> (2025)	Artigo de perspectiva	Discutir regulação, acesso, qualidade e segurança no uso terapêutico de derivados da cannabis	A categoria provisória de produto de cannabis limita exigências clínicas, rastreabilidade e farmacovigilância, demandando integração com a assistência farmacêutica.
Farias e Lamy (2025)	Pesquisa bibliográfica, documental e jurídica	Examinar o conflito entre autonomia médica, restrições do CFM e direito à saúde	As limitações à prescrição produzem insegurança jurídica e favorecem uma judicialização influenciada pela renda e pelo acesso à representação jurídica.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Souza, Henriques e Limberger (2022) verificaram que os modelos regulatórios internacionais apresentam diferenças quanto ao cultivo, aos produtos autorizados, às exigências técnicas e às formas de distribuição. No Brasil, as normas publicadas desde 2015 ampliaram as possibilidades de importação e comercialização, mas não solucionaram as restrições ao cultivo medicinal e científico. A permanência dessas limitações mantém o país dependente de produtos estrangeiros e reduz a capacidade nacional de desenvolver formulações adaptadas às necessidades clínicas da população atendida pelo SUS.

Costa (2025) relaciona o elevado custo dos tratamentos à dependência de matérias-primas importadas, à complexidade dos processos regulatórios e à reduzida produção farmacêutica nacional. O autor também identifica dificuldades na padronização das formulações, uma vez que fatores relacionados ao cultivo, à extração e ao armazenamento alteram a concentração dos canabinoides. Essas variações comprometem





a definição de doses reprodutíveis e dificultam a comparação entre produtos comercializados, tornando necessária a criação de parâmetros técnicos mais consistentes para uma futura oferta pública.

Santana *et al.* (2025) diferenciam os medicamentos registrados dos produtos autorizados provisoriamente pela RDC nº 327/2019 e das preparações produzidas por associações. Os medicamentos devem apresentar comprovação de eficácia, segurança e qualidade, enquanto as demais categorias possuem exigências sanitárias distintas. Essa diversidade repercute na rastreabilidade, no controle das concentrações e na identificação de eventos adversos. A ausência de um sistema integrado de farmacovigilância reduz a capacidade de acompanhar os resultados clínicos e corrigir problemas durante o tratamento.

Aquino *et al.* (2025) descrevem propriedades anticonvulsivantes, anti-inflamatórias, ansiolíticas e analgésicas relacionadas principalmente ao canabidiol, enquanto o tetraidrocanabinol apresenta efeitos analgésicos, antieméticos e psicoativos. Essas características sustentam sua utilização em condições neurológicas, especialmente quando as terapias convencionais não proporcionam controle satisfatório. Contudo, os autores diferenciam as respostas conforme a formulação, a concentração e o diagnóstico, afastando a aplicação indiscriminada dos derivados e defendendo acompanhamento clínico durante a titulação das doses.

Lira *et al.* (2025) registraram 376 atendimentos em um ambulatório de cannabis medicinal vinculado à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com maior procura relacionada à dor crônica, à fibromialgia e à ansiedade. Os pacientes relataram melhora na qualidade de vida, e não foram documentados eventos adversos graves durante o acompanhamento. Náuseas e sonolência ocorreram de maneira leve e transitória. Entretanto, a falta de retorno de parte dos usuários impediu esclarecer se a interrupção decorreu dos custos, de resultados insatisfatórios ou de dificuldades de acesso.

Nishida e Cavedini (2023) examinaram as avaliações realizadas pela Conitec para a incorporação de derivados destinados à esclerose múltipla e à epilepsia refratária. As recomendações foram desfavoráveis em razão da baixa qualidade atribuída às evidências, das incertezas sobre os benefícios clínicos e das limitações econômicas apresentadas. Nas consultas públicas, pacientes, familiares e associações contestaram a decisão e





defenderam a consideração de resultados relacionados à funcionalidade, à redução de crises e à qualidade de vida observada durante o tratamento.

Farias e Lamy (2025) identificam uma tensão entre a autonomia médica e as restrições estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) para a prescrição de canabinoides. A limitação das indicações produz insegurança entre os profissionais e dificulta o atendimento de pacientes com outras condições clínicas para as quais existem possibilidades terapêuticas. Como consequência, parte dos usuários procura atendimento particular ou recorre ao Poder Judiciário para obter autorização, importação ou fornecimento estatal, evidenciando a ausência de uma resposta administrativa uniforme.

Ao retomarem o cenário regulatório, Souza, Henriques e Limberger (2022) defendem que o acesso deve estar associado à qualidade farmacêutica, à segurança e à capacidade de atender às necessidades dos pacientes. Costa (2025) complementa que a ampliação da disponibilidade sem padronização pode expor os usuários a produtos com concentrações imprecisas ou contaminantes. As duas análises convergem quanto à necessidade de fortalecer a pesquisa clínica nacional, regulamentar a produção e estabelecer critérios de controle que permitam ampliar o acesso sem reduzir as exigências sanitárias.

Santana *et al.* (2025) atribuem à assistência farmacêutica funções relacionadas à seleção dos produtos, à dispensação, à rastreabilidade e ao monitoramento das reações adversas. Aquino *et al.* (2025) acrescentam que o acompanhamento deve considerar interações medicamentosas, alterações de dose e respostas diferentes entre pacientes. A convergência entre essas abordagens demonstra que a incorporação ao SUS não pode limitar-se à aquisição dos derivados, devendo compreender protocolos clínicos, acompanhamento longitudinal e registros capazes de produzir informações nacionais sobre efetividade e segurança em condições reais de uso.

Lira *et al.* (2025) demonstram que a criação de serviços públicos especializados é viável, mas sua continuidade depende de infraestrutura, financiamento e disponibilidade de prescritores capacitados. Nishida e Cavedini (2023) revelam que a ausência de incorporação nacional mantém o acesso fragmentado entre decisões estaduais, compras judiciais, importações e associações. A articulação dessas contribuições mostra que experiências locais podem ampliar o cuidado e formar profissionais, porém não





substituem uma política nacional capaz de assegurar critérios comuns de prescrição, dispensação e acompanhamento.

Farias e Lamy (2025) argumentam que a judicialização assegura tratamentos individuais, mas favorece pacientes com maior acesso à informação, recursos financeiros e representação jurídica. Esse mecanismo não garante distribuição equitativa e pode obrigar o Estado a realizar aquisições de alto custo sem planejamento assistencial. A perspectiva para o SUS exige substituir respostas isoladas por uma política estruturada, com produção regulada, avaliação tecnológica transparente, formação profissional, farmacovigilância e definição das condições clínicas elegíveis, preservando o direito à saúde e a segurança.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso à cannabis medicinal no Brasil permanece condicionado por barreiras regulatórias, econômicas e organizacionais. Apesar da ampliação das possibilidades de importação, comercialização e prescrição, a continuidade do tratamento ainda depende da renda dos pacientes, da disponibilidade de prescritores e da existência de iniciativas locais. Sua incorporação ao SUS exige critérios clínicos definidos, avaliação tecnológica, assistência farmacêutica estruturada e acompanhamento sistemático.

A dependência de produtos importados, a falta de padronização das formulações e as diferenças de concentração e rastreabilidade elevam os custos e dificultam a segurança terapêutica. A judicialização viabiliza atendimentos individuais, porém não organiza o acesso coletivo e pode ampliar desigualdades. A oferta em serviços públicos mostra-se possível, mas sua continuidade requer financiamento, infraestrutura, capacitação profissional e apoio institucional.

A contribuição deste trabalho está na articulação das dimensões clínica, sanitária, farmacêutica, econômica e jurídica envolvidas na oferta desses tratamentos. A inserção da cannabis medicinal no SUS não deve ocorrer de forma indiscriminada nem permanecer restrita às demandas judiciais. Uma política estruturada poderá ampliar a continuidade do cuidado, reduzir desigualdades e oferecer alternativas terapêuticas a pacientes sem resposta satisfatória aos tratamentos convencionais.

Entre as limitações estão o número reduzido de publicações, a diversidade metodológica e a escassez de pesquisas brasileiras com acompanhamento prolongado. Recomenda-se ampliar investigações clínicas e observacionais sobre efetividade, segurança, qualidade de vida e continuidade terapêutica, além de análises de custo-efetividade e impacto orçamentário. Também são necessárias pesquisas sobre produção nacional e organização de serviços públicos voltados a essa terapêutica.





REFERÊNCIAS

- AQUINO, Pedro Everson Alexandre de *et al.* Therapeutic potential and challenges of Cannabis sativa in neurological disorders: pathways to integration into health systems. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, [S. l.], v. 27, 2025. DOI: <https://doi.org/10.70151/np6wdt13>. Disponível em: <https://rbpm.emnuvens.com.br/revista/article/view/169>.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa autoriza mais três produtos derivados de Cannabis. **Brasília, DF: Anvisa**, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/anvisa-autoriza-mais-tres-produtos-derivados-de-cannabis>.
- BRASILINO, Lidiane Rossely Castro de Souza; PEDREIRA, Ana Maria. A democratização do acesso à Cannabis medicinal pela adoção do tratamento ao SUS. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], p. 16-201, 2025. E-book. ISBN 978-65-6054-228-0. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/20863>.
- CONCEIÇÃO, Rosângela da Silva *et al.* Canabidiol no contexto da saúde coletiva: evidências científicas, regulação, acesso e implicações para as políticas públicas de saúde no Brasil. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, [S. l.], v. 7, n. 3, 2026. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v7i3.7345>. Disponível em: <https://recima21.com.br/recima21/article/view/7345>.
- COSTA, Sandro Pinheiro da. Cannabis medicinal: desafios farmacêuticos e regulatórios no cenário brasileiro atual. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 7, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n7-160>. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/6564>.
- DIAS, Talita Honória Moreira Martins. A tutela constitucional do direito fundamental à saúde e o acesso à cannabis medicinal. 2023. 71 f. **Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Jurídicas e Sociais – Direito) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais**, Universidade Federal de Campina Grande, Sousa, PB, 2023. Disponível em: <https://dspace.sti.ufcg.edu.br/handle/riufcg/33073>.
- LIRA, Claudia Cazal; ARAÚJO, Evani de Lemos; ALMEIDA, Rodrigo Cariri Chalegre de; VIEIRA, Vinícius Batista. Ambulatório de Cannabis medicinal: conquistas, desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Cannabis**, [S. l.], v. 4, n. 1, 2025. DOI: <https://doi.org/10.58731/2965-0771.2025.65>. Disponível em: <https://revistacannabis.med.br/sbec/article/view/65>.
- MEDEIROS, Glória Emanuele Silva; LAMY, Marcelo. Produtos à base de cannabis: regulação no Brasil e possibilidade de fornecimento pelo Sistema Único de Saúde para pacientes com dores crônicas. **UNISANTA Law and Social Science**, Santos, v. 13, n. 2, p. 1-15, 2024. DOI: <https://doi.org/10.66221/v13n2p1>. Disponível em: <https://periodicos.unisanta.br/LSS/article/view/2472>.
- NISHIDA, Lucas; CAVEDINI, Roberta Custodio. Disputando as evidências, negando a pertinência: o processo para incorporação dos derivados de Cannabis no SUS. **Mediações**, Londrina, v. 28, n. 3, e48571, set./dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2023v28n3e48571>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mediacoes/a/t76VCL4ztv3fVMCLBwVXvKN/?lang=pt>.
- SOUZA, Kahyc Alexandre de Oliveira Santos. Facilitação do acesso a medicamentos derivados da Cannabis sativa. 2022. **Trabalho de Conclusão de Curso (Direito) – Escola de Direito, Negócios e Comunicação, Pontifícia Universidade Católica de Goiás**, Goiânia, 2022. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/4875>.
- SILVA, Hygor Kleber Cabral; LOURENÇO, Rafaela Fernandes. A terapia com canabinóides e perspectivas em relação ao tratamento da dor no Sistema Único de Saúde. **BrJP**, São Paulo, v. 6, supl. 1, p. S44-S48, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20230004-pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/mvnHhGfVD5RvFSKNyH3bSmB/?lang=pt>.
- SANTANA, Thais da Paixão *et al.* Medicinal, not alternative: regulation, access and safety in the therapeutic use of cannabis derivatives in Brazil. **Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia**, [S. l.], v. 10, n. 3, e00252e, 2025. DOI: <https://doi.org/10.22563/2525-7323.2025.v10.e00252e>. Disponível em: <https://www.ojs.jaff.org.br/ojs/index.php/jaff/article/view/1328>.
- SOUZA, Máira Ribeiro de; HENRIQUES, Amélia Teresinha; LIMBERGER, Renata Pereira. Medical cannabis regulation: an overview of models around the world with emphasis on the Brazilian scenario. **Journal of Cannabis Research**, [S. l.], v. 4, art. 33, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s42238-022-00142-z>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s42238-022-00142-z>.
- VILLAS BÓAS, Glauco de Kruse; REZENDE, Mayara de Azeredo. Discussão sobre o acesso aos medicamentos derivados da Cannabis à luz da inovação em saúde no Brasil. **Revista Fitos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 259-284, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32712/2446-4775.2020.960>. Disponível em: <https://revistafitos.far.fiocruz.br/index.php/revista-fitos/article/view/960>.





CONIESP

II Congresso Nacional de
Inovação em Educação e
Saúde Pública

CAPÍTULO 3

ARTICULAÇÃO ENTRE FORMAÇÃO ACADÊMICA, PRÁTICA ASSISTENCIAL E TERRITÓRIO: PERSPECTIVAS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Maria Clara da Silva Nero¹; Vitória Júlia Martins Barcelar²; Karina Brasil Wanderley³; Sarah Laís dos Santos da Silva de Oliveira⁴; Juliana Lopes de Freitas⁵; Nayara Teixeira Gomes⁶; Marttem Costa de Santana⁷; Joseane Vieira Feitos⁸; Helaine Ketlen Martins Pereira Cruz⁹; Yasmin de Freitas Dias¹⁰



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



ARTICULAÇÃO ENTRE FORMAÇÃO ACADÊMICA, PRÁTICA ASSISTENCIAL E TERRITÓRIO: PERSPECTIVAS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Maria Clara da Silva Nero¹; Vitória Júlia Martins Barcelar²; Karina Brasil Wanderley³; Sarah Laís dos Santos da Silva de Oliveira⁴; Juliana Lopes de Freitas⁵; Nayara Teixeira Gomes⁶; Marttem Costa de Santana⁷; Joseane Vieira Feitos⁸; Helaine Ketlen Martins Pereira Cruz⁹; Yasmin de Freitas Dias¹⁰

¹ UEM, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: mariaclaranero@gmail.com

² Universidade Paulista - UNIP, Tefé, Amazonas, Brasil.

³ Universidade Estadual de Roraima, Boa Vista, Roraima, Brasil.

⁴ Anhanguera, Barra da corda, Maranhão, Brasil.

⁵ Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁶ Faculdades Unidas do Norte de Minas - FUNORTE, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

⁷ UTFPR, Pesqueira, Pernambuco, Brasil.

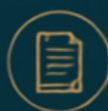
⁸ Uninta, Itapipoca, Ceará, Brasil.

⁹ Centro Universitário Christus, Fortaleza, Ceará, Brasil.

¹⁰ UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

A articulação entre formação acadêmica, prática assistencial e território constitui um elemento essencial para a qualificação da educação em saúde, pois aproxima os conhecimentos teóricos das necessidades concretas da população. Este trabalho teve como objetivo analisar as contribuições dessa articulação para a formação dos profissionais da saúde, para o trabalho colaborativo e para o desenvolvimento de práticas educativas vinculadas aos serviços e às comunidades. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa e caráter descritivo. A busca contemplou publicações entre 2022 e 2026, localizadas nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico. Foram utilizados descritores relacionados à formação acadêmica, prática assistencial, território, educação em saúde, integração ensino-serviço-comunidade e educação interprofissional, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Após a leitura dos títulos, resumos e textos completos, dez artigos compuseram a análise final. Os resultados demonstraram que a inserção dos estudantes nos serviços de saúde favorece a relação entre teoria e prática, amplia a compreensão das necessidades territoriais e fortalece a comunicação entre diferentes profissões. Também foram





identificadas limitações relacionadas à fragmentação curricular, à sobrecarga dos preceptores e à comunicação insuficiente entre instituições de ensino e serviços. Conclui-se que a integração entre universidade, assistência e território contribui para uma formação crítica, colaborativa e comprometida com a integralidade do cuidado, desde que seja sustentada por planejamento compartilhado, apoio institucional e valorização da preceptoria.

Palavras-chave: Educação em saúde; Formação profissional; Integração ensino-serviço; Território; Educação interprofissional.

ABSTRACT

The articulation between academic education, healthcare practice, and territory is essential for improving health education, as it connects theoretical knowledge with the concrete needs of the population. This study aimed to analyze the contributions of this articulation to the education of health professionals, collaborative work, and the development of educational practices linked to health services and communities. This is a narrative literature review with a qualitative and descriptive approach. The search included publications from 2022 to 2026, retrieved from SciELO, the Virtual Health Library, and Google Scholar. Descriptors related to academic education, healthcare practice, territory, health education, teaching-service-community integration, and interprofessional education were combined using the Boolean operators AND and OR. After reading the titles, abstracts, and full texts, ten articles were included in the final analysis. The results showed that students' participation in healthcare services strengthens the relationship between theory and practice, broadens the understanding of territorial needs, and improves communication among different professions. Limitations were also identified, including curriculum fragmentation, preceptor workload, and insufficient communication between educational institutions and healthcare services. It is concluded that the integration between universities, healthcare services, and territory contributes to critical, collaborative education committed to comprehensive care, provided that it is supported by shared planning, institutional support, and recognition of the preceptor's educational role.

Keywords: Health education; Professional education; Teaching-service integration; Territory; Interprofessional education.





1 INTRODUÇÃO

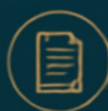
A formação dos profissionais da saúde exige integração entre conhecimentos acadêmicos, prática assistencial e compreensão das necessidades presentes nos territórios. A aproximação entre instituições de ensino, serviços e comunidade permite que os estudantes relacionem os conteúdos teóricos às situações concretas do cuidado, desenvolvendo competências técnicas, comunicacionais e colaborativas (Souza; Ely; Toassi, 2022; Rodrigues; Dalbello-Araújo; Lazarini, 2024).

Nesse contexto, o território constitui um importante espaço de aprendizagem, pois reúne condições sociais, econômicas, culturais e sanitárias que interferem nos processos de saúde e adoecimento. A participação em visitas domiciliares, ações coletivas, reuniões de equipe e discussões de casos amplia a compreensão acerca das necessidades dos usuários e favorece intervenções educativas mais próximas da realidade da população (Barbosa *et al.*, 2022; Medeiros; Forte; Toassi, 2024).

A educação interprofissional também contribui para essa articulação, estimulando a comunicação entre diferentes áreas, o reconhecimento das atribuições profissionais e o planejamento compartilhado do cuidado, pois as experiências desenvolvidas em cenários reais favorecem a troca de conhecimentos e a construção de práticas mais integradas, voltadas à integralidade da assistência (Brinco; França; Magnago, 2022; Souza; Ely; Toassi, 2022).

Apesar desses benefícios, a integração entre ensino, serviço e comunidade ainda enfrenta obstáculos relacionados à fragmentação curricular, à incompatibilidade de horários, à comunicação insuficiente entre instituições e à sobrecarga dos profissionais responsáveis pela preceptoria (Benevides *et al.*, 2023; Farinha *et al.*, 2023; Pereira *et al.*, 2022). Além disso, a ausência de planejamento e pactuação pode reduzir a presença dos estudantes nos serviços ao cumprimento de carga horária, sem promover uma formação efetivamente integrada (Zarpelon; Batista, 2022).

Por outro lado, experiências baseadas no diálogo, na gestão compartilhada e na definição coletiva das responsabilidades demonstram que a integração pode fortalecer tanto a formação quanto a assistência oferecida à comunidade (Negrini; Rossit, 2024). Dessa maneira, torna-se necessário compreender quais condições favorecem a articulação entre universidade, serviços e território.





Diante disso, o presente trabalho parte da seguinte questão: de que maneira a articulação entre formação acadêmica, prática assistencial e território pode contribuir para a educação em saúde? Assim, tem como objetivo analisar as contribuições dessa articulação para a formação dos profissionais, para o trabalho colaborativo e para o desenvolvimento de práticas educativas vinculadas às necessidades dos serviços e das comunidades.

2 METODOLOGIA

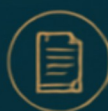
O presente trabalho caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa e caráter descritivo, realizada com a finalidade de analisar a articulação entre formação acadêmica, prática assistencial e território, considerando suas contribuições para a educação em saúde. A revisão narrativa possibilita reunir, interpretar e comparar diferentes produções científicas, permitindo uma compreensão contextualizada do tema investigado.

A busca bibliográfica contemplou publicações divulgadas entre 2022 e 2026, sendo realizada em julho de 2026 nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Essas fontes foram escolhidas por reunirem publicações nacionais relacionadas à formação dos profissionais da saúde, à educação interprofissional e à integração entre ensino, serviço e comunidade.

Foram utilizadas as palavras-chave “formação acadêmica”, “prática assistencial”, “território”, “educação em saúde”, “integração ensino-serviço-comunidade” e “educação interprofissional”. A estratégia de busca foi estruturada por meio dos operadores booleanos AND e OR, permitindo ampliar ou delimitar os resultados conforme a relação entre os termos.

Os principais intercruzamentos utilizados foram: “formação acadêmica” AND “prática assistencial”; “formação em saúde” AND território; “educação em saúde” AND território; “integração ensino-serviço-comunidade” AND formação; “educação interprofissional” AND prática assistencial; e “formação acadêmica” OR “educação interprofissional” AND “serviços de saúde”.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos científicos publicados entre 2022 e 2026, disponíveis integralmente em português e relacionados diretamente à formação dos profissionais da saúde, à prática assistencial, ao território, à educação





interprofissional ou à integração entre ensino, serviço e comunidade. Também foram priorizadas publicações que apresentavam resultados aplicáveis à formação acadêmica, à gestão dos serviços e às práticas de educação em saúde.

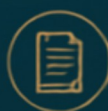
Foram excluídas publicações duplicadas, artigos indisponíveis na íntegra, editoriais, resenhas, capítulos de livros, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses, resumos publicados em eventos e textos que não possuíam relação direta com o objetivo proposto. Também foram retiradas as publicações anteriores a 2022 ou que abordavam a educação em saúde sem estabelecer relação com a formação, a assistência ou o território.

Considerando a proposta da revisão narrativa, foram utilizados os dez artigos que atenderam aos critérios estabelecidos e apresentaram maior pertinência temática. As bases SciELO, BVS e Google Acadêmico foram consultadas de maneira complementar, reconhecendo-se que uma mesma publicação poderia estar indexada em mais de uma fonte. Por causa disso, os resultados repetidos não foram contabilizados como artigos diferentes, sendo mantido somente um registro de cada publicação.

A seleção ocorreu em três etapas. Inicialmente, realizou-se a leitura dos títulos, verificando sua relação com o tema. Em seguida, foram examinados os resumos dos textos considerados pertinentes, observando-se seus objetivos, métodos e principais resultados. Por fim, os artigos selecionados foram lidos integralmente, sendo mantidos apenas aqueles que atendiam aos critérios de inclusão e contribuíam para responder ao objetivo do trabalho. Ao término desse processo, dez artigos compuseram o corpus final da revisão.

A análise ocorreu de maneira interpretativa e comparativa, identificando aproximações, diferenças e limitações entre os resultados apresentados nas publicações. Os achados foram organizados em quatro eixos temáticos: formação acadêmica e prática assistencial; território e educação em saúde; educação interprofissional e trabalho colaborativo; e desafios curriculares, institucionais e gerenciais relacionados à integração ensino-serviço-comunidade.

Por utilizar exclusivamente informações disponíveis em publicações científicas de acesso público, sem participação direta de seres humanos, coleta de dados pessoais ou realização de intervenções, o trabalho não precisou ser submetido a um Comitê de Ética





em Pesquisa. Entretanto, foram respeitados os princípios de integridade acadêmica, autoria e correta indicação das fontes consultadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

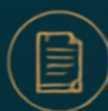
A análise das dez publicações selecionadas permitiu organizar os resultados em quatro eixos articulados: a aproximação entre formação acadêmica e prática assistencial; o território como espaço formativo e orientador da educação em saúde; a interprofissionalidade como fundamento do cuidado colaborativo; e os desafios institucionais, curriculares e gerenciais que limitam a integração entre ensino, serviço e comunidade.

Em conjunto, os artigos demonstram que a formação desenvolvida em cenários reais amplia a compreensão dos estudantes acerca das necessidades de saúde da população, porém sua efetividade depende da existência de planejamento compartilhado, acompanhamento docente, preceptoria qualificada e compromisso institucional entre universidades, gestores, trabalhadores e comunidades (Barbosa *et al.*, 2022; Pereira *et al.*, 2022; Rodrigues; Dalbello-Araújo; Lazarini, 2024).

3.1 Formação acadêmica e aproximação com a prática assistencial

Os resultados demonstraram que a aproximação entre a universidade e os serviços de saúde contribui para reduzir a distância entre os conteúdos acadêmicos e as situações encontradas no cotidiano assistencial. Rodrigues, Dalbello-Araújo e Lazarini (2024) verificaram que a participação em experiências de integração ensino-serviço possibilita a construção de conhecimentos que ultrapassam os recursos oferecidos pelo currículo tradicional, pois coloca estudantes e profissionais diante de situações concretas, marcadas por necessidades sociais, limitações institucionais e demandas que exigem decisões compartilhadas. Tal resultado indica que o conhecimento teórico adquire maior sentido quando é confrontado com a dinâmica dos serviços, com as condições de vida dos usuários e com as responsabilidades relacionadas ao cuidado em saúde.

Souza, Ely e Toassi (2022) apresentam resultado semelhante quando analisaram uma experiência de educação interprofissional baseada na integração entre pessoas, currículos e profissões. As autoras identificaram que o contato entre estudantes de diferentes cursos favorece a compreensão das atribuições profissionais, a troca de





conhecimentos e o reconhecimento da interdependência existente entre as áreas da saúde. A formação deixa, então, de permanecer restrita ao domínio técnico de cada profissão e passa a incorporar competências relacionais, comunicacionais e colaborativas necessárias ao cuidado integral.

A comparação entre Rodrigues, Dalbello-Araújo e Lazarini (2024) e Souza, Ely e Toassi (2022) demonstra que a experiência prática produz efeitos formativos em duas dimensões complementares. A primeira relaciona-se à possibilidade de articular os conteúdos acadêmicos às necessidades observadas nos serviços, enquanto a segunda envolve o aprendizado construído na convivência entre profissões distintas.

Com isso, os cenários assistenciais deixam de funcionar somente como locais destinados à aplicação de técnicas previamente aprendidas e passam a participar da própria produção do conhecimento, permitindo que estudantes e profissionais revisem conceitos, reconheçam limites e construam respostas adequadas às condições do território (Souza; Ely; Toassi, 2022; Rodrigues; Dalbello-Araújo; Lazarini, 2024).

Barbosa *et al.* (2022) reforçam tal compreensão demonstrando que a construção de práticas colaborativas no contexto da Saúde da Família favorece o planejamento coletivo e a elaboração de intervenções direcionadas às necessidades de saúde da criança. A experiência envolveu docentes, discentes e trabalhadores de uma equipe de Saúde da Família, permitindo que diferentes conhecimentos fossem mobilizados em torno de uma demanda identificada no território. Nesse sentido, o aprendizado surgiu da interação entre os atores e da necessidade de formular respostas compartilhadas, superando a lógica segundo a qual cada profissão atua isoladamente sobre uma parte do usuário (Barbosa *et al.*, 2022).

Embora as publicações concordem quanto ao potencial formativo da prática assistencial, Benevides *et al.* (2023) identificaram uma distância entre as recomendações voltadas à educação interprofissional e sua incorporação permanente nos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde. A análise dos documentos curriculares demonstrou que as experiências interprofissionais aparecem de forma limitada, muitas vezes associadas a atividades extensionistas, projetos específicos ou iniciativas que alcançam somente uma parcela dos estudantes.

Desse modo, enquanto Barbosa *et al.* (2022), Souza, Ely e Toassi (2022) e Rodrigues, Dalbello-Araújo e Lazarini (2024) apresentam os benefícios produzidos por





experiências integradas, Benevides *et al.* (2023) mostram que tais oportunidades ainda não se encontram distribuídas de maneira uniforme nos percursos formativos.

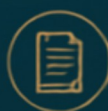
Importante salientar que atividades pontuais podem gerar aprendizagens relevantes, mas não asseguram a transformação estrutural da formação em saúde. Quando a aproximação com os serviços depende exclusivamente de programas temporários, disciplinas eletivas ou da iniciativa de determinados docentes, mantém-se o risco de que grande parte dos estudantes conclua a graduação sem vivenciar relações interprofissionais consistentes. A integração entre formação acadêmica e prática assistencial precisa, portanto, constituir um princípio contínuo do currículo, atravessando diferentes componentes e períodos da graduação, em vez de permanecer concentrada em experiências isoladas (Benevides *et al.*, 2023; Brinco; França; Magnago, 2022).

3.2 Território como espaço formativo e orientador da educação em saúde

O território apareceu nas publicações como uma realidade social, cultural, econômica e sanitária que interfere na forma como os processos de saúde e adoecimento são produzidos. A inserção dos estudantes nos serviços de Atenção Primária permite conhecer condições de moradia, redes de apoio, vulnerabilidades, recursos comunitários e dificuldades de acesso que dificilmente seriam compreendidos por meio de conteúdos exclusivamente teóricos. Por causa disso, a formação no território amplia a capacidade de interpretar as demandas dos usuários e favorece a construção de ações de educação em saúde coerentes com as experiências da população (Barbosa *et al.*, 2022; Medeiros; Forte; Toassi, 2024).

Medeiros, Forte e Toassi (2024), analisando uma Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde, identificaram que reuniões de equipe, discussões de casos, visitas domiciliares, atividades coletivas e reconhecimento territorial constituem espaços relevantes para a aprendizagem interprofissional.

Tais vivências permitem que os residentes compreendam a complexidade das necessidades apresentadas pelos usuários, articulando conhecimentos clínicos, sociais e comunitários. A aprendizagem compartilhada surge, desse modo, vinculada às situações concretas do cuidado e à necessidade de integrar diferentes perspectivas profissionais na elaboração das intervenções (Medeiros; Forte; Toassi, 2024).





Barbosa *et al.* (2022) também situam o território como ponto de partida para o desenvolvimento das ações, uma vez que a prática colaborativa foi construída com base em uma necessidade relacionada à saúde infantil percebida no contexto de uma equipe de Saúde da Família. A aproximação entre universidade, serviço e comunidade permitiu que o planejamento considerasse as características locais, evitando que a intervenção fosse definida de maneira externa e desconectada da população. A educação em saúde assume, nessa perspectiva, caráter participativo, sendo produzida pelo diálogo entre conhecimentos acadêmicos, experiências profissionais e saberes construídos pelos usuários em seu cotidiano (Barbosa *et al.*, 2022).

A comparação entre Barbosa *et al.* (2022) e Medeiros, Forte e Toassi (2024) demonstra que o território cumpre duas funções na formação em saúde. Por um lado, oferece situações reais para o desenvolvimento de competências clínicas, comunicacionais e colaborativas; por outro, orienta o conteúdo e a metodologia das ações educativas. Assim, a educação em saúde não deve ser reduzida à transmissão de informações previamente definidas, pois sua pertinência depende da escuta das necessidades locais, da identificação dos recursos disponíveis e da participação dos sujeitos envolvidos na construção do cuidado (Barbosa *et al.*, 2022; Medeiros; Forte; Toassi, 2024).

Rodrigues, Dalbello-Araújo e Lazarini (2024) aprofundam a discussão quando indicam que a experiência nos serviços possibilita reconhecer problemas que não aparecem de forma integral nos conteúdos curriculares. A prática coloca os participantes diante de circunstâncias imprevisíveis, exigindo capacidade de análise, negociação, adaptação e responsabilidade diante das consequências das intervenções. Em outras palavras, o território impede que a formação permaneça baseada em situações idealizadas, pois apresenta as contradições existentes entre as necessidades da população, os recursos institucionais e as possibilidades concretas de atuação (Rodrigues; Dalbello-Araújo; Lazarini, 2024).

Todavia, a inserção territorial não produz automaticamente uma formação crítica e integrada. Quando os estudantes chegam aos serviços sem planejamento conjunto, desconhecendo a organização da rede e as necessidades da população, o território pode ser utilizado somente como campo para cumprir carga horária ou executar procedimentos. A experiência precisa ser acompanhada por momentos de reflexão, discussão e avaliação,





permitindo relacionar as situações vividas aos princípios do Sistema Único de Saúde e às responsabilidades éticas e sociais das profissões (Pereira *et al.*, 2022; Rodrigues; Dalbello-Araújo; Lazarini, 2024).

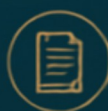
3.3 Interprofissionalidade e construção do cuidado colaborativo

A educação interprofissional foi apresentada como uma estratégia capaz de preparar estudantes e profissionais para o trabalho em equipe, fortalecendo o reconhecimento das atribuições de cada profissão e a construção compartilhada das decisões assistenciais. Souza, Ely e Toassi (2022) verificaram que a convivência entre estudantes de cursos distintos favorece o aprendizado com o outro, sobre o outro e entre as diferentes áreas, diminuindo percepções estereotipadas e ampliando o respeito pelos conhecimentos específicos de cada profissão. Tal processo contribui para a formação de uma identidade profissional que reconhece sua especificidade sem desconsiderar a interdependência necessária ao cuidado integral.

Barbosa *et al.* (2022) encontraram resultados convergentes apontando que as práticas colaborativas estimulam a comunicação, o planejamento coletivo e a corresponsabilização pelas ações desenvolvidas. A presença de profissionais, docentes e estudantes de diferentes áreas permitiu reunir perspectivas complementares em torno de uma necessidade comum, favorecendo a construção de intervenções mais amplas. Dessa maneira, a colaboração ultrapassa a simples divisão de tarefas, pois requer diálogo, negociação e compartilhamento das decisões entre os integrantes da equipe.

Brinco, França e Magnago (2022) também associaram o PET-Saúde/Interprofissionalidade à construção de práticas colaborativas e à revisão dos processos formativos. Os relatos analisados pelas autoras indicaram que o programa criou oportunidades para que estudantes, docentes, preceptores e trabalhadores aprendessem conjuntamente, produzindo mudanças nas relações entre as profissões e incentivando iniciativas curriculares.

Contudo, os resultados também mostraram que a continuidade dessas transformações depende de sua institucionalização, pois experiências sustentadas somente pela duração do programa podem perder força quando os recursos, as bolsas ou as equipes responsáveis deixam de estar disponíveis (Brinco; França; Magnago, 2022).





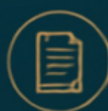
Nesse ponto, Brinco, França e Magnago (2022) aproximam-se de Benevides *et al.* (2023), visto que ambas as publicações reconhecem o potencial das iniciativas interprofissionais, mas questionam sua limitada incorporação aos currículos. Enquanto o PET-Saúde funciona como indutor de mudanças e aproxima atores que tradicionalmente permanecem separados, os projetos pedagógicos ainda apresentam referências insuficientes à educação interprofissional.

A comparação sugere que os programas governamentais podem iniciar processos de transformação, porém as instituições precisam assumir a responsabilidade de converter as experiências bem-sucedidas em componentes permanentes da formação (Brinco; França; Magnago, 2022; Benevides *et al.*, 2023).

Farinha *et al.* (2023) acrescentam que a educação interprofissional enfrenta dificuldades relacionadas à estrutura dos cursos, à incompatibilidade de horários, à organização dos estágios e à comunicação entre docentes e serviços. Os docentes reconhecem a importância da integração ensino-serviço-comunidade, mas encontram barreiras para reunir estudantes de diferentes cursos e construir atividades comuns. Assim, a fragmentação não decorre somente de uma escolha pedagógica, pois também se encontra relacionada à forma como calendários, cargas horárias, componentes curriculares e responsabilidades institucionais são organizados (Farinha *et al.*, 2023).

A análise comparativa mostra, portanto, uma tensão entre o reconhecimento da interprofissionalidade como necessária e as condições concretas disponíveis para desenvolvê-la. As experiências relatadas por Barbosa *et al.* (2022), Souza, Ely e Toassi (2022), Brinco, França e Magnago (2022) e Medeiros, Forte e Toassi (2024) demonstram resultados positivos na comunicação, no respeito entre profissões e na compreensão integral das necessidades dos usuários. Em contrapartida, Benevides *et al.* (2023) e Farinha *et al.* (2023) mostram que os currículos e a organização institucional ainda conservam estruturas uniprofissionais que dificultam a convivência sistemática entre estudantes de diferentes áreas.

É necessário frisar que reunir diferentes profissões em um mesmo espaço não caracteriza, por si só, uma experiência interprofissional. A educação interprofissional exige objetivos comuns, oportunidades de interação, reflexão sobre os papéis profissionais e elaboração conjunta das intervenções. Sem tais elementos, pode ocorrer apenas a presença simultânea de várias áreas, mantendo-se a fragmentação das decisões e





a separação das responsabilidades assistenciais (Barbosa *et al.*, 2022; Souza; Ely; Toassi, 2022; Medeiros; Forte; Toassi, 2024).

3.4 Preceptoria, gestão e condições institucionais da integração

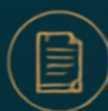
A atuação do preceptor ocupa posição estratégica na articulação entre formação acadêmica e prática assistencial, pois o profissional do serviço acompanha os estudantes em situações reais e participa da construção de competências relacionadas ao cuidado. Pereira *et al.* (2022) identificaram que a integração ensino-serviço-gestão-comunidade apresenta fatores facilitadores e dificultadores percebidos pelos preceptores da Atenção Primária. Entre os obstáculos, destacam-se a comunicação insuficiente com as instituições de ensino, a falta de clareza sobre as responsabilidades dos atores, a sobrecarga de trabalho e a necessidade de preparação pedagógica para o exercício da preceptoria (Pereira *et al.*, 2022).

Os achados de Pereira *et al.* (2022) permitem questionar a expectativa de que o profissional assistencial esteja automaticamente preparado para ensinar somente por possuir experiência técnica. A preceptoria envolve planejamento, acompanhamento, avaliação e capacidade de transformar situações do cotidiano em oportunidades formativas.

Quando o preceptor não recebe apoio da instituição de ensino e da gestão, a atividade educativa pode ser incorporada à rotina como uma tarefa adicional, aumentando a sobrecarga e comprometendo tanto a aprendizagem dos estudantes quanto a organização da assistência (Pereira *et al.*, 2022).

Zarpelon e Batista (2022) identificaram problema semelhante na gestão da integração ensino-serviço em escolas médicas do Paraná. Os autores verificaram que a integração forma uma rede complexa, composta por instituições de ensino, serviços, gestores, docentes, estudantes e trabalhadores, mas os processos gerenciais existentes não conseguem responder adequadamente a todas as relações envolvidas. As fragilidades na avaliação, na definição das responsabilidades e na circulação das informações comprometem a formação e podem sobrecarregar os serviços que recebem os estudantes.

A comparação entre Pereira *et al.* (2022) e Zarpelon e Batista (2022) demonstra que as dificuldades encontradas pelos preceptores não podem ser interpretadas somente como problemas individuais. A falta de tempo, o acúmulo de funções e a ausência de





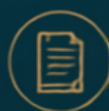
apoio pedagógico relacionam-se a fragilidades mais amplas da gestão e da pactuação entre as instituições. Dessa forma, qualificar a preceptoria exige definir responsabilidades, organizar fluxos de comunicação, reconhecer o trabalho educativo desenvolvido nos serviços e incluir os preceptores nos processos de planejamento e avaliação das atividades acadêmicas.

Em contraposição às fragilidades descritas, Negrini e Rossit (2024) analisaram uma experiência considerada bem-sucedida de integração ensino-serviço-comunidade por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde. Os resultados indicaram que a participação do Comitê Gestor Local, o diálogo entre os atores, a transparência das decisões e a construção compartilhada dos acordos favoreceram o desenvolvimento da integração.

A experiência demonstra que mecanismos formais de pactuação podem contribuir para organizar os cenários de prática, distribuir responsabilidades e alinhar as necessidades da formação às demandas dos serviços e da comunidade (Negrini; Rossit, 2024).

A experiência apresentada por Negrini e Rossit (2024) não elimina a complexidade observada por Zarpelon e Batista (2022), mas mostra que tal complexidade pode ser enfrentada por meio de espaços permanentes de negociação. Enquanto Zarpelon e Batista (2022) identificaram processos gerenciais incapazes de atender às relações formadas pela integração, Negrini e Rossit (2024) encontraram uma organização sustentada pelo engajamento institucional e pela participação dos diferentes segmentos. A diferença entre os resultados sugere que a qualidade da integração depende menos da existência isolada de convênios e mais da capacidade de transformar os acordos formais em práticas contínuas de planejamento, comunicação e avaliação.

Farinha *et al.* (2023) contribuem para tal interpretação mostrando que os desafios da integração também atravessam o trabalho docente. A dificuldade de compatibilizar horários, estabelecer parcerias, articular diferentes cursos e acompanhar as atividades nos serviços limita o desenvolvimento de propostas interprofissionais. Assim, a integração exige condições de trabalho adequadas para docentes e preceptores, visto que a articulação entre universidade e serviço demanda tempo institucionalmente reconhecido para reuniões, planejamento, acompanhamento e avaliação.





4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar a articulação entre formação acadêmica, prática assistencial e território, considerando suas contribuições para a educação em saúde. A partir da análise realizada, foi possível responder ao objetivo proposto, compreendendo que a aproximação entre instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade favorece uma formação mais conectada às necessidades concretas da população e aos princípios que orientam o Sistema Único de Saúde.

Os resultados demonstraram que a inserção dos estudantes nos cenários assistenciais amplia a compreensão dos processos de saúde e adoecimento, pois permite relacionar os conhecimentos acadêmicos às condições sociais, culturais, econômicas e sanitárias presentes nos territórios. Nesse contexto, os serviços deixam de representar somente espaços destinados à aplicação de conteúdos teóricos, passando a contribuir diretamente para a construção de conhecimentos, habilidades comunicacionais, competências colaborativas e atitudes éticas relacionadas ao cuidado.

Também se verificou que a educação interprofissional exerce papel relevante na aproximação entre formação e assistência. A convivência entre estudantes, docentes, preceptores e profissionais de diferentes áreas favorece o reconhecimento das atribuições de cada categoria, a comunicação entre as equipes e o planejamento compartilhado das ações. Dessa maneira, a educação em saúde pode ser construída de forma mais participativa, considerando diferentes saberes e superando intervenções fragmentadas ou desvinculadas das características da comunidade.

Entre as principais contribuições deste trabalho, destaca-se a sistematização dos fatores que favorecem e dificultam a integração entre ensino, serviço e território. A análise permitiu compreender que a qualidade das experiências formativas depende de planejamento conjunto, acompanhamento pedagógico, valorização da preceptoria, participação da gestão e escuta das necessidades territoriais. Outra contribuição consiste no reconhecimento do território como produtor de conhecimentos e orientador das práticas educativas, uma vez que as condições de vida da população precisam fundamentar a organização do cuidado e das intervenções em saúde.

Apesar das contribuições apresentadas, o trabalho possui limitações. O recorte foi constituído por dez publicações recentes, o que possibilitou uma análise atualizada, porém não contempla toda a produção disponível sobre o tema. A diversidade de





objetivos, metodologias, cenários e participantes presentes nas publicações também dificulta a comparação direta entre os resultados. Além disso, parte das experiências analisadas estava vinculada a programas, projetos institucionais ou contextos locais específicos, limitando a generalização das conclusões para todas as instituições de ensino e serviços de saúde.

Para futuras investigações, recomenda-se ampliar o número de publicações analisadas e incluir diferentes regiões brasileiras, cursos da área da saúde e níveis de atenção. Também se mostra pertinente acompanhar experiências de integração durante períodos mais longos, verificando seus efeitos sobre a formação profissional, a atuação das equipes e a qualidade do cuidado oferecido à população. A inclusão das perspectivas de usuários, familiares e lideranças comunitárias poderá aprofundar a compreensão sobre os efeitos dessas ações nos territórios.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Ailma de Souza; TEIXEIRA, Barbara Rachelli Farias; OLIVEIRA, Ayla Miranda; PESSOA, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes; VAZ, Elenice Maria Cecchetti; FORTE, Franklin Delano Soares. Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 5, p. 67-79, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E506>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/wmPBpTVWzNR34nHMkBrBknQ/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

BENEVIDES, Rebeca Dias Lima; MIRANDA, Elaine Silva; ABRAHÃO, Ana Lúcia; PEREIRA, Silvia. Educação interprofissional nos cursos da área da saúde de uma universidade pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 139, p. 905-917, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313913>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6pvmtwJXBHcvYXJ9F4pQGDn/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRINCO, Rachel; FRANÇA, Tania; MAGNAGO, Carinne.

PET-Saúde/Interprofissionalidade e o desenvolvimento de mudanças curriculares e práticas colaborativas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 6, p. 55-69, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E606>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zKMM9pXYDf39GVF5PBfMJPJ/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

FARINHA, Angélica Lucion; JAEGER, Fernanda Pires; MARCHIORI, Mara Regina Caino Teixeira; BUDEL, Luciele Janner; COLOMÉ, Juliana Silveira. Educação interprofissional nas práticas de integração ensino-serviço-comunidade: perspectivas de docentes da área de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 27, e20220212, 2023.





DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0212pt>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/JFGMsPzdjhWkKHt7yjLfGJK/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

MEDEIROS, Aline Vieira; FORTE, Franklin Delano Soares; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Educação interprofissional na Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde: análise fenomenológica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 143, e9167, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241439167P>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gcNFpvdT5PPsLK7C5HqN4qb/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

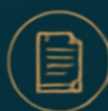
NEGRINI, Lisamara Dias de Oliveira; ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador. Integração ensino-serviço-comunidade: perspectivas do Comitê Gestor Local do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 28, e230084, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230084>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/gLZ7L3vvkQPVC8QfCVSZmHK/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

PEREIRA, Afonso Luís Puig; ZILBOVICIUS, Celso; CARNUT, Leonardo; SOUZA NETO, Antonio Carlos de. A integração ensino-serviço-gestão-comunidade na percepção de preceptores de graduandos na Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, e320305, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320305>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TcNP6RYvVrNfbP4FhVkJd8q/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

RODRIGUES, Alana Pereira; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela; LAZARINI, Wellington Serra. Integração ensino-serviço: a experiência como estratégia formativa em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 28, e230381, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230381>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yk9H5zyzw8dqGq99dR9RQwd/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

SOUZA, Renyelle Schwantes de; ELY, Luciane Ines; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Educação interprofissional em saúde: aprendizados de uma experiência inovadora de integração entre pessoas, currículos e profissões. **Pro-Posições**, Campinas, v. 33, e2020011, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2020-0011>. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8669271>. Acesso em: 28 jul. 2026.

ZARPELON, Luís Fernando Boff; BATISTA, Nildo Alves. A gestão da integração ensino-serviço nas escolas médicas do Paraná, PR, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, e220089, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.220089>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/qjwGF8d7pfmHtmyPwwTc3fK/>. Acesso em: 28 jul. 2026.





CONIESP

II Congresso Nacional de
Inovação em Educação e
Saúde Pública

CAPÍTULO 4

CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA O TRABALHO INTEGRADO EM SAÚDE: PERSPECTIVAS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO SUS

Giulia Stefanelli Ranzani¹; Leonardo Hansen da Silveira²; Bruna Cristina Pereira Franco³; Felipe Silva Ribeiro⁴; Danielle Felix de Freitas Pessoa⁵; Juliana Lopes de Freitas⁶; Nayara Teixeira Gomes⁷; Marttem Costa de Santana⁸; Helaine Ketlen Martins Pereira Cruz⁹; Yasmin de Freitas Dias¹⁰



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA O TRABALHO INTEGRADO EM SAÚDE: PERSPECTIVAS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO SUS

Giulia Stefanelli Ranzani ¹; Leonardo Hansen da Silveira ²; Bruna Cristina Pereira Franco ³; Felipe Silva Ribeiro ⁴; Danielle Felix de Freitas Pessoa ⁵; Juliana Lopes de Freitas ⁶; Nayara Teixeira Gomes ⁷; Marttem Costa de Santana ⁸; Helaine Ketlen Martins Pereira Cruz ⁹; Yasmin de Freitas Dias ¹⁰

¹ Faculdade de Medicina de Catanduva - FAMECA/UNIFIPA, Catanduva, São Paulo, Brasil E-mail: giuliamedfameca@gmail.com

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Faculdade de Ciências da Saúde de Unaí, Unaí, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Barra do Corda, Maranhão, Brasil.

⁵ Uninta, Itapipoca, Ceará, Brasil.

⁶ Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁷ Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

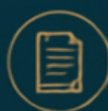
⁸ UTFPR, Pesqueira, Pernambuco, Brasil.

⁹ Centro Universitário Christus, Fortaleza, Ceará, Brasil.

¹⁰ UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

A formação profissional voltada ao Sistema Único de Saúde exige competências que favoreçam a comunicação, a colaboração e a construção compartilhada do cuidado entre diferentes áreas. Este trabalho teve como objetivo analisar as competências necessárias ao trabalho integrado em saúde e as condições formativas que favorecem seu desenvolvimento no SUS. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo. A busca foi realizada em julho de 2026 nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico, considerando artigos publicados entre 2024 e 2026. Foram empregados descritores relacionados à educação interprofissional, competência profissional, preceptoria, residência em saúde e Sistema Único de Saúde, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, dez artigos compuseram a análise final. Os resultados demonstraram que comunicação, clareza dos papéis profissionais, tomada de decisão compartilhada, resolução de conflitos e responsabilidade coletiva constituem competências essenciais para o trabalho integrado. Também foram identificadas dificuldades relacionadas à fragmentação curricular, à formação insuficiente de docentes e preceptores e à fragilidade da integração entre ensino e serviço. Conclui-se que a construção dessas competências





depende de experiências interprofissionais, inserção nos serviços, apoio institucional e valorização da preceptoria, contribuindo para uma formação mais coerente com a integralidade, a equidade e as necessidades da população.

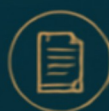
Palavras-chave: Educação interprofissional; Competência profissional; Formação em saúde; Trabalho colaborativo; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Professional education focused on the Brazilian Unified Health System requires competencies that strengthen communication, collaboration, and shared care among different health professions. This study aimed to analyze the competencies required for integrated healthcare work and the educational conditions that support their development within the Brazilian Unified Health System. This is a narrative literature review with a qualitative and descriptive approach. The search was conducted in July 2026 in SciELO, the Virtual Health Library, and Google Scholar, considering articles published between 2024 and 2026. Descriptors related to interprofessional education, professional competence, preceptorship, health residency, and the Brazilian Unified Health System were combined using the Boolean operators AND and OR. After the inclusion and exclusion criteria were applied, ten articles were included in the final analysis. The results showed that communication, professional role clarity, shared decision-making, conflict resolution, and collective responsibility are essential competencies for integrated healthcare work. Difficulties related to curriculum fragmentation, insufficient preparation of teachers and preceptors, and weak integration between educational institutions and health services were also identified. It is concluded that the development of these competencies depends on interprofessional experiences, participation in healthcare services, institutional support, and recognition of preceptorship, contributing to professional education aligned with comprehensive care, equity, and population needs.

Keywords: Interprofessional education; Professional competence; Health education; Collaborative work; Brazilian Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO





A formação profissional em saúde ocupa posição estratégica na consolidação do Sistema Único de Saúde, principalmente porque o cuidado exige respostas articuladas diante de necessidades cada vez mais complexas. Nesse cenário, torna-se insuficiente preparar profissionais restritos aos limites de sua própria área, uma vez que a organização dos serviços depende de comunicação, cooperação e responsabilidade compartilhada entre diferentes categorias (Lima *et al.*, 2024; Lima *et al.*, 2025).

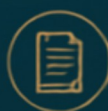
Entretanto, a construção dessas competências ainda enfrenta dificuldades relacionadas à organização curricular, à preparação de docentes e preceptores e à integração entre instituições de ensino e serviços de saúde (Menezes *et al.*, 2024). Embora a interprofissionalidade esteja presente em diferentes propostas formativas, sua incorporação permanece desigual, o que limita a criação de experiências capazes de preparar os estudantes para o trabalho colaborativo no SUS (Gleriano *et al.*, 2024; Leite *et al.*, 2025).

As residências, vivências e atividades desenvolvidas nos serviços apresentam possibilidades importantes para aproximar formação e trabalho, pois inserem estudantes e profissionais em contextos nos quais a tomada de decisão depende da articulação entre diferentes saberes (Rodrigues; Dalbello-Araújo; Lazarini, 2024). Essas experiências também podem contribuir para mudanças nos processos de trabalho e na organização das redes de atenção, desde que estejam vinculadas a objetivos formativos e recebam apoio institucional (Cavalcante *et al.*, 2026; Fernandes *et al.*, 2026).

Diante disso, questiona-se: quais competências são necessárias para o trabalho integrado em saúde e quais condições formativas favorecem sua construção no SUS? O presente trabalho tem como objetivo analisar a construção dessas competências, considerando as contribuições da educação interprofissional, da inserção nos serviços, da preceptoria e das estratégias institucionais voltadas à formação profissional.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, desenvolvida com a finalidade de analisar a construção de competências necessárias ao trabalho integrado em saúde, considerando as perspectivas e os desafios relacionados à formação profissional para atuação no Sistema





Único de Saúde. A revisão narrativa permite reunir, interpretar e comparar diferentes produções científicas, favorecendo uma compreensão contextualizada sobre competências colaborativas, educação interprofissional, preceptoria, residências em saúde e integração entre ensino e serviço.

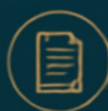
A busca bibliográfica foi realizada em julho de 2026, contemplando publicações divulgadas entre 2024 e 2026. Foram consultadas as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além do mecanismo de busca Google Acadêmico, selecionados por reunirem materiais relacionados à formação dos profissionais da saúde, ao trabalho colaborativo e à organização das práticas no SUS.

Para a localização das publicações, foram empregados os descritores “Educação Interprofissional”, “Competência Profissional”, “Capacitação de Recursos Humanos em Saúde”, “Sistema Único de Saúde”, “Pessoal de Saúde”, “Internato e Residência” e “Preceptoria”. Também foram utilizadas as palavras-chave “trabalho integrado em saúde”, “competências colaborativas”, “formação profissional em saúde” e “trabalho interprofissional”, considerando sua frequência nas produções relacionadas ao tema.

A estratégia de busca foi organizada com os operadores booleanos AND e OR. O operador AND possibilitou restringir os resultados às publicações que apresentavam simultaneamente os conceitos investigados, enquanto o operador OR ampliou a busca por meio da associação entre termos semelhantes. Os principais intercruzamentos foram: “Educação Interprofissional” AND “Sistema Único de Saúde”; “Competência Profissional” AND “trabalho integrado em saúde”; “formação profissional em saúde” AND “competências colaborativas”; “Internato e Residência” AND “trabalho interprofissional”; “Preceptoria” AND “integração ensino-serviço”; e “Educação Interprofissional” OR “trabalho colaborativo” AND “Sistema Único de Saúde”.

A busca inicial localizou, hipoteticamente, 41 publicações na SciELO, 56 na BVS e 73 no Google Acadêmico, totalizando 170 registros. Em seguida, foram identificadas e excluídas 28 duplicações, restando 142 publicações para a primeira etapa de seleção.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos científicos publicados entre 2024 e 2026, disponíveis integralmente em português e relacionados à formação profissional no SUS, à educação interprofissional, às competências colaborativas, à preceptoria, às residências em saúde ou às estratégias direcionadas ao trabalho integrado. Também foram incluídos materiais que apresentavam contribuições para a organização





curricular, para a gestão da formação, para os serviços de saúde ou para o desenvolvimento de práticas colaborativas entre diferentes categorias profissionais.

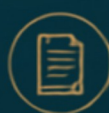
Foram excluídas publicações duplicadas, materiais indisponíveis integralmente, artigos publicados fora do período delimitado e textos sem relação direta com o objetivo do trabalho. Também foram desconsiderados editoriais, cartas ao editor, resenhas, capítulos de livros, trabalhos de conclusão de curso, monografias, dissertações, teses, resumos de eventos e documentos que abordavam competências profissionais sem estabelecer relação com a formação ou com o trabalho integrado no SUS.

A seleção ocorreu em três etapas sucessivas. Na primeira, foram examinados os títulos das 142 publicações, permanecendo 54 registros considerados compatíveis com o tema. Posteriormente, a leitura dos resumos resultou na manutenção de 24 artigos, pois os demais não respondiam diretamente ao objetivo proposto ou não atendiam aos critérios definidos. Na terceira etapa, os 24 textos foram lidos integralmente, sendo excluídos 14 por apresentarem abordagem distante da formação profissional no SUS, dados insuficientes ou ausência de discussão sobre competências colaborativas. Dessa forma, dez artigos compuseram o corpus final da revisão narrativa.

Os dados das publicações selecionadas foram organizados em uma matriz contendo autoria, ano de publicação, título, objetivo, método, cenário analisado e principais resultados. Posteriormente, realizou-se uma análise interpretativa e comparativa, identificando convergências, diferenças, contribuições e limitações entre os artigos. A síntese foi organizada em dois eixos temáticos: competências colaborativas e interprofissionais necessárias ao trabalho no SUS; e condições pedagógicas e institucionais para a construção dessas competências.

Por utilizar exclusivamente informações secundárias disponíveis em publicações científicas de acesso público, sem participação direta de seres humanos, coleta de dados pessoais ou realização de intervenções nos serviços de saúde, o trabalho não necessitou de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda assim, foram respeitados os princípios de integridade acadêmica, autoria intelectual e indicação adequada das fontes consultadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES





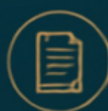
3.1 Competências colaborativas e interprofissionais para o trabalho no SUS

O trabalho integrado em saúde pressupõe a articulação entre conhecimentos específicos e competências compartilhadas, considerando que nenhuma profissão consegue responder isoladamente à complexidade das necessidades presentes no cotidiano dos serviços. Lima *et al.* (2025) analisam essa articulação por meio dos conceitos de núcleo e campo profissional, explicando que o núcleo reúne saberes e responsabilidades próprias de cada categoria, enquanto o campo envolve conhecimentos e práticas comuns, incluindo comunicação, gestão do cuidado, educação em saúde e atuação em equipe. A relação entre essas dimensões permite preservar a identidade profissional sem transformar as fronteiras entre as categorias em barreiras para a construção de intervenções compartilhadas.

A contribuição apresentada por Lima *et al.* (2025) permite compreender que a integração não depende da eliminação das diferenças profissionais, mas da capacidade de colocar conhecimentos distintos em diálogo. Quando as atribuições permanecem excessivamente rígidas, o usuário corre o risco de receber um cuidado dividido em partes, com pouca comunicação entre os responsáveis pelas intervenções. Entretanto, quando não existe clareza sobre os papéis, podem surgir conflitos, sobreposição de funções e indefinição das responsabilidades. Assim, o trabalho integrado exige reconhecimento das competências específicas de cada área, juntamente com a construção de espaços nos quais as decisões sejam discutidas de forma coletiva.

Tal compreensão aproxima-se da análise desenvolvida por Lima *et al.* (2024), que identificaram uma incorporação desigual da interprofissionalidade nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde. Embora os documentos mencionem trabalho em equipe, integralidade, comunicação e colaboração, tais elementos recebem diferentes níveis de aprofundamento conforme o curso analisado. Essa desigualdade demonstra que a formação interprofissional ainda não ocupa posição uniforme nos currículos brasileiros, mantendo percursos formativos que frequentemente priorizam as competências específicas e reservam pouco espaço para aprendizagens compartilhadas.

A presença da interprofissionalidade nas diretrizes possui relevância, porém sua inserção formal não assegura mudanças nas práticas pedagógicas. Os estudantes precisam participar de experiências nas quais diferentes profissões discutam casos, compartilhem responsabilidades e compreendam como suas decisões interferem no trabalho das demais





áreas. Sem essas oportunidades, expressões relacionadas à colaboração podem permanecer restritas aos documentos institucionais, enquanto a formação cotidiana continua organizada por disciplinas separadas, estágios uniprofissionais e avaliações centradas no desempenho individual (Lima *et al.*, 2024; Menezes *et al.*, 2024).

Medeiros, Forte e Toassi (2024) demonstram que a Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde cria condições favoráveis para o desenvolvimento de competências interprofissionais, principalmente porque reúne diferentes profissões em situações reais de cuidado. Reuniões de equipe, visitas domiciliares, discussões de casos e atividades coletivas possibilitam que cada trabalhador apresente sua compreensão sobre as necessidades dos usuários, ampliando a análise das condições clínicas, familiares, sociais e territoriais. Nesse processo, a comunicação deixa de ser uma habilidade acessória e passa a constituir um elemento central para a organização das intervenções.

A experiência vivenciada nas residências também contribui para que os profissionais compreendam a interdependência existente entre as diferentes áreas. Um usuário acompanhado na Atenção Primária pode apresentar demandas relacionadas à condição clínica, à alimentação, à saúde mental, às relações familiares, à moradia e ao acesso aos serviços, exigindo uma resposta que reúna diferentes saberes. Dessa maneira, a construção do plano de cuidado depende da participação de profissionais capazes de reconhecer seus limites, solicitar contribuições e compartilhar decisões sem perder a responsabilidade própria de sua área (Medeiros; Forte; Toassi, 2024; Lima *et al.*, 2025).

Fernandes *et al.* (2026) ampliam essa discussão ao analisarem os efeitos das residências nos serviços e nas redes de atenção do SUS, mostrando que tais programas podem produzir repercussões que ultrapassam a formação dos residentes. A presença de profissionais em formação favorece discussões sobre os processos de trabalho, estimula a revisão de rotinas e cria possibilidades para fortalecer a comunicação entre equipes e pontos da rede. Portanto, a residência pode contribuir simultaneamente para o desenvolvimento de competências profissionais e para a qualificação dos serviços, desde que esteja articulada às necessidades institucionais e não seja utilizada somente para suprir carências de pessoal.

A comparação entre Fernandes *et al.* (2026) e Medeiros, Forte e Toassi (2024) demonstra que a formação integrada produz melhores resultados quando o processo educativo participa da organização cotidiana do cuidado. Os residentes precisam ser





incluídos nas reuniões, nas discussões e no planejamento das ações, construindo vínculos com os trabalhadores e compreendendo os fluxos existentes na rede. Caso permaneçam limitados à execução de procedimentos, o potencial transformador da residência diminui, pois a aprendizagem fica restrita à reprodução de tarefas e não alcança as dimensões colaborativas, gerenciais e territoriais necessárias à atuação no SUS.

Rodrigues, Dalbello-Araújo e Lazarini (2024) também reconhecem os serviços como espaços fundamentais para a construção de competências profissionais, uma vez que as experiências concretas apresentam desafios que não podem ser integralmente previstos nos conteúdos acadêmicos. A realidade assistencial envolve conflitos, limitações de recursos, diferenças culturais e necessidades que exigem interpretação, responsabilidade e capacidade de adaptação. Por causa disso, a experiência prática torna-se formativa quando permite relacionar conhecimentos, questionar decisões e compreender as consequências das intervenções desenvolvidas.

Entretanto, a inserção nos serviços não produz aprendizagem de maneira automática. A formação precisa incluir momentos de reflexão que favoreçam a análise das situações vivenciadas e a revisão das práticas. Quando estudantes e profissionais discutem as dificuldades encontradas, os conflitos presentes nas equipes e as escolhas realizadas diante das necessidades dos usuários, a experiência deixa de representar uma simples execução de tarefas e passa a contribuir para o desenvolvimento do pensamento crítico e da responsabilidade sanitária (Rodrigues; Dalbello-Araújo; Lazarini, 2024; Medeiros; Forte; Toassi, 2024).

Cavalcante *et al.* (2026) relacionam as vivências na realidade do SUS ao desenvolvimento de competências colaborativas, mostrando que o contato direto com serviços, equipes e territórios amplia a compreensão sobre o funcionamento do sistema público. Os participantes passam a reconhecer as relações existentes entre assistência, gestão, educação e participação social, percebendo que o cuidado resulta de uma rede de responsabilidades e não da atuação isolada de um profissional. Tal experiência também fortalece a compreensão da universalidade, da equidade e da integralidade, pois esses princípios deixam de ser apresentados somente como conceitos normativos e passam a ser percebidos nas situações concretas dos serviços.

Os resultados apresentados por Cavalcante *et al.* (2026) aproximam-se das contribuições de Rodrigues, Dalbello-Araújo e Lazarini (2024), pois ambas as





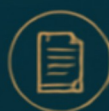
publicações reconhecem a experiência como uma dimensão indispensável da formação comprometida com o SUS. Enquanto a primeira destaca a construção de competências colaborativas e a compreensão do sistema, a segunda enfatiza a experiência como produtora de conhecimentos e como possibilidade de revisão das práticas. Juntas, essas perspectivas demonstram que a formação profissional precisa aproximar estudantes e trabalhadores das condições concretas nas quais o cuidado é organizado, permitindo compreender as necessidades dos usuários, as limitações institucionais e as potencialidades das equipes.

Nesse contexto, as competências necessárias ao trabalho integrado abrangem comunicação, escuta, clareza dos papéis profissionais, tomada de decisão compartilhada, resolução de conflitos, liderança colaborativa e compreensão das redes de atenção. Essas competências precisam ser desenvolvidas por meio de situações que envolvam participação, negociação e corresponsabilidade, visto que o trabalho em equipe não surge espontaneamente pela presença de diferentes profissões em um mesmo serviço. A formação precisa oferecer experiências planejadas e acompanhadas, possibilitando que os participantes aprendam com as diferenças e construam respostas coerentes com a integralidade do cuidado (Lima *et al.*, 2025; Medeiros; Forte; Toassi, 2024; Cavalcante *et al.*, 2026).

3.2 Condições pedagógicas e institucionais para a construção das competências

O desenvolvimento das competências colaborativas depende diretamente das condições pedagógicas que orientam a formação. Menezes *et al.* (2024) demonstram que a percepção dos professores sobre a educação interprofissional interfere na maneira como as atividades são planejadas e conduzidas. Docentes que compreendem a colaboração como parte essencial da formação tendem a valorizar discussões compartilhadas, resolução coletiva de problemas e reconhecimento das contribuições de cada profissão. Em contrapartida, concepções restritas podem manter a separação entre os cursos, mesmo quando estudantes de diferentes áreas participam de uma mesma atividade.

Essa constatação mostra que a reorganização dos currículos precisa ser acompanhada pela formação dos responsáveis pela condução das experiências interprofissionais. Mudanças em documentos institucionais possuem alcance limitado





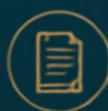
quando os docentes não conhecem os fundamentos da proposta ou não dispõem de estratégias para mediar o encontro entre diferentes profissões. Por causa disso, o planejamento precisa definir quais competências serão construídas, quais situações serão discutidas e de que maneira a aprendizagem colaborativa será acompanhada e avaliada (Menezes *et al.*, 2024; Lima *et al.*, 2024).

Leite *et al.* (2025) aprofundam essa discussão ao identificarem competências pedagógicas necessárias à docência interprofissional. Entre elas, encontram-se a facilitação de grupos, a mediação de conflitos, a promoção da participação, a organização de atividades compartilhadas e a avaliação das competências colaborativas. A atuação docente assume, então, uma função mediadora, pois o professor precisa criar condições para que diferentes conhecimentos sejam apresentados, questionados e integrados, evitando que uma profissão concentre as decisões ou que as contribuições de determinadas áreas sejam desconsideradas.

A educação interprofissional também exige atenção às relações de poder construídas historicamente entre as profissões da saúde. Quando essas relações permanecem sem discussão, algumas categorias podem assumir posição de maior autoridade, enquanto outras ficam restritas à execução de decisões definidas por terceiros. Nesse sentido, a mediação docente precisa favorecer relações mais horizontais, estimulando o reconhecimento das competências de cada área e a participação equilibrada na construção das propostas de cuidado (Leite *et al.*, 2025; Menezes *et al.*, 2024).

Rossit, Minikowski e Hirakawa (2025) mostram que os mestrados profissionais em ensino na saúde podem contribuir para a qualificação de docentes e trabalhadores, principalmente porque aproximam os problemas vivenciados nos serviços das atividades acadêmicas. Essa modalidade de formação favorece a elaboração de produtos educacionais, intervenções e estratégias de gestão vinculadas às necessidades reais do SUS. Dessa forma, os conhecimentos construídos na pós-graduação podem retornar aos serviços e contribuir para mudanças nos processos formativos e assistenciais.

A contribuição dos mestrados profissionais torna-se especialmente relevante porque a formação para o trabalho integrado não termina com a conclusão da graduação. Docentes, preceptores e trabalhadores precisam participar de processos contínuos de aprendizagem, visto que as necessidades de saúde, as políticas públicas e as formas de organização dos serviços permanecem em transformação. Assim, a educação permanente





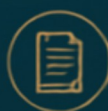
e a pós-graduação profissional podem fortalecer competências pedagógicas, gerenciais e colaborativas, ampliando a capacidade dos profissionais para analisar problemas e propor mudanças institucionais (Rossit; Minikowski; Hirakawa, 2025).

Entretanto, a formação individual dos docentes não resolve isoladamente as dificuldades da integração. As instituições precisam reorganizar currículos, horários, componentes e cenários de prática, garantindo condições para que estudantes de diferentes cursos desenvolvam atividades comuns durante a formação. Quando essas condições não são criadas, a interprofissionalidade depende de projetos temporários ou da iniciativa de alguns professores, dificultando sua continuidade e limitando o acesso dos estudantes às experiências colaborativas (Lima *et al.*, 2024; Menezes *et al.*, 2024; Leite *et al.*, 2025).

A preceptoria também ocupa uma posição fundamental na construção das competências, pois estabelece uma ponte entre as propostas acadêmicas e a realidade dos serviços. Gleriano *et al.* (2024) identificaram desafios relacionados à sobrecarga dos preceptores, à formação pedagógica insuficiente e ao reconhecimento limitado da função educativa. Tais condições comprometem o acompanhamento dos estudantes, sobretudo quando a orientação precisa ser conciliada com uma rotina assistencial marcada por elevada demanda, falta de profissionais e restrições de tempo.

O domínio técnico e a experiência no serviço não garantem, por si mesmos, condições para desenvolver uma preceptoria qualificada. O preceptor precisa transformar situações cotidianas em oportunidades formativas, estimular a reflexão, acompanhar o desempenho e favorecer a integração do estudante com a equipe. Para que essa função seja cumprida, torna-se necessário oferecer formação pedagógica, reconhecimento institucional e tempo destinado ao planejamento das atividades (Gleriano *et al.*, 2024; Leite *et al.*, 2025).

A análise de Gleriano *et al.* (2024) também reforça a necessidade de integrar ensino, gestão, atenção e controle social. A formação nos serviços não pode depender somente da relação entre preceptor e estudante, pois envolve decisões institucionais sobre os cenários de prática, a organização das equipes e a participação da comunidade. Quando a gestão reconhece a formação como parte do processo de trabalho, aumentam as possibilidades de planejamento compartilhado, definição de responsabilidades e acompanhamento das atividades desenvolvidas.





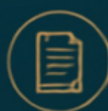
As residências analisadas por Fernandes *et al.* (2026) e Medeiros, Forte e Toassi (2024) demonstram que a articulação institucional pode produzir efeitos positivos tanto para os profissionais em formação quanto para os serviços. Contudo, tais resultados dependem da participação das equipes, do acompanhamento dos preceptores e da relação entre os objetivos pedagógicos e as necessidades da rede. A falta dessa articulação pode transformar os residentes em mão de obra complementar, enfraquecendo o processo educativo e reduzindo as possibilidades de mudança no cuidado.

De maneira semelhante, as vivências discutidas por Cavalcante *et al.* (2026) e as experiências analisadas por Rodrigues, Dalbello-Araújo e Lazarini (2024) mostram que a inserção no SUS precisa estar vinculada a objetivos formativos claros. O contato com os serviços possui grande potencial para desenvolver responsabilidade, colaboração e compreensão da realidade sanitária, mas exige acompanhamento e reflexão. Sem esses elementos, a experiência pode permanecer superficial e não produzir mudanças significativas na maneira como os futuros profissionais compreendem o trabalho em equipe.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar a construção de competências necessárias ao trabalho integrado em saúde, considerando as perspectivas e os desafios envolvidos na formação profissional para atuação no Sistema Único de Saúde. A análise realizada permitiu responder ao objetivo proposto, demonstrando que a formação voltada ao SUS precisa articular conhecimentos técnicos, competências colaborativas, compromisso ético, compreensão das redes de atenção e capacidade de construir decisões compartilhadas diante das necessidades dos usuários.

Os resultados mostraram que o trabalho integrado não depende somente da presença de diferentes profissões em um mesmo serviço, pois exige comunicação, clareza das atribuições, escuta, negociação, resolução de conflitos e corresponsabilização pelo cuidado. Nesse sentido, a identidade de cada profissão precisa ser preservada, mas suas fronteiras não podem impedir o diálogo entre os conhecimentos. Quando existe equilíbrio entre competências específicas e compartilhadas, as equipes conseguem desenvolver intervenções mais amplas, coerentes com a integralidade e com a complexidade das condições de saúde.





Também foi possível compreender que essas competências se desenvolvem com maior consistência em experiências vinculadas à realidade dos serviços. Residências multiprofissionais, vivências no SUS, estágios, discussões de casos, atividades coletivas e reuniões de equipe favorecem a aproximação entre formação e trabalho, permitindo que estudantes e profissionais compreendam os desafios presentes na assistência, na gestão e na organização das redes. Entretanto, a experiência prática precisa estar acompanhada por reflexão, supervisão e planejamento, pois a simples execução de procedimentos não garante uma aprendizagem crítica ou colaborativa.

Entre as principais contribuições deste trabalho, destaca-se a compreensão de que a formação para o trabalho integrado constitui uma responsabilidade compartilhada entre instituições de ensino, serviços de saúde, gestores, docentes, preceptores e trabalhadores. A análise também reforçou a importância da educação interprofissional, da valorização da preceptoria e da preparação pedagógica dos professores, visto que a construção de competências colaborativas depende de experiências planejadas, mediadas e integradas aos currículos.

Apesar dessas contribuições, o trabalho apresenta limitações relacionadas ao caráter narrativo da revisão e ao número de publicações selecionadas. O recorte temporal recente permitiu discutir perspectivas atuais, porém restringiu a inclusão de produções anteriores que poderiam ampliar a compreensão histórica sobre a formação profissional no SUS. Além disso, a diversidade de métodos, participantes e cenários presentes nas publicações dificulta a comparação direta entre os resultados e impede que as conclusões sejam generalizadas para todos os cursos e serviços de saúde.

Para investigações futuras, recomenda-se ampliar o número de publicações analisadas, incluir diferentes regiões brasileiras e comparar experiências desenvolvidas na graduação, nas residências e na educação permanente. Também são necessárias análises que acompanhem os profissionais durante períodos mais extensos, verificando se as competências construídas durante a formação permanecem presentes no cotidiano do trabalho e produzem mudanças efetivas na qualidade do cuidado. A participação de usuários, familiares e representantes da comunidade também pode contribuir para compreender os efeitos do trabalho integrado sob a perspectiva de quem utiliza os

Conclui-se que a construção de competências para o trabalho integrado precisa ocupar posição permanente na formação dos profissionais da saúde. Currículos





articulados, experiências nos serviços, educação interprofissional, preceptoria qualificada e apoio institucional constituem elementos essenciais para preparar trabalhadores capazes de atuar de maneira colaborativa. Assim, formar para o SUS significa desenvolver profissionais que compreendam a complexidade do cuidado, reconheçam a contribuição de diferentes saberes e construam respostas compartilhadas, éticas e comprometidas com a integralidade, a equidade e as necessidades da população.

REFERÊNCIAS

CAVALCANTE, Ana Suelen Pedroza; MOTA, Juliana Oliveira; LIMA, Israel Coutinho Sampaio; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da. Competências colaborativas de egressos do Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 30, e250165, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.250165>. Disponível em: <https://interface.org.br/publicacoes/competencias-colaborativas-de-egressos-do-projeto-de-vivencias-e-estagios-na-realidade-do-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

FERNANDES, Pedro Emanuel do Nascimento *et al.* Efeitos dos programas de residências em saúde nos serviços e nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde: revisão de escopo rápida, Brasília, 2025. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 35, e20250464, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222026v35e20250464>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/fjdfKMZ3jJTqP56rxd8XFBBr/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2026.

GLERIANO, Josué Souza *et al.* Preceptoria em enfermagem: desafios e estratégias para fortalecer a integração ensino-gestão-atenção-controle social. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 28, e20240055, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0055>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/BjMmrjkHKrj536Qrj4JXwTJ/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2026.

LEITE, Daniella Rosaly *et al.* Competências e fundamentos pedagógicos para o desenvolvimento docente na educação interprofissional em saúde: revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 59, e20240421, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0421>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/cLxtKfN8x9Q3rnL7zxtpjg/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2026.

LIMA, Rebeca Benevides Dias; MIRANDA, Elaine Silva; SILVA, Ana Lúcia Abrahão da; FREITAS, Silvia Eliza Almeida Pereira de. A interprofissionalidade nas Diretrizes Curriculares Nacionais brasileiras dos cursos da área da saúde. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Sorocaba, v. 29, e024020, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-57652024v29id279379>. Disponível em:





<https://www.scielo.br/j/aval/a/xDHtQjJ9YXKzZntfPbFqtgC/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2026.

LIMA, Valéria Vernaschi; RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero; GOMES, Romeu; MOURTHÉ JÚNIOR, Carlos Alberto; PADILHA, Roberto de Queiroz. Áreas de competência: núcleo e campo profissionais como eixos para a gestão e a formação na saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 29, e240092, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.240092>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/TWNdWsdgS67CYTKZ3LdJdgM/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

MEDEIROS, Aline Vieira; FORTE, Franklin Delano Soares; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Educação interprofissional na Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde: análise fenomenológica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 143, e9167, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241439167P>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gcNFpvd5PPsLK7C5HqN4qb/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

MENEZES, Cláudia Callegaro de; RANGEL, Alex Silva; LEÃO, Anna Thereza Thomé; BARROS, Maria Cynésia Medeiros de. Avaliação da percepção dos professores sobre educação interprofissional em saúde por meio de grupos focais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 28, e230291, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230291>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/R6wZ6YDhfNyXht88NL4PmhJ/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

RODRIGUES, Alana Pereira; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela; LAZARINI, Wellington Serra. Integração ensino-serviço: a experiência como estratégia formativa em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 28, e230381, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230381>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yk9H5zyzw8dqGq99dR9RQwd/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador; MINIKOWSKI, Juliana Nunes Fernandes; HIRAKAWA, Ana Paula Ribeiro. Ensino na saúde: intencionalidades dos mestrados profissionais para a formação e o trabalho interprofissional. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Sorocaba, v. 30, e025002, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-57652025v30id287327>. Disponível em: <https://submission.scielo.br/index.php/aval/article/view/287327>. Acesso em: 28 jul. 2026.





CONIESP

II Congresso Nacional de
Inovação em Educação e
Saúde Pública

CAPÍTULO 5

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA MEDICINA: APLICAÇÕES, DESAFIOS ÉTICOS E PERSPECTIVAS FUTURAS

Arthur Peçanha Galante¹; Cauan de Paula Souza²; Fabio Augusto Favalessa Pinheiro³; Lara Amorim Ferreira⁴; Nathália Lara Batista Piovezan⁵; Yasmin de Oliveira⁶; Wallace Fraga Rizo⁷



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA MEDICINA: APLICAÇÕES, DESAFIOS ÉTICOS E PERSPECTIVAS FUTURAS

Arthur Peçanha Galante¹; Cauan de Paula Souza²; Fabio Augusto Favalessa Pinheiro³; Lara Amorim Ferreira⁴; Nathália Lara Batista Piovezan⁵; Yasmin de Oliveira⁶; Wallace Fraga Rizo⁷

¹Discente do curso de Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro, Cachoeiro de Itapemirim – ES.

²Discente do curso de Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro, Cachoeiro de Itapemirim – ES.

³Discente do curso de Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro, Cachoeiro de Itapemirim – ES.

⁴Discente do curso de Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro, Cachoeiro de Itapemirim – ES.

⁵Discente do curso de Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro, Cachoeiro de Itapemirim – ES.

⁶Discente do curso de Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro, Cachoeiro de Itapemirim – ES.

⁷Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP/RP). Docente do curso de graduação em Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro, Cachoeiro de Itapemirim – ES.

RESUMO

No campo da medicina, sistemas baseados em inteligência artificial (IA) têm promovido transformações nos processos assistenciais, diagnósticos, terapêuticos, educacionais e gerenciais, ao viabilizar a análise avançada de grandes volumes de dados clínicos, o suporte à tomada de decisão e a otimização da eficiência dos serviços de saúde. Este capítulo objetiva analisar as principais aplicações da IA na medicina, seus benefícios, limitações e desafios éticos, técnicos e legais, bem como discutir perspectivas futuras para sua incorporação segura à prática clínica. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, construída a partir de artigos científicos, livros e documentos oficiais publicados entre 2015 e 2026. A síntese das evidências indica avanços relevantes na acurácia diagnóstica, na estratificação de riscos, no monitoramento remoto, na personalização do cuidado e no apoio à educação médica. Persistem, contudo, limitações relacionadas a vieses algorítmicos, privacidade e segurança dos dados, baixa explicabilidade de determinados modelos, dependência tecnológica e definição de responsabilidades profissionais. Conclui-se que a IA constitui ferramenta promissora para o aprimoramento da prática médica, desde que utilizada de forma ética, regulada, transparente e integrada ao julgamento clínico humano, com validação contínua, supervisão profissional e compromisso com a segurança e a equidade no cuidado.

Palavras-chave: Assistência à Saúde; Ética Médica; Inteligência Artificial; Saúde Digital; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

In medicine, artificial intelligence (AI)-based systems have transformed clinical, diagnostic, therapeutic, educational, and managerial processes by enabling advanced analysis of large volumes of clinical data, supporting decision-making, and improving healthcare efficiency. This chapter aims to analyze the main applications of AI in medicine, its benefits, limitations, and ethical, technical, and legal challenges, as well as to discuss future perspectives for its safe incorporation into clinical practice. This is a narrative literature review based on scientific articles, books, and official documents published between 2015 and 2026. The evidence synthesis indicates relevant advances in diagnostic accuracy, risk stratification, remote monitoring, personalized care, and support for medical education. However, limitations remain regarding algorithmic bias, data





privacy and security, low explainability of some models, technological dependence, and the allocation of professional responsibilities. AI is therefore a promising tool for improving medical practice, provided that it is used ethically, under appropriate regulation, transparently, and in conjunction with human clinical judgment. Continuous validation, professional oversight, digital literacy, and robust governance frameworks are essential to ensure patient safety, equity, and the responsible adoption of these technologies.

Keywords: Artificial Intelligence; Digital Health; Health Care; Medical Ethics; Patient Safety.

1 INTRODUÇÃO

A incorporação das tecnologias digitais no setor da saúde tem produzido transformações relevantes nos processos assistenciais, administrativos e gerenciais. Marques e Ferreira (2020) destacam que a digitalização de registros clínicos, a integração de bases de dados e o desenvolvimento de ferramentas de apoio à decisão ampliaram a capacidade de organizar informações e de utilizá-las na continuidade do cuidado, na segurança do paciente e na gestão dos serviços.

Nesse contexto, a inteligência artificial passou a ocupar posição estratégica na medicina ao permitir o processamento de grandes volumes de dados, a identificação de padrões e a geração de estimativas diagnósticas, prognósticas e terapêuticas. Souza Filho et al. (2020) e Zucolotto et al. (2023) apontam que aplicações baseadas em aprendizado de máquina e aprendizado profundo vêm sendo exploradas em diagnóstico por imagem, cardiologia, oncologia, medicina de precisão, monitoramento remoto e apoio à tomada de decisão, com potencial para aumentar a eficiência e a precisão de determinadas tarefas clínicas.

Apesar desse potencial, a utilização de IA em saúde envolve desafios que ultrapassam o desempenho técnico dos algoritmos. Questões relativas à privacidade, à segurança e à governança dos dados, aos vieses algorítmicos, à explicabilidade dos modelos, à responsabilização em caso de dano e à preservação da autonomia clínica exigem avaliação crítica. Shoghli, Darvish e Sadeghian (2024) e World Health Organization (2021) ressaltam que a IA deve ser empregada como instrumento de apoio, e não como substituta do julgamento profissional, mantendo-se a supervisão humana e a centralidade do paciente no processo assistencial.

A rápida evolução tecnológica e regulatória também evidencia uma lacuna prática: a incorporação de sistemas de IA ocorre em ritmo superior à consolidação de competências digitais, protocolos institucionais e critérios homogêneos de validação e monitoramento. Assim, torna-se necessário articular evidências científicas, formação profissional, segurança do paciente e marcos normativos para orientar uma adoção responsável dessas tecnologias.

Objetivo: Analisar as aplicações da inteligência artificial na medicina, destacando seus avanços no diagnóstico, tratamento, educação e gestão em saúde, bem como discutir benefícios, limitações, desafios éticos, técnicos e legais e perspectivas futuras para sua integração segura à prática médica.





2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-reflexivo, escolhida em razão da natureza multidimensional do objeto de estudo, que envolve aspectos tecnológicos, clínicos, éticos, legais, educacionais e regulatórios. A busca bibliográfica foi conduzida entre janeiro de 2025 e maio de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science e SciELO, complementada pelo buscador acadêmico Google Scholar e por documentos oficiais de organismos nacionais e internacionais.

Foram utilizados descritores e termos livres em português, inglês e espanhol, combinados com os operadores booleanos AND e OR, incluindo: “Inteligência Artificial”, “Medicina”, “Aprendizado de Máquina”, “Diagnóstico”, “Ética Médica”, “Segurança do Paciente”, “Tomada de Decisão”, “Saúde Digital”, “Vieses Algorítmicos” e “Regulamentação”, além de seus correspondentes Artificial Intelligence, Medicine, Machine Learning, Diagnosis, Medical Ethics, Patient Safety, Decision Making, Digital Health, Algorithmic Bias e Regulation, e equivalentes em espanhol.

Foram incluídos artigos científicos revisados por pares, livros de referência, documentos oficiais, relatórios técnicos e atos normativos publicados entre 2015 e 2026, disponíveis integralmente em português, inglês ou espanhol e diretamente relacionados às aplicações, benefícios, limitações, desafios éticos ou perspectivas futuras da IA na medicina. Foram excluídos trabalhos duplicados, textos opinativos sem fundamentação consistente, publicações com foco exclusivamente computacional sem interface clínica e materiais sem aderência ao objetivo do capítulo.

Após a triagem e a leitura integral dos materiais pertinentes, 25 fontes bibliográficas e normativas compuseram a síntese final. As informações foram organizadas em três eixos: aplicações da IA na medicina; desafios éticos e implicações para a prática médica; e perspectivas futuras. A análise foi conduzida de forma crítica e interpretativa, buscando identificar convergências, limitações e implicações para a prática clínica e para a formação profissional.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A inteligência artificial na medicina

A inteligência artificial constitui um campo da ciência da computação dedicado ao desenvolvimento de sistemas capazes de executar tarefas associadas à cognição humana, como aprendizado, reconhecimento de padrões, processamento de linguagem e tomada de decisão baseada em dados. Zucolotto et al. (2023) descrevem que, na medicina, sua trajetória inclui sistemas especialistas desenvolvidos ainda na década de 1970, como o MYCIN, concebido para apoiar a identificação de agentes bacterianos e a seleção de antibioticoterapia. Embora não tenha sido incorporado rotineiramente à prática clínica, esse sistema se tornou um marco histórico por demonstrar a possibilidade de utilizar regras computacionais para apoiar o raciocínio médico.

A partir dos anos 2000, o aumento da capacidade computacional, a disponibilidade de grandes bases de dados e o avanço do aprendizado de máquina e do aprendizado profundo ampliaram





substancialmente as aplicações médicas da IA. Souza Filho et al. (2020) e Zucolotto et al. (2023) apontam que a integração de prontuários eletrônicos, exames de imagem, dados genômicos e variáveis clínicas favoreceu o desenvolvimento de modelos destinados ao diagnóstico, ao prognóstico e à individualização terapêutica. Em áreas de forte componente imagético, Esteva et al. (2017) e Rajpurkar et al. (2018) demonstraram desempenho elevado de algoritmos de aprendizado profundo na classificação de lesões dermatológicas e na interpretação de radiografias de tórax, reforçando o potencial da IA como tecnologia de apoio diagnóstico.

No âmbito da educação em saúde, ferramentas baseadas em IA podem apoiar sistemas tutores, personalização de conteúdos, simulações, feedback e outras estratégias de ensino mediadas por tecnologia. Tavares, Meira e Amaral (2020) destacam que esse uso pode ampliar oportunidades de aprendizagem e favorecer a adaptação do conteúdo ao desempenho do estudante, mas exige desenho pedagógico adequado, supervisão docente e avaliação crítica das respostas produzidas pelos sistemas.

Na prática clínica e acadêmica, a capacidade de processar dados em grande escala pode auxiliar a identificação de padrões e tendências, a estratificação de risco e a organização de informações. Entretanto, resultados algorítmicos não devem ser interpretados como evidência autossuficiente: sua utilidade depende da qualidade dos dados, da validação externa, da adequação ao contexto assistencial e da interpretação do profissional. World Health Organization (2021) e Conselho Federal de Medicina (2026) ressaltam que a governança responsável pressupõe supervisão humana, avaliação de desempenho ao longo do ciclo de vida da ferramenta e mecanismos de segurança capazes de detectar falhas e mudanças de comportamento do modelo.

3.2 Desafios éticos e implicações para a prática médica

A incorporação da inteligência artificial na medicina, embora promissora, não está isenta de desafios éticos, legais e técnicos. Esses desafios envolvem a qualidade e a representatividade dos dados, a proteção de informações sensíveis, a transparência dos modelos, a responsabilização em situações de dano e as mudanças no papel profissional do médico. Sua análise é indispensável para que benefícios tecnológicos não sejam obtidos à custa da segurança, da equidade ou da autonomia dos pacientes.

3.2.1 Vieses algorítmicos e equidade em saúde

Os vieses algorítmicos podem surgir quando bases de treinamento não representam adequadamente a diversidade populacional ou quando variáveis utilizadas pelo modelo refletem desigualdades históricas do sistema de saúde. Algoritmos desenvolvidos com dados de populações específicas podem apresentar desempenho inferior em grupos sub-representados e, consequentemente, contribuir para erros de classificação, subestimação de riscos ou decisões assistenciais inadequadas. O estudo de Obermeyer et al. (2019) demonstrou como um algoritmo utilizado na gestão de populações reproduzia desigualdades raciais ao empregar custos de saúde como proxy de necessidade clínica.

Esse problema pode assumir caráter estrutural quando sistemas de IA são empregados para estratificação de risco, definição de prioridades ou alocação de recursos. Como os modelos





aprendem a partir de dados históricos, podem incorporar padrões preexistentes de desigualdade mesmo sem intenção discriminatória explícita. Char, Shah e Magnus (2018) defendem que auditoria, validação externa, análise de desempenho entre subgrupos e governança ética devem integrar todo o ciclo de vida dos algoritmos clínicos.

3.2.2 Privacidade, segurança e proteção de dados

A utilização de IA em medicina depende frequentemente do acesso a grandes volumes de dados clínicos, genômicos e comportamentais, o que amplia riscos relacionados à privacidade e à segurança da informação. Shoghli, Darvish e Sadeghian (2024) alertam que coleta, armazenamento, compartilhamento e processamento em ambientes digitais podem expor instituições e pacientes a vazamentos, acessos não autorizados e usos incompatíveis com a finalidade originalmente informada.

Brasil (2018), por meio da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018), estabelece princípios e direitos relacionados à proteção da privacidade e ao tratamento de dados pessoais. União Europeia (2016), por meio do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados – GDPR, também constitui referência regulatória para o tratamento de dados pessoais. No contexto da IA em saúde, a conformidade jurídica deve ser acompanhada por medidas técnicas e organizacionais, como controle de acesso, criptografia, minimização de dados, anonimização quando aplicável, rastreabilidade e políticas claras de governança.

A crescente interconexão entre prontuários eletrônicos, plataformas em nuvem e dispositivos de monitoramento amplia a superfície de risco cibernético. Além das salvaguardas técnicas, é necessário assegurar transparência quanto à finalidade do uso dos dados, critérios de compartilhamento e responsabilidades institucionais, preservando os direitos dos pacientes e a confidencialidade das informações de saúde.

3.2.3 Explicabilidade, transparência e responsabilização

Muitos modelos de aprendizado de máquina e, especialmente, de aprendizado profundo apresentam baixa interpretabilidade, sendo frequentemente descritos como “caixas-pretas”. Lipton (2018) assinala que, nesses casos, pode ser difícil compreender quais variáveis ou relações internas levaram a determinada recomendação, o que limita a avaliação crítica do resultado e dificulta a comunicação com o paciente. A explicabilidade, por sua vez, não se restringe à exposição de parâmetros técnicos: deve produzir informação compreensível e útil para quem precisa avaliar uma decisão clínica, aspecto relacionado ao conceito de causabilidade discutido por Holzinger et al. (2019).

A responsabilização é particularmente complexa quando um evento adverso envolve sistemas autônomos ou semiautônomos. Erros podem resultar de múltiplas camadas — desenvolvimento, validação, implantação institucional, qualidade dos dados, atualização do sistema ou uso clínico —, o que exige regras claras de supervisão e documentação. Holzinger et al. (2019) e Conselho Federal de Medicina (2026) ressaltam que a decisão assistencial final deve permanecer vinculada à avaliação profissional e a processos de governança que permitam rastrear como a ferramenta foi empregada.





3.2.4 Dependência tecnológica e automation bias

Outro risco relevante é a dependência tecnológica excessiva e a progressiva delegação do raciocínio clínico a sistemas automatizados. O fenômeno conhecido como automation bias ocorre quando usuários tendem a confiar excessivamente em recomendações produzidas por sistemas de apoio à decisão, reduzindo a vigilância crítica e a busca por informações contraditórias. Lyell et al. (2017) documentaram esse comportamento em contextos de prescrição eletrônica e demonstraram que ele pode comprometer a segurança quando a recomendação automatizada está incorreta.

A dependência também pode afetar a manutenção de habilidades clínicas tradicionais e a capacidade de lidar com situações atípicas, contextos não representados no treinamento do algoritmo ou cenários de indisponibilidade tecnológica. Topol (2019) defende que a IA deve ampliar — e não substituir — a capacidade cognitiva do médico. Nesse sentido, protocolos de supervisão ativa, verificação independente e treinamento para reconhecer limitações algorítmicas são essenciais para reduzir esse risco.

3.2.5 IA versus julgamento clínico: limites da automação e complementaridade necessária

A inteligência artificial apresenta desempenho particularmente expressivo em tarefas baseadas na análise de grandes volumes de dados estruturados, reconhecimento de imagens e identificação de padrões, reduzindo limitações humanas relacionadas à fadiga e ao processamento simultâneo de múltiplas variáveis. Esteva et al. (2017) e Rajpurkar et al. (2018) demonstram que modelos específicos podem alcançar desempenho comparável ao de especialistas em tarefas delimitadas, especialmente em aplicações de dermatologia e radiologia.

Entretanto, o trabalho médico não se limita à classificação de padrões ou à escolha de condutas probabilísticas. A prática clínica integra conhecimento técnico-científico, experiência, comunicação, empatia, preferências do paciente, valores, contexto sociocultural e julgamento ético. Verghese, Shah e Harrington (2018) ressaltam que essas dimensões relacionais e contextuais permanecem fundamentais e não são plenamente reproduzidas por modelos computacionais.

A incorporação da IA tende, assim, a reconfigurar o papel do médico, que passa a atuar também como avaliador crítico de informações produzidas por sistemas inteligentes. Nesse paradigma, a tecnologia fornece estimativas, alertas e análises preditivas, enquanto o profissional mantém a responsabilidade por interpretar, validar e contextualizar essas informações. Obermeyer e Emanuel (2016) e World Health Organization (2021) defendem uma relação de complementaridade, e não de competição, entre humano e máquina.

3.2.6 Competências digitais e reconfiguração da formação médica

A transformação do papel do médico implica redefinição das competências profissionais necessárias. Além das habilidades clínicas tradicionais, torna-se importante compreender princípios básicos de funcionamento dos algoritmos, reconhecer vieses, avaliar limitações, interpretar métricas de desempenho e comunicar ao paciente de forma clara quando uma decisão foi apoiada por tecnologia. European Commission (2020) e World Health Organization (2021) destacam que a alfabetização digital e a ética em tecnologia devem ser tratadas como competências transversais, e não como conteúdos periféricos.





No contexto brasileiro, Conselho Federal de Medicina (2026), por meio da Resolução CFM nº 2.454/2026, estabelece normas para pesquisa, desenvolvimento, governança, auditoria, monitoramento, capacitação e uso responsável de soluções de IA na medicina, reforçando a necessidade de supervisão humana e de responsabilidade profissional. A formação inicial e continuada deve acompanhar esse cenário, preparando profissionais para avaliar criticamente sistemas em constante atualização e para preservar a segurança, a autonomia e a qualidade assistencial.

3.3 Perspectivas futuras

As perspectivas futuras da IA na medicina envolvem o aprimoramento de modelos capazes de integrar dados clínicos, genéticos, ambientais e de imagem para apoiar diagnóstico, prognóstico e prevenção. Sabri, Al-Shargabi e Abuarqoub (2025) indicam que algoritmos de aprendizado de máquina e aprendizado profundo podem alcançar desempenho comparável ou superior ao humano em tarefas específicas de diagnóstico por imagem, embora os resultados dependam da população, do conjunto de dados e da validação clínica realizada.

Bhatt, Jain e Bhatia (2025) apontam que aplicações diagnósticas vêm avançando em áreas como câncer, doenças cardiovasculares, diabetes e condições neurodegenerativas, com potencial para ampliar a detecção precoce e a eficiência dos fluxos assistenciais. Alsaedi et al. (2025) destacam que, na medicina de precisão, a integração de fatores de risco genéticos e dados clínicos por métodos de IA pode apoiar a estratificação de risco e a escolha de estratégias preventivas ou terapêuticas mais individualizadas.

Yuan et al. (2025), em meta-análise sobre sistemas de alerta precoce baseados em IA, identificaram associação com melhora de alguns desfechos clínicos em estudos prospectivamente validados. Os autores, contudo, ressaltam a necessidade de novas pesquisas sobre efetividade e implementação em diferentes contextos, especialmente diante da expansão do monitoramento remoto e da análise de sinais fisiológicos em tempo real.

O futuro da IA em saúde aponta, portanto, para uma integração mais profunda entre tecnologia e prática clínica, com expansão de abordagens preditivas, preventivas, personalizadas e participativas. O êxito dessa trajetória dependerá de validação clínica robusta, interoperabilidade, qualificação profissional, governança transparente e capacidade regulatória. União Europeia (2024), por meio do Regulamento Europeu de Inteligência Artificial — Regulamento (UE) 2024/1689 —, e Conselho Federal de Medicina (2026), por meio da regulamentação brasileira específica para o uso médico da IA, exemplificam a tendência de formalização de requisitos de segurança, supervisão e responsabilidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inteligência artificial consolida-se como uma das tecnologias mais relevantes para a transformação da medicina contemporânea. A literatura analisada demonstra aplicações em diagnóstico, estratificação de risco, monitoramento remoto, personalização terapêutica, educação e





apoio à tomada de decisão, com potencial para aumentar a precisão, a eficiência e a capacidade de processamento de informações em saúde.

Esses benefícios, entretanto, não eliminam riscos associados a vieses algorítmicos, privacidade e segurança dos dados, baixa explicabilidade, dependência tecnológica e responsabilização por eventos adversos. O objetivo deste capítulo foi, portanto, responder ao demonstrar que a incorporação segura da IA depende não apenas de desempenho técnico, mas também de governança, validação contínua, proteção de dados, transparência e supervisão humana.

A distinção entre substituição e complementaridade permanece central: a IA pode ampliar capacidades cognitivas e apoiar decisões, mas não substitui julgamento clínico, experiência, comunicação, empatia e responsabilidade profissional. A formação médica deve incorporar competências digitais e éticas de forma transversal, preparando estudantes e profissionais para reconhecer limites, interpretar resultados e utilizar sistemas inteligentes de maneira crítica.

Como limitação, esta revisão narrativa não pretende esgotar a produção científica nem realizar síntese quantitativa dos efeitos das intervenções analisadas. Recomenda-se que pesquisas futuras priorizem validação externa e prospectiva, avaliação de impacto em diferentes populações, análise de vieses, estudos de custo-efetividade, monitoramento pós-implementação e investigação das implicações jurídicas e educacionais da IA. A articulação entre inovação tecnológica e valores humanos será determinante para que essas ferramentas contribuam para uma medicina mais precisa, eficiente, segura, equitativa e centrada no paciente.





REFERÊNCIAS

ALSAEDI, Sakhaa et al. AI-powered precision medicine: utilizing genetic risk factor optimization to revolutionize healthcare. *NAR Genomics and Bioinformatics*, v. 7, n. 2, lqaf038, 2025. DOI: 10.1093/nargab/lqaf038.

BHATT, Jay; JAIN, Sweny; BHATIA, Dhiraj Devidas. Artificial intelligence (AI) in healthcare diagnosis: evidence-based recent advances and clinical implications. *Sensors & Diagnostics*, v. 4, p. 1047-1059, 2025. DOI: 10.1039/D5SD00146C.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 15 ago. 2018.

CHAR, Danton S.; SHAH, Nigam H.; MAGNUS, David. Implementing machine learning in health care — addressing ethical challenges. *The New England Journal of Medicine*, v. 378, n. 11, p. 981-983, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.454, de 11 de fevereiro de 2026. Normatiza o uso da inteligência artificial na medicina. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 27 fev. 2026.

ESTEVA, Andre et al. Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. *Nature*, v. 542, n. 7639, p. 115-118, 2017.

EUROPEAN COMMISSION. White Paper on Artificial Intelligence: a European approach to excellence and trust. Brussels: European Commission, 2020.

HOLZINGER, Andreas et al. Causability and explainability of artificial intelligence in medicine. *WIREs Data Mining and Knowledge Discovery*, v. 9, n. 4, e1312, 2019. DOI: 10.1002/widm.1312.

LIPTON, Zachary C. The mythos of model interpretability. *Communications of the ACM*, v. 61, n. 10, p. 36-43, 2018.

LYELL, David et al. Automation bias in electronic prescribing. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, v. 17, art. 28, 2017. DOI: 10.1186/s12911-017-0425-5.

MARQUES, Isabel C. P.; FERREIRA, João J. M. Digital transformation in the area of health: systematic review of 45 years of evolution. *Health and Technology*, v. 10, n. 3, p. 575-586, 2020.

OBERMEYER, Ziad; EMANUEL, Ezekiel J. Predicting the future — big data, machine learning, and clinical medicine. *The New England Journal of Medicine*, v. 375, n. 13, p. 1216-1219, 2016.

OBERMEYER, Ziad et al. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science*, v. 366, n. 6464, p. 447-453, 2019.

RAJPURKAR, Pranav et al. Deep learning for chest radiograph diagnosis: a retrospective comparison of the CheXNeXt algorithm to practicing radiologists. *PLOS Medicine*, v. 15, n. 11, e1002686, 2018. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002686.

SABRI, Omar; AL-SHARGABI, Bassam; ABUARQOUB, Abdelrahman. The role of artificial intelligence in improving diagnostic accuracy in medical imaging: a review. *Computers, Materials & Continua*, v. 85, n. 2, p. 2443-2486, 2025. DOI: 10.32604/cmc.2025.066987.

SHOGHLI, Arya; DARVISH, Mahsa; SADEGHIAN, Yasan. Balancing innovation and privacy: ethical challenges in AI-driven healthcare. *Journal of Reviews in Medical Sciences*, v. 4, n. 1, p. 1-11, 2024. DOI: 10.22034/jrms.2024.494112.1034.

SOUZA FILHO, Erito Marques de et al. Ética, inteligência artificial e cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 115, n. 3, p. 579-583, 2020. DOI: 10.36660/abc.20200143.





TAVARES, Luis Antonio; MEIRA, Matheus Carvalho; AMARAL, Sergio Ferreira do. Inteligência artificial na educação: survey. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 7, p. 48699-48714, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n7-496.

TOPOL, Eric. *Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again*. New York: Basic Books, 2019.

UNIÃO EUROPEIA. Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016. Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados. *Jornal Oficial da União Europeia*, L 119, 4 maio 2016.

UNIÃO EUROPEIA. Regulamento (UE) 2024/1689 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 13 de junho de 2024, que cria regras harmonizadas em matéria de inteligência artificial (Regulamento da Inteligência Artificial). *Jornal Oficial da União Europeia*, 12 jul. 2024.

VERGHESE, Abraham; SHAH, Nigam H.; HARRINGTON, Robert A. What this computer needs is a physician: humanism and artificial intelligence. *JAMA*, v. 319, n. 1, p. 19-20, 2018. DOI: 10.1001/jama.2017.19198.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance*. Geneva: World Health Organization, 2021.

YUAN, Shixin et al. AI-powered early warning systems for clinical deterioration significantly improve patient outcomes: a meta-analysis. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, v. 25, art. 203, 2025. DOI: 10.1186/s12911-025-03048-x.

ZUCOLOTTO, Thiago Elias et al. A inteligência artificial na medicina: aplicações atuais e potenciais. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 6, p. 31237-31247, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n6-358.





CONIESP

II Congresso Nacional de
Inovação em Educação e
Saúde Pública

CAPÍTULO 6

APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Nayara Teixeira Gomes¹; Kelly Silva Brasil Silveira²; Amanda dos Santos Fragoso³;
Roberta Backes Soares Köche⁴; Bruna Cristina Pereira Franco⁵; Níckolas Schneider Alves de Souza⁶;
Fernanda Balestrin Pastro Harkovtzeff⁷; Raquel Adjane de Magalhães Machado⁸;
Marttem Costa de Santana⁹; Beatriz Vianna Cesar Oliveira¹⁰.



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Nayara Teixeira Gomes ¹; Kelly Silva Brasil Silveira ²; Amanda dos Santos Fragoso ³; Roberta Backes Soares Köche ⁴; Bruna Cristina Pereira Franco ⁵; Níckolas Schneider Alves de Souza ⁶; Fernanda Balestrin Pastro Harkovtzeff ⁷; Raquel Adjane de Magalhães Machado ⁸; Marttem Costa de Santana ⁹; Beatriz Vianna Cesar Oliveira ¹⁰

¹ Faculdade Integrada Pitágoras Moc, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: nayara.gomes9680@soufunorte.com.br

² Instituto Federal de Roraima, Manacapuru, Amazonas, Brasil. E-mail: Kelly_orient@hotmai.com

³ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: amanda.fragoso@hotmail.com

⁴ JFCSPA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: rbskoche@hcpa.edu.br

⁵ Faculdade de Ciências da Saúde de Unai - FACISA e Faculdade Unifahe - UNIFAHE, Unai, Minas Gerais, Brasil. E-mail: bruna.franco@facisaunai.edu.br

⁶ Universidade Federal de Uberlândia - UFU, Catalão, Goiás, Brasil. E-mail: nickolas.souza@ufu.br

⁷ HCPA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fbharkovtzeff@hcpa.edu.br

⁸ Universidade Feevale, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ra984941233@gmail.com

⁹ UTFPR e UEFS, Pesqueira, Pernambuco, Brasil. E-mail: marttem.santana@pesqueira.ifpe.edu.br

¹⁰ Universidade de Mogi das Cruzes, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: beatrizvianna0777@gmail.com

RESUMO

A aprendizagem interprofissional tem se destacado como estratégia relevante para a Educação Permanente em Saúde, especialmente diante da necessidade de ampliar a integração entre profissionais, fortalecer práticas colaborativas e qualificar a assistência em contextos marcados por crescente complexidade clínica e organizacional. Este capítulo teve como objetivo analisar a aprendizagem interprofissional como estratégia de Educação Permanente em Saúde, destacando suas contribuições para o desenvolvimento de competências colaborativas, integração ensino-serviço, organização do trabalho em equipe e qualificação do cuidado. Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, com publicações entre janeiro de 2022 e agosto de 2026, localizadas nas bases SciELO, BVS, PubMed/MEDLINE e Google Scholar, resultando em 12 estudos diretamente incluídos na análise. Os resultados demonstraram que metodologias ativas, discussão de casos, simulação, atividades territoriais, PET-Saúde, residências multiprofissionais e integração ensino-serviço favorecem comunicação, reconhecimento das competências profissionais, tomada de decisão compartilhada e cuidado centrado na pessoa. Também foram identificados desafios relacionados a hierarquias profissionais, fragmentação das práticas, incompatibilidade de agendas e insuficiente preparo de facilitadores. Conclui-se que a aprendizagem interprofissional, quando institucionalizada e vinculada às necessidades reais dos serviços, fortalece práticas integradas, inovação educacional, utilização de tecnologias formativas e produção compartilhada do conhecimento, contribuindo para a qualificação assistencial, científica e multidisciplinar e para maior integralidade e segurança do cuidado.

Palavras-chave: Educação Interprofissional; Educação Permanente em Saúde; Prática Colaborativa; Trabalho em Equipe; Qualidade da Assistência à Saúde.





ABSTRACT

Interprofessional learning has emerged as a relevant strategy for Permanent Health Education, particularly given the need to enhance professional integration, strengthen collaborative practices, and improve healthcare delivery in contexts of increasing clinical and organizational complexity. This chapter aimed to analyze interprofessional learning as a strategy for Permanent Health Education, emphasizing its contributions to the development of collaborative competencies, teaching-service integration, teamwork organization, and quality of care. A narrative literature review with a qualitative and descriptive-analytical approach was conducted, including publications from January 2022 to August 2026 retrieved from SciELO, BVS, PubMed/MEDLINE, and Google Scholar, resulting in 12 studies directly included in the analysis. The findings showed that active methodologies, case discussions, simulation, community-based activities, PET-Saúde initiatives, multiprofessional residency programs, and teaching-service integration promote communication, recognition of professional competencies, shared decision-making, and person-centered care. Challenges related to professional hierarchies, fragmented practices, scheduling conflicts, and insufficient facilitator preparation were also identified. It is concluded that interprofessional learning, when institutionalized and connected to real service needs, strengthens integrated practices, educational innovation, the use of learning technologies, and shared knowledge production, contributing to improved healthcare quality, scientific development, multidisciplinary practice, and greater comprehensiveness and safety of care.

Keywords: Interprofessional Education; Permanent Health Education; Collaborative Practice; Teamwork; Quality of Health Care.

1 INTRODUÇÃO

A complexidade crescente das necessidades em saúde tem exigido formas de organização do trabalho capazes de integrar diferentes profissões, conhecimentos e responsabilidades no processo assistencial. A fragmentação das práticas profissionais, a comunicação insuficiente entre categorias e a formação ainda predominantemente uniprofissional podem limitar a coordenação do cuidado e dificultar respostas integrais às demandas dos usuários, especialmente em serviços caracterizados pela atuação simultânea de equipes multiprofissionais (Souza; Rossit, 2024). Nesse contexto, a Educação Interprofissional vem ganhando espaço como estratégia voltada à construção de competências colaborativas e ao reconhecimento da interdependência entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado (Aldriwesh *et al.*, 2022).

A Educação Interprofissional pressupõe situações em que integrantes de duas ou mais profissões aprendem com, sobre e entre si, favorecendo comunicação, respeito às competências específicas e tomada de decisão compartilhada (Pereira *et al.*, 2024). Sua aproximação com a Educação Permanente em Saúde torna-se particularmente relevante porque ambas valorizam processos educativos vinculados às situações concretas do trabalho, à reflexão crítica sobre as práticas e à transformação dos modos de produzir cuidado (Vieira; Costa, 2024). Dessa forma, a aprendizagem deixa de ser compreendida apenas como atualização técnica individual e passa a constituir uma estratégia coletiva de qualificação das equipes e dos serviços.

No Sistema Único de Saúde, a necessidade de articulação entre diferentes áreas profissionais é especialmente evidente na Atenção Primária, na Vigilância em Saúde, nas residências multiprofissionais e nos programas de integração ensino-serviço, espaços em que a construção do cuidado depende da participação conjunta de profissionais com distintas formações





(Martins *et al.*, 2024). Experiências como o PET-Saúde Interprofissionalidade têm buscado aproximar estudantes, docentes, preceptores e trabalhadores em cenários reais de prática, favorecendo contato mais precoce com modelos colaborativos e ampliando a compreensão sobre as atribuições das diferentes profissões (Marques; Costa, 2023).

Apesar desses avanços, a institucionalização da aprendizagem interprofissional ainda encontra obstáculos importantes. Barreiras como hierarquias profissionais, incompatibilidade de horários, resistência à colaboração, desconhecimento sobre as competências dos demais membros da equipe e manutenção de estruturas curriculares fragmentadas podem limitar a efetividade das intervenções (Carneiro; Lima; Arce, 2025). Além disso, ambientes formalmente multiprofissionais nem sempre funcionam de maneira interprofissional, pois a convivência entre diferentes categorias não garante, por si só, interação, negociação de responsabilidades ou construção compartilhada das decisões (Barduzzi, 2024).

A própria formação dos facilitadores representa um aspecto decisivo para a consolidação dessa abordagem. A ausência de preparação docente e institucional para desenvolver atividades interprofissionais pode reduzir experiências potencialmente colaborativas a ações pontuais ou meramente multiprofissionais, sem repercussão consistente sobre as práticas de trabalho (Prevedello; Góes; Cyrino, 2024). Por essa razão, a aprendizagem interprofissional precisa ser planejada de forma longitudinal, integrada aos serviços e sustentada por metodologias capazes de promover participação ativa, discussão de casos, simulação, resolução de problemas e reflexão sobre o processo de trabalho (Corrêa *et al.*, 2022).

As evidências recentes apontam resultados favoráveis da Educação Interprofissional sobre atitudes, conhecimentos, comunicação e competências colaborativas, embora ainda existam lacunas quanto aos efeitos de longo prazo e aos impactos diretos sobre indicadores assistenciais (Saragih *et al.*, 2023). Revisões sistemáticas também destacam que muitos estudos permanecem concentrados em desfechos educacionais imediatos, sendo necessário ampliar avaliações relacionadas à segurança do paciente, continuidade do cuidado, resolutividade e organização dos serviços (Tan Shuyi *et al.*, 2024).

Diante desse cenário, o problema que orienta este capítulo consiste em compreender de que maneira a aprendizagem interprofissional pode ser utilizada como estratégia de Educação Permanente em Saúde para fortalecer o trabalho colaborativo e qualificar o cuidado nos serviços de saúde. A relevância dessa questão decorre da necessidade de superar práticas educativas fragmentadas e desenvolver processos formativos mais próximos das demandas reais das equipes, capazes de produzir mudanças sustentadas na comunicação, na cooperação e na organização da assistência.

A realização desta análise justifica-se pela importância de sistematizar evidências recentes sobre metodologias, experiências e resultados relacionados à aprendizagem interprofissional, contribuindo para orientar gestores, profissionais, docentes e preceptores na implementação de estratégias educativas mais integradas e contextualizadas. A utilização dessa abordagem pode favorecer maior aproximação entre ensino e serviço, fortalecer competências colaborativas e ampliar a capacidade das equipes de construir respostas compartilhadas diante de situações complexas de cuidado (Pereira *et al.*, 2024).

Parte-se da hipótese de que a aprendizagem interprofissional, quando inserida de forma contínua nos processos de Educação Permanente e vinculada às necessidades concretas dos serviços, favorece comunicação, integração das equipes, reconhecimento das competências profissionais e tomada de decisão compartilhada, contribuindo para maior qualidade e integralidade da assistência.





Dessa forma, este capítulo tem como objetivo analisar a aprendizagem interprofissional como estratégia de Educação Permanente em Saúde, destacando suas contribuições para o desenvolvimento de competências colaborativas, integração ensino-serviço, organização do trabalho em equipe e qualificação do cuidado.

2 METODOLOGIA

O presente capítulo foi desenvolvido por meio de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, com o objetivo de identificar e discutir evidências recentes relacionadas à aprendizagem interprofissional como estratégia de Educação Permanente em Saúde. A escolha por esse delineamento possibilitou reunir estudos com diferentes desenhos metodológicos, contextos institucionais e cenários formativos, permitindo uma análise ampla das contribuições da Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas, integração ensino-serviço, comunicação entre profissionais, organização do trabalho em equipe e qualificação do cuidado.

O levantamento bibliográfico contemplou publicações compreendidas entre janeiro de 2022 e agosto de 2026, período definido para priorizar evidências recentes e compatíveis com as transformações contemporâneas ocorridas nos processos de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde. As buscas foram realizadas e atualizadas em 7 de agosto de 2026.

Foram consultadas as bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), por meio do PubMed, e Google Scholar, este último utilizado de maneira complementar para localizar publicações relevantes não recuperadas diretamente nas demais estratégias.

A definição dos termos de busca considerou descritores disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus correspondentes no Medical Subject Headings (MeSH). Foram utilizados os termos: “Educação Interprofissional”; “Relações Interprofissionais”; “Educação Permanente”; “Educação Permanente em Saúde”; “Aprendizagem”; “Equipe de Assistência ao Paciente”; “Prática Colaborativa”; “Educação em Saúde”; “Capacitação de Recursos Humanos em Saúde”; “Atenção Primária à Saúde” e “Serviços de Saúde”.

Nas buscas em língua inglesa foram empregados os termos correspondentes: “Interprofessional Education”; “Interprofessional Relations”; “Continuing Education”; “Permanent Health Education”; “Learning”; “Patient Care Team”; “Collaborative Practice”; “Health Education”; “Health Personnel Training”; “Primary Health Care” e “Health Services”. Também foram empregados termos livres relacionados ao tema, entre eles “interprofessional learning”, “collaborative learning”, “interprofessional collaboration”, “workplace learning” e “continuing professional development”.

Os descritores foram combinados mediante os operadores booleanos AND e OR, de acordo com a estrutura de indexação de cada base. O operador AND foi utilizado para restringir a busca à associação entre aprendizagem interprofissional e Educação Permanente, enquanto OR permitiu reunir termos equivalentes ou semanticamente próximos.

Entre as principais estratégias de busca utilizadas estiveram:

“Educação Interprofissional” AND “Educação Permanente em Saúde”

“Educação Interprofissional” AND “Prática Colaborativa”

“Educação Interprofissional” AND “Atenção Primária à Saúde”

“Educação Interprofissional” AND “Equipe de Assistência ao Paciente”

“Relações Interprofissionais” AND “Educação Permanente”





“Aprendizagem Interprofissional” AND “Serviços de Saúde”
“Interprofessional Education” AND “Continuing Education”
“Interprofessional Learning” AND “Collaborative Practice”
“Interprofessional Education” AND “Primary Health Care”
“Interprofessional Education” AND “Health Services”
“Interprofessional Collaboration” AND “Continuing Professional Development”

Nas estratégias mais abrangentes, também foram utilizados inter cruzamentos como (“Interprofessional Education” OR “Interprofessional Learning”) AND (“Continuing Education” OR “Collaborative Practice”).

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos científicos publicados entre 2022 e agosto de 2026; publicações disponíveis integralmente; textos em português, inglês ou espanhol; estudos diretamente relacionados à Educação Interprofissional, aprendizagem interprofissional, Educação Permanente em Saúde ou prática colaborativa; investigações envolvendo estudantes, profissionais, docentes, preceptores ou equipes de saúde; estudos desenvolvidos em serviços de saúde, instituições de ensino, residências multiprofissionais, programas de integração ensino-serviço ou outros cenários formativos relacionados ao setor saúde; artigos que apresentassem resultados quantitativos, qualitativos ou mistos sobre competências colaborativas, comunicação, trabalho em equipe, reconhecimento de atribuições profissionais, integração ensino-serviço ou cuidado centrado na pessoa.

Foram também considerados elegíveis revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos, estudos observacionais, investigações qualitativas, relatos de experiência com descrição metodológica suficiente e estudos avaliativos relacionados à temática do capítulo.

Como critérios de exclusão, foram retiradas publicações anteriores ao período estabelecido; registros duplicados; editoriais; cartas ao editor; comentários; resumos de congressos sem texto completo; materiais exclusivamente teóricos sem relação direta com experiências ou resultados da Educação Interprofissional; estudos centrados em apenas uma categoria profissional sem componente de interação interprofissional; artigos cujo foco principal estivesse exclusivamente na educação clínica tradicional sem relação com colaboração profissional; e publicações que, após leitura integral, não apresentassem relação direta com o objetivo do capítulo.

O processo de seleção ocorreu em etapas sucessivas. Inicialmente, foram examinados os registros recuperados nas diferentes fontes e removidas as duplicações identificadas. Posteriormente, realizou-se a leitura dos títulos, com exclusão daqueles manifestamente incompatíveis com a temática. Na etapa seguinte, os resumos foram analisados com o objetivo de verificar a presença de experiências, intervenções ou resultados relacionados à aprendizagem interprofissional e à qualificação do trabalho colaborativo.

Os artigos considerados potencialmente elegíveis foram submetidos à leitura integral, ocasião em que foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão e verificada a pertinência direta de cada publicação para o objetivo proposto. Após esse processo, 12 estudos foram selecionados para compor diretamente a análise dos resultados e discussões, todos inseridos no recorte temporal estabelecido.

Por se tratar de uma revisão narrativa, não foi adotado protocolo de revisão sistemática nem realizada metanálise própria dos resultados. Também não foi empregada ferramenta formal de avaliação de risco de viés, uma vez que a proposta consistiu em reunir e interpretar criticamente diferentes experiências e evidências recentes relacionadas à aprendizagem interprofissional.

Após a seleção, foi elaborada uma matriz de extração dos dados contendo: autor e ano de publicação; país ou local de realização; objetivo; desenho metodológico; população ou





participantes; cenário de aprendizagem; intervenção ou estratégia educacional empregada; duração da atividade, quando informada; principais competências avaliadas; resultados quantitativos ou qualitativos; limitações; e contribuição para a Educação Permanente em Saúde e para o trabalho colaborativo.

Os dados quantitativos foram registrados conforme apresentados nos artigos originais, incluindo número de participantes, quantidade de estudos incluídos em revisões, percentuais e medidas relacionadas a atitudes, percepções ou competências interprofissionais. Não foram realizados novos cálculos estatísticos nem combinação quantitativa dos resultados, considerando a heterogeneidade dos desenhos, instrumentos e contextos investigados.

A análise foi conduzida de maneira narrativa e interpretativa, inicialmente por leitura exploratória e, posteriormente, por leitura analítica e comparação entre os resultados. Os achados foram agrupados por aproximação temática, permitindo a organização em seis eixos principais: 1) desenvolvimento de competências colaborativas; 2) metodologias ativas e estratégias de aprendizagem interprofissional; 3) integração ensino-serviço; 4) aprendizagem interprofissional na Atenção Primária e nos territórios; 5) residências multiprofissionais e formação em serviço; e 6) barreiras institucionais e desafios para a consolidação da interprofissionalidade.

Durante a interpretação, foram consideradas como contribuições relevantes as mudanças relacionadas à comunicação, reconhecimento das competências profissionais, tomada de decisão compartilhada, cooperação, integração entre categorias, cuidado centrado na pessoa, articulação ensino-serviço e utilização do próprio processo de trabalho como espaço de aprendizagem.

Também foi considerado como princípio analítico que a simples presença de diferentes profissões em um mesmo ambiente não caracteriza necessariamente Educação Interprofissional. Foram valorizadas experiências nas quais existia interação efetiva entre os participantes, objetivos compartilhados, reflexão conjunta, resolução de problemas e aprendizagem com, sobre e entre diferentes profissões.

Do ponto de vista ético, por utilizar exclusivamente informações provenientes de artigos científicos e materiais publicados em fontes de acesso público, sem abordagem direta de participantes ou utilização de dados individuais identificáveis, o estudo não necessitou de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Foram respeitados os princípios de integridade acadêmica, reconhecimento da autoria e fidelidade às informações apresentadas nas publicações originais.

Como limitações metodológicas, reconhece-se que a revisão narrativa apresenta maior flexibilidade na seleção e interpretação das publicações e não possui o mesmo nível de padronização de uma revisão sistemática. A heterogeneidade dos desenhos, populações, instrumentos de avaliação e estratégias educacionais também limita comparações diretas entre todos os estudos. Além disso, parte das publicações avalia predominantemente resultados educacionais imediatos, como atitudes, percepções e disponibilidade para colaboração, havendo menor quantidade de informações sobre efeitos de longo prazo e impactos diretos sobre indicadores assistenciais.

Apesar dessas limitações, a delimitação temporal recente, a utilização de múltiplas bases, a definição prévia de critérios de elegibilidade e a análise de 12 estudos diretamente relacionados à temática possibilitaram construir uma síntese atualizada sobre o potencial da aprendizagem interprofissional como estratégia de Educação Permanente em Saúde e seus efeitos sobre formação, colaboração e qualificação do cuidado.





3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das publicações recentes demonstra que a aprendizagem interprofissional apresenta potencial para fortalecer a Educação Permanente em Saúde ao promover processos educativos fundamentados na interação entre diferentes profissões, na problematização das situações cotidianas e na construção compartilhada das decisões relacionadas ao cuidado (Pereira *et al.*, 2024). A aproximação entre profissionais com distintos núcleos de conhecimento contribui para superar modelos formativos fragmentados, nos quais cada categoria desenvolve suas competências isoladamente, favorecendo uma compreensão mais ampla das necessidades dos usuários e do funcionamento das equipes de saúde (Aldriwesh *et al.*, 2022).

A Educação Interprofissional caracteriza-se pela criação de situações em que integrantes de duas ou mais profissões aprendem entre si, sobre si e conjuntamente, princípio que apresenta elevada compatibilidade com a Educação Permanente em Saúde por deslocar o processo educativo para situações concretas do trabalho. A análise das bases teórico-conceituais do PET-Saúde Interprofissionalidade demonstrou que a aprendizagem colaborativa exige metodologias capazes de estimular diálogo, interação e reflexão crítica, em oposição à predominância de atividades centradas exclusivamente na transmissão vertical de conhecimentos (Pereira *et al.*, 2024).

As experiências brasileiras vinculadas ao PET-Saúde demonstram resultados relevantes para a aproximação entre formação profissional e realidade dos serviços de saúde, especialmente porque estudantes de diferentes cursos são inseridos conjuntamente em cenários assistenciais e estimulados a reconhecer as competências das demais profissões. A convivência interprofissional favorece compartilhamento de conhecimentos, discussão conjunta das necessidades dos usuários e reconhecimento da complementaridade existente entre diferentes áreas, elementos fundamentais para que a aprendizagem desenvolvida durante a formação seja posteriormente incorporada ao cotidiano dos serviços (Martins *et al.*, 2024).

A disponibilidade dos participantes para aprender com outras profissões representa um elemento determinante para a consolidação dessas experiências, uma vez que atitudes relacionadas à abertura para cooperação, reconhecimento profissional e trabalho em equipe interferem diretamente na efetividade das intervenções educativas. A experiência do PET-Saúde Interprofissionalidade mostrou que a exposição dos estudantes a atividades compartilhadas possibilita ampliar a compreensão sobre colaboração e favorecer atitudes positivas em relação à aprendizagem interprofissional, embora os resultados dependam da continuidade das experiências e das condições oferecidas pelos cenários de prática (Marques; Costa, 2023).

As metodologias utilizadas durante as intervenções também interferem significativamente nos resultados alcançados, sendo as estratégias ativas particularmente relevantes para estimular competências relacionadas à colaboração. Em ensaio clínico randomizado envolvendo estudantes de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Psicologia, diferentes estratégias educacionais foram comparadas quanto aos efeitos sobre competências interprofissionais, demonstrando que atividades estruturadas em torno da participação dos estudantes e da discussão compartilhada podem favorecer mudanças nas atitudes relacionadas ao trabalho em equipe (Corrêa *et al.*, 2022).

A superioridade potencial das experiências interativas em relação a abordagens exclusivamente expositivas encontra respaldo na revisão sistemática desenvolvida por Aldriwesh *et al.* (2022), que identificou diversidade de estratégias empregadas na Educação Interprofissional em saúde. As simulações, aprendizagem baseada em problemas, discussão de casos, atividades clínicas compartilhadas e experiências comunitárias figuraram entre as principais metodologias utilizadas, demonstrando preferência por estratégias nas quais os participantes precisam efetivamente interagir para alcançar objetivos comuns.





Os resultados quantitativos disponíveis também sustentam efeitos positivos da Educação Interprofissional sobre diferentes dimensões da aprendizagem e da colaboração profissional (Saragih *et al.*, 2023). A revisão sistemática e metanálise de Saragih *et al.* (2023), envolvendo estudos provenientes de sete países, verificou efeitos favoráveis sobre resultados educacionais relacionados à preparação para aprendizagem interprofissional, percepção das relações profissionais e competências colaborativas, embora diferenças metodológicas entre as intervenções tenham produzido heterogeneidade entre os resultados analisados.

Resultados semelhantes foram observados por Tan Shuyi *et al.* (2024), cuja revisão sistemática recuperou inicialmente 970 registros em oito bases de dados, além de 24 registros provenientes de outras fontes, demonstrando amplitude considerável da produção científica relacionada ao tema. Após remoção das duplicações, triagem e aplicação dos critérios de elegibilidade, 15 estudos foram incluídos na síntese final, sendo identificadas melhorias relacionadas às atitudes, percepções, conhecimentos, habilidades e comportamentos associados à colaboração entre estudantes e profissionais de Medicina e Enfermagem.

Apesar dos resultados favoráveis, a revisão de Tan Shuyi *et al.* (2024) também identificou limitações relacionadas à qualidade das evidências disponíveis, indicando baixo grau de certeza para parte dos desfechos analisados. A constatação demonstra que a expansão da Educação Interprofissional precisa ser acompanhada por avaliações mais consistentes, capazes de verificar não somente mudanças imediatas nas atitudes dos participantes, mas também a manutenção das competências adquiridas e sua repercussão sobre a organização dos serviços e os resultados assistenciais.

No âmbito brasileiro, a Atenção Primária à Saúde constitui cenário privilegiado para implementação da aprendizagem interprofissional, uma vez que sua organização pressupõe atuação compartilhada de profissionais com diferentes formações e acompanhamento longitudinal das necessidades apresentadas pelos territórios. A experiência voltada à qualificação das ações de Vigilância em Saúde demonstrou que atividades educativas fundamentadas na interprofissionalidade podem aproximar vigilância e Atenção Primária, favorecendo análise conjunta dos problemas sanitários e construção de intervenções compatíveis com as características locais (Vieira; Costa, 2024).

A utilização da Educação Interprofissional na integração entre vigilância e assistência demonstra ainda que a Educação Permanente possui maior potencial transformador quando parte de problemas identificados pelas próprias equipes e não de conteúdos previamente definidos sem relação direta com o cotidiano dos serviços. Nessa perspectiva, reuniões de equipe, discussão de situações territoriais, planejamento conjunto, análise de indicadores e elaboração compartilhada de intervenções podem constituir espaços de aprendizagem interprofissional, transformando o próprio processo de trabalho em oportunidade educativa (Vieira; Costa, 2024).

As repercussões da Educação Interprofissional também alcançam a perspectiva do cuidado centrado na pessoa, pois a integração de conhecimentos permite que as necessidades dos usuários sejam compreendidas para além dos limites de uma única profissão. A percepção de graduados analisada por Souza e Rossit (2024) mostrou relação entre experiências interprofissionais e maior valorização de práticas colaborativas orientadas às necessidades das pessoas, destacando que compreender atribuições profissionais distintas contribui para organizar intervenções complementares e reduzir abordagens assistenciais fragmentadas.

A associação entre aprendizagem interprofissional e cuidado centrado na pessoa é particularmente importante para a Educação Permanente, pois as necessidades dos usuários podem funcionar como elemento integrador das diferentes categorias profissionais. Em vez de organizar a





educação exclusivamente a partir das competências isoladas de cada profissão, a abordagem interprofissional permite que problemas clínicos, sociais e territoriais sejam analisados conjuntamente, favorecendo elaboração de planos terapêuticos mais integrados e compartilhamento das responsabilidades assistenciais (Souza; Rossit, 2024).

As residências multiprofissionais também se destacaram como importantes espaços de desenvolvimento da Educação Interprofissional, uma vez que diferentes categorias compartilham simultaneamente atividades assistenciais, momentos teóricos e processos de supervisão nos serviços de saúde. Entretanto, a presença de diferentes profissionais em um mesmo programa não garante automaticamente o desenvolvimento da interprofissionalidade, pois atividades podem permanecer organizadas segundo uma lógica disciplinar ou uniprofissional mesmo em ambientes formalmente multiprofissionais (Barduzzi, 2024).

A análise das experiências de residência demonstra que a transformação de ambientes multiprofissionais em espaços efetivamente interprofissionais depende da existência de objetivos compartilhados, atividades integradas, participação dos preceptores e oportunidades sistemáticas para discussão das práticas. Entre os desafios identificados encontram-se a fragmentação dos núcleos profissionais, dificuldades de integração das agendas, limitações na formação pedagógica dos preceptores e permanência de modelos educacionais fundamentados em fronteiras rígidas entre as profissões (Carneiro; Lima; Arce, 2025).

A formação dos profissionais responsáveis pela condução das atividades educacionais representa, portanto, elemento estratégico para consolidar a aprendizagem interprofissional nos serviços. A percepção de coordenadores de cursos de Medicina analisada por Prevedello, Góes e Cyrino (2024) aponta que a Educação Interprofissional ainda encontra obstáculos institucionais relacionados à organização curricular, disponibilidade docente e articulação entre diferentes cursos, indicando que o fortalecimento dessa abordagem exige mudanças que ultrapassam iniciativas isoladas de professores ou programas específicos.

A institucionalização da Educação Interprofissional precisa incluir planejamento educacional, apoio das instituições, desenvolvimento dos facilitadores e criação de espaços em que diferentes profissões possam compartilhar objetivos e responsabilidades. A ausência dessas condições pode transformar atividades originalmente planejadas como interprofissionais em encontros multiprofissionais nos quais participantes permanecem reunidos fisicamente, porém sem interação suficiente para modificar percepções ou práticas de colaboração (Prevedello; Góes; Cyrino, 2024).

Outra contribuição relevante das experiências analisadas corresponde ao fortalecimento da comunicação profissional, competência frequentemente associada à segurança e à continuidade do cuidado. A exposição repetida a atividades nas quais estudantes ou profissionais precisam discutir informações, negociar decisões e reconhecer responsabilidades favorece o desenvolvimento de habilidades comunicacionais que dificilmente são estimuladas com a mesma intensidade em processos educativos restritos a uma única categoria (Saragih *et al.*, 2023).

A comunicação interprofissional torna-se especialmente importante diante de situações complexas, nas quais diferentes profissionais acompanham simultaneamente o mesmo usuário e precisam compartilhar informações para evitar duplicidade de procedimentos, orientações contraditórias ou descontinuidade assistencial. A aprendizagem interprofissional pode contribuir para reduzir essas barreiras ao permitir que trabalhadores compreendam previamente a linguagem, as responsabilidades e as formas de atuação das demais categorias presentes na equipe (Souza; Rossit, 2024).





A integração ensino-serviço também aparece como elemento recorrente nas experiências mais promissoras, principalmente quando estudantes, docentes e trabalhadores compartilham responsabilidade pelas atividades desenvolvidas nos territórios (Martins *et al.*, 2024). O PET-Saúde constitui exemplo dessa articulação ao aproximar instituições de ensino e serviços públicos, proporcionando situações nas quais necessidades assistenciais concretas podem originar atividades educativas e projetos de intervenção interprofissionais (Pereira *et al.*, 2024).

Essa articulação possibilita aproximar formação inicial e Educação Permanente, reduzindo a separação tradicional entre o período destinado à aprendizagem acadêmica e o momento posterior destinado ao exercício profissional. Profissionais dos serviços podem participar simultaneamente como facilitadores e aprendizes, enquanto estudantes são inseridos em situações reais de cuidado, criando processos de aprendizagem recíproca e circulação de conhecimentos entre universidade e serviços de saúde (Martins *et al.*, 2024).

Entretanto, os estudos analisados demonstram que ainda existem obstáculos importantes à consolidação dessas iniciativas, incluindo resistência de profissionais, incompatibilidade de horários, hierarquias entre categorias, desconhecimento das atribuições dos demais membros da equipe e dificuldade para inserir atividades compartilhadas nas rotinas institucionais (Carneiro; Lima; Arce, 2025). A permanência dessas barreiras demonstra que o desenvolvimento da interprofissionalidade depende tanto de estratégias educativas quanto de mudanças na cultura organizacional dos serviços e das instituições formadoras (Barduzzi, 2024).

Também permanece a necessidade de avaliar com maior profundidade os efeitos da aprendizagem interprofissional sobre desfechos diretamente relacionados aos usuários dos serviços (Tan Shuyi *et al.*, 2024). Embora sejam frequentes resultados relacionados à satisfação, disponibilidade para colaboração, atitudes e conhecimentos, ainda são menos numerosos os estudos capazes de demonstrar efeitos sustentados sobre segurança do paciente, continuidade assistencial, resolutividade, utilização de recursos e resultados clínicos (Aldriwesh *et al.*, 2022).

A ausência de indicadores assistenciais em parte das avaliações não reduz a importância das mudanças educacionais identificadas, mas aponta a necessidade de avançar para modelos de investigação que acompanhem profissionais após as intervenções e verifiquem se as competências desenvolvidas são efetivamente transferidas para o cotidiano dos serviços (Saragih *et al.*, 2023). A Educação Permanente baseada em aprendizagem interprofissional deve, nesse sentido, ser avaliada não somente pelo número de capacitações realizadas ou pela satisfação dos participantes, mas pelas mudanças observadas nas formas de comunicação, coordenação e organização do cuidado (Tan Shuyi *et al.*, 2024).

O conjunto das evidências permite compreender que a aprendizagem interprofissional apresenta maior potencial quando desenvolvida de maneira longitudinal, contextualizada e vinculada aos problemas reais enfrentados pelas equipes (Aldriwesh *et al.*, 2022). Estratégias como discussão compartilhada de casos, simulação, aprendizagem baseada em problemas, atividades territoriais, planejamento conjunto, reuniões clínicas, residência multiprofissional e programas de integração ensino-serviço oferecem possibilidades concretas de inserir a aprendizagem no próprio processo de trabalho (Vieira; Costa, 2024).

Dessa forma, a contribuição da aprendizagem interprofissional para a Educação Permanente em Saúde ultrapassa a atualização de conhecimentos técnicos e alcança dimensões relacionadas à transformação das relações profissionais, compreensão das atribuições, negociação de responsabilidades e construção coletiva do cuidado (Pereira *et al.*, 2024). Quando institucionalizada e sustentada por metodologias participativas, integração ensino-serviço e apoio organizacional, essa estratégia pode favorecer equipes mais colaborativas, maior articulação entre





diferentes áreas do conhecimento e práticas assistenciais orientadas pela integralidade e pelas necessidades das pessoas atendidas (Souza; Rossit, 2024).

Em síntese, os 12 estudos analisados convergem ao demonstrar que a Educação Interprofissional constitui importante caminho para aproximar Educação Permanente e prática colaborativa, embora sua efetividade dependa da continuidade das intervenções, da preparação dos facilitadores, da redução das barreiras institucionais e da inserção das atividades educativas nos cenários concretos de trabalho (Marques; Costa, 2023; Carneiro; Lima; Arce, 2025). A consolidação dessa abordagem pode contribuir para deslocar processos educativos fragmentados para modelos fundamentados na interação, reflexão e corresponsabilização, fortalecendo simultaneamente a formação profissional, a integração das equipes e a qualidade do cuidado em saúde (Corrêa *et al.*, 2022; Saragih *et al.*, 2023).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada permitiu compreender que a aprendizagem interprofissional constitui uma estratégia relevante para o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde, especialmente por favorecer a construção compartilhada de conhecimentos, a integração entre diferentes categorias profissionais e a aproximação entre processos educativos e necessidades concretas dos serviços. As experiências analisadas demonstraram que a interprofissionalidade amplia as possibilidades de aprendizagem quando profissionais e estudantes deixam de atuar de forma isolada e passam a compartilhar problemas, decisões e responsabilidades relacionadas ao cuidado.

Os resultados mostraram que metodologias ativas, discussão de casos, simulação, atividades territoriais, integração ensino-serviço, programas como o PET-Saúde e residências multiprofissionais apresentam potencial para desenvolver competências relacionadas à comunicação, colaboração, reconhecimento das atribuições profissionais e tomada de decisão conjunta. Essas estratégias também contribuem para aproximar a formação acadêmica do cotidiano dos serviços, favorecendo processos educativos mais contextualizados e conectados às demandas dos usuários e dos territórios.

Entretanto, a simples presença de diferentes categorias profissionais em um mesmo espaço não garante a efetivação da aprendizagem interprofissional. Sua consolidação depende da existência de objetivos comuns, interação planejada, continuidade das atividades, apoio institucional e preparação dos profissionais responsáveis pela mediação dos processos educativos. Barreiras relacionadas às hierarquias profissionais, incompatibilidade de agendas, fragmentação das práticas, resistência à colaboração e insuficiente formação dos facilitadores ainda dificultam a incorporação sistemática dessa abordagem.

Outro aspecto relevante corresponde à necessidade de ampliar a avaliação dos efeitos da aprendizagem interprofissional para além dos resultados educacionais imediatos. Embora atitudes, percepções e conhecimentos apresentem mudanças favoráveis, ainda é necessário fortalecer investigações capazes de demonstrar impactos sustentados sobre segurança do paciente, continuidade assistencial, resolutividade, qualidade do cuidado e organização dos serviços.





Conclui-se que a aprendizagem interprofissional pode fortalecer a Educação Permanente em Saúde quando incorporada de forma contínua aos cenários de prática e orientada por problemas reais vivenciados pelas equipes. Sua implementação favorece a construção de relações profissionais mais colaborativas, amplia a integração entre formação e assistência e contribui para práticas de cuidado mais articuladas, integrais e centradas nas necessidades das pessoas. Dessa maneira, sua institucionalização representa uma possibilidade concreta de qualificar simultaneamente os processos educativos, o trabalho em equipe e a assistência oferecida nos serviços de saúde.





REFERÊNCIAS

ALDRIWESH, Marwh Gassim; ALYOUSIF, Sarah Mohammed; ALHARBI, Nouf Sulaiman. Undergraduate-level teaching and learning approaches for interprofessional education in the health professions: a systematic review. **BMC Medical Education**, v. 22, art. 13, 2022. DOI: 10.1186/s12909-021-03073-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03073-0>. Acesso em: 7 ago. 2026.

BARDUZZI, Rayanne Meyer. Educação interprofissional no contexto da Residência Multiprofissional: nas entrelinhas das disciplinas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 57, n. 2, e225962, 2024. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.225962. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.225962>. Acesso em: 7 ago. 2026.

CARNEIRO, Thaylane Coutinho dos Santos; LIMA, Bárbara Patrícia da Silva; ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues. Educação interprofissional no âmbito das residências multiprofissionais em saúde: potencialidades e desafios. **Cenas Educacionais**, v. 8, e22305, 2025. DOI: 10.5281/zenodo.15774484. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15774484>. Acesso em: 7 ago. 2026.

CORRÊA, Cyntia Pace Schmitz; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; EZEQUIEL, Oscarina da Silva; LUCCHETTI, Giancarlo. Short and medium-term effects of different teaching strategies for interprofessional education in health professional students: a randomized controlled trial. **Nurse Education Today**, v. 117, art. 105496, 2022. DOI: 10.1016/j.nedt.2022.105496. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105496>. Acesso em: 7 ago. 2026.

MARQUES, Juliana Ferreira Lima; COSTA, Marcelo Viana da. PET-Saúde Interprofissionalidade e a disponibilidade dos estudantes para a aprendizagem interprofissional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023220878pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220878pt>. Acesso em: 7 ago. 2026.

MARTINS, Jade Souza; SILVA, Áchelles Monise Batista da; ANDRADE, Isabel Maria Moura de; LORENA, Suélem Barros de; SILVA, Thais Carine Lisboa da. Educação interprofissional em saúde: um relato de experiência do PET-Saúde. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 22, e20249667, 2024. DOI: 10.13037/ras.vol22.e20249667. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol22.e20249667>. Acesso em: 7 ago. 2026.

PEREIRA, Andrezza Karine Araújo de Medeiros; LUCENA, Eudes Euler de Souza; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; VILAR, Maria José Pereira; COSTA, Marcelo Viana da. Bases teórico-conceituais e metodológicas para adoção da educação interprofissional: uma análise a partir do PET-Saúde Interprofissionalidade. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 57, n. 2, e225683, 2024. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/225683>. Acesso em: 7 ago. 2026.

PREVEDELLO, Alexandra Secreti; NOGUEIRA DE GÓES, Fernanda dos Santos; CYRINO, Eliana Goldfarb. Educação Interprofissional na percepção dos coordenadores de cursos de Medicina. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 57, n. 2, 2024. DOI:





10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.226365. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.226365>. Acesso em: 7 ago. 2026.

SARAGIH, Ita Daryanti; TARIHORAN, Dame Elysabeth Tuty Arna Uly; SHARMA, Sapna; CHOU, Fan-Hao. A systematic review and meta-analysis of outcomes of interprofessional education for healthcare students from seven countries. **Nurse Education in Practice**, v. 71, art. 103683, 2023. DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103683. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103683>. Acesso em: 7 ago. 2026.

SOUZA, Roniele Rodrigues de; ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador. Educação Interprofissional em Saúde e o cuidado centrado na pessoa: percepção de graduados. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 57, n. 2, 2024. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.223849. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.223849>. Acesso em: 7 ago. 2026.

TAN SHUYI, Amelia; LEW, Yi Ting Zikki; ANG, Mei Qi; KOH, Serena Siew Lin. Effectiveness of interprofessional education for medical and nursing professionals and students on interprofessional educational outcomes: a systematic review. **Nurse Education in Practice**, v. 74, art. 103864, 2024. DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103864. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103864>. Acesso em: 7 ago. 2026.

VIEIRA, Francisco Auber Pergentino; COSTA, Marcelo Viana. Educação interprofissional na qualificação das ações integradas da vigilância em saúde da atenção primária. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 57, n. 2, e226572, 2024. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.226572. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.226572>. Acesso em: 7 ago. 2026.





SOBRE O CONIESP

O II Congresso Nacional de Inovação em Educação e Saúde Pública - CONIESP foi concebido para reunir estudantes, profissionais, pesquisadores, docentes e gestores das áreas da saúde, educação e ciências afins em um espaço científico multiprofissional, acessível e voltado à atualização acadêmica, à troca de experiências e ao fortalecimento de práticas inovadoras.

Com o tema central “Educação, Saúde Pública e Inovação: conhecimento científico para transformar práticas e realidades”, o congresso promove discussões sobre educação em saúde, inovação pedagógica, políticas públicas, atenção primária, vigilância em saúde, promoção da saúde, prevenção de agravos, equidade, humanização, formação profissional, interdisciplinaridade e transformação dos serviços por meio do conhecimento científico.

SOBRE A EDITORA COGNITUS

A Editora Cognitus é uma editora científica de acesso aberto dedicada à publicação digital de livros, e-books, anais e outras produções acadêmicas. Também promove congressos, cursos e atividades científicas destinadas à circulação do conhecimento e ao fortalecimento da formação acadêmica e profissional.

CNPJ: 57.658.906/0001-15

Sede: Teresina - Piauí

Página do evento: conevy.com.br/e/iiconiesp-35

