

Educação em saúde: cuidado cultural e justiça epistêmica na integração ensino-serviço-comunidade**Health education: cultural care and epistemic justice in the integration of teaching, service, and community****Educación para la salud: atención cultural y justicia epistémica en la integración de la enseñanza, el servicio y la comunidade****Carine Vendruscolo¹**

*Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo,
os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.
(Paulo Freire, 2011)*

Se a educação se realiza no encontro entre sujeitos e mundo, como ensina Paulo Freire¹, a formação em saúde só pode cumprir seu papel quando se enraíza na vida concreta das pessoas e das comunidades. Educar para o cuidado, nesse sentido, é um ato de mediação com o real, uma travessia

entre saberes, experiências e valores.

A formação em saúde tem, há décadas, buscado equilibrar ciência e sensibilidade, técnica e ética. No entanto, ainda é comum que a universidade se mantenha a certa distância das realidades que pretende transformar.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Líder do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA/UDESC). E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5163-4789> **Autor para Correspondência** - Endereço: Rua Beloni Trombeta Zanin, Santo Antônio. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89815630.

*Reflexão oriunda da pesquisa “INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE EM SAÚDE: perspectivas para a formação a educação permanente e o trabalho na Enfermagem” (UDESC), financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), via Edital n.º 60/2024 - Termo de Outorga n.º: 2025TR001626.



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada.

É precisamente nessa necessidade de reconectar o ensino, o cuidado e a vida cotidiana que se inscreve esta reflexão: pensar a formação, a Educação Popular e Permanente em Saúde como práticas culturais, éticas e emancipadoras que resgatem o sentido político e humano do cuidado em saúde.

Superar essa distância entre o ensino e a vida social requer reconhecer que o conhecimento só se torna emancipador quando dialoga com as experiências concretas das pessoas, com suas histórias e culturas. Nessa perspectiva, cabe à universidade abrir-se ao mundo e às novas realidades que atravessam os serviços de saúde, acolhendo nelas temas e sujeitos historicamente marginalizados, bem como aqueles temas emergentes, que demandam mudanças sociais, epidemiológicas, tecnológicas, entre outras.

O fenômeno contemporâneo das migrações expressa com clareza essa urgência, pois a intensificação dos fluxos migratórios exige respostas inclusivas e culturalmente sensíveis, tanto dos sistemas de saúde quanto dos processos

formativos. A formação em saúde que se mantém restrita às fronteiras disciplinares dificilmente compreenderá a complexidade das experiências migratórias e seus efeitos sobre o cuidado. Mesmo em países com sistemas públicos consolidados, como o Brasil, persistem barreiras estruturais e simbólicas que dificultam o acolhimento integral dessa população². A crise migratória venezuelana, o maior fluxo humanitário da América Latina nas últimas décadas, pressiona a rede de saúde em estados como Roraima e Amazonas, sobretudo na Atenção Primária, revelando a urgência de formar profissionais interculturais, capazes de reconhecer a alteridade como princípio ético do cuidado³.

Essa situação ilustra um desafio que ultrapassa fronteiras nacionais: a necessidade de políticas interculturais e de estratégias formativas que preparem profissionais capazes de desenvolver o cuidado cultural, ou seja, aceitar a diferença, seja ela étnica, linguística, corporal ou existencial.

É nesse encontro que a educação em saúde ganha sentido

como processo dialógico, cultural e social, em que se aprende e se ensina simultaneamente. Formar para o cuidado cultural⁴, nesse horizonte, é formar para uma escuta mais ativa, é compreender que cada indivíduo, família ou comunidade traz consigo saberes, desafios e mecanismos de enfrentamento que também constituem conhecimento.

Nessa mesma perspectiva de aproximação entre saberes, emerge a Educação Interprofissional (EIP) como uma estratégia potente para formar profissionais capazes de compartilhar decisões e responsabilidades no cuidado. Fundamentada na colaboração, na escuta e na corresponsabilidade, a EIP amplia o sentido do cuidado cultural ao promover encontros entre diferentes áreas do saber e reconhecer a complexidade dos processos de saúde e doença⁵. Quando articulada à pedagogia freiriana e à justiça epistêmica, a EIP permite que estudantes e profissionais questionem as hierarquias tradicionais entre categorias e valorizem o conhecimento produzido na relação com o outro, seja ele paciente,

família, comunidade ou colega de outra área⁶.

Entretanto, é preciso reconhecer que a interprofissionalidade, quando não acompanhada de uma postura crítica, pode inadvertidamente reproduzir as mesmas hierarquias estruturais que busca transformar. Estudo recente⁶ mostra que, mesmo em experiências colaborativas, as relações de poder entre as categorias profissionais, especialmente a centralidade da medicina, tendem a se perpetuar, silenciando vozes e formas de saber diversas. A EIP, portanto, deve incorporar explicitamente a discussão sobre poder, autoridade e reconhecimento nos processos formativos, para evitar reforçar desigualdades e promover, de fato, a partilha ética das decisões e responsabilidades no cuidado. Inserir essa reflexão é reafirmar que o diálogo interprofissional não se limita à convivência entre cursos, mas constitui um exercício político de descolonização das práticas e de valorização dos sujeitos que constroem o cuidado.

Falar em cuidado cultural é reconhecer que o cuidado em saúde

não se limita à dimensão técnica, mas envolve compreender as significações que as pessoas atribuem ao adoecer, ao sofrer e ao curar. Trata-se de um exercício ético e político de reconhecimento da dignidade humana nas suas múltiplas formas de existir⁴.

Assim, a integração entre ensino, serviço e comunidade, para além de uma diretriz da Política Nacional de Educação Permanente ou de Educação Popular em Saúde, é um caminho possível, talvez fundamental, para esta tradução do conhecimento. Em muitos contextos, os Círculos de Cultura¹, as rodas de conversa e outras metodologias que envolvem os sujeitos interessados, seja para uma atividade educativa ou numa investigação participativa, têm se revelado estratégias eficazes para construir pontes entre saberes científicos e populares^{7,8}.

Como lembra Pedrosa⁹, a Educação Popular em Saúde, ao afirmar o diálogo e a amorosidade como fundamentos de uma política pública, propõe mais do que um método educativo, é a ética do encontro.

Nesses espaços de diálogo, a universidade deixa de ser centro de emissão de verdades para tornar-se mediadora de processos coletivos de aprendizagem. Na área da saúde, estudantes, profissionais, parteiras, benzedeiras, gestores, usuários e cuidadores informais tornam-se coautores de tecnologias sociais¹⁰, produtos e práticas que nascem da realidade e retornam a ela transformados em ciência aplicável.

Trata-se de compreender que o conhecimento só cumpre seu papel social quando devolvido à comunidade em forma de emancipação. A Educação Permanente, nesse sentido, é muito mais que mero instrumento de atualização profissional, é um ato contínuo de encontrar alternativas de resolução dos problemas cotidianos, em colaboração e aprendendo com o outro⁷.

Também é necessário reconhecer que, em muitos contextos, as vozes dos usuários continuam sendo desconsideradas ou mal interpretadas à luz de um olhar biomédico reducionista. Certas manifestações humanas, de sofrimento, angústia ou dor, são classificadas como sintomas a serem

contidos, quando, na verdade, expressam dimensões sensíveis, relacionais e simbólicas da experiência. O que falta, nesses casos é compreensão. Miranda Fricker¹¹ denomina esse fenômeno de injustiça epistêmica, situações em que o sujeito não é reconhecido como legítimo portador de saber sobre si mesmo. Quando as instituições silenciam ou desqualificam a palavra do paciente, ocorre a injustiça testemunhal e hermenêutica, ou seja, a negação do direito de interpretar a própria experiência.

Apesar de alguns avanços, a universidade ainda se ancora, em grande medida, em um modelo de ciência positivista, voltado à objetividade e à mensuração, que tende a afastar-se das experiências humanas que compõem o cuidado. Pesquisas que se apoiam na hermenêutica e na dialética reconhecem o caráter relacional e ético do conhecimento, propondo a construção de sentidos compartilhados entre pesquisador e

participantes¹². Superar a metodolatria², portanto, não significa abdicar do rigor científico, mas recolocar o método a serviço da escuta, da interpretação e do compromisso ético-político com os sujeitos da pesquisa. É essa virada epistemológica que pode restituir à universidade o papel de mediadora de sentidos e à ciência, a capacidade de dialogar.

Quando sustentadas por metodologias participativas, a pesquisa e a intervenção em saúde tornam-se processos formativos, em que cada sujeito, individual ou coletivamente, é convocado a agir sobre a realidade. Nessa dinâmica, o exercício do olhar crítico sobre o cotidiano possibilita a criação de estratégias transformadoras, orientadas por uma prática intencional, ética e política de cidadania, comprometida com a produção de saberes¹⁴.

A universidade e o serviço de saúde compartilham uma mesma responsabilidade de formar pessoas capazes de cuidar com humanidade.

²O termo *metodolatria* tem sido utilizado criticamente para designar a “idolatria do método” — isto é, a tendência de tratar o método científico como um fim em si mesmo, e não como um meio ético e interpretativo a serviço da compreensão da realidade. Essa

crítica é especialmente relevante nas ciências da saúde, onde o rigor técnico muitas vezes suplanta a escuta, o diálogo e o compromisso social. Superar a metodolatria implica, portanto, resgatar o sentido humanista e político da pesquisa¹³.

Isso só é possível quando o aprender e o cuidar se confundem, quando o conhecimento nasce da vida e retorna a ela como gesto de justiça e solidariedade.

A formação dos futuros profissionais da saúde, assim como a Educação Popular e Permanente, quando orientadas pelo cuidado cultural, constituem verdadeiras pontes entre o saber acadêmico e o saber vivido. Elas reconectam a universidade às comunidades, transformando o território em espaço de aprendizagem e a prática em exercício ético e político. Essa articulação é o que permite que a formação cumpra seu papel de produzir conhecimento comprometido com a justiça epistêmica. Aproximar o ensino das experiências reais é, assim, reconhecer que o cuidado é um ato político e relacional, uma prática de esperança, como diria Freire.

Nesse horizonte, educar e cuidar, ensinar e agir, se tornam verbos inseparáveis. Requerem presença, diálogo e humildade. Eles nascem do encontro e oferecem oportunidades fecundas, no compromisso com a vida. Promover o cuidado cultural e a justiça

epistêmica na formação em saúde significa, portanto, devolver à universidade seu papel social de ensinar e aprender com as pessoas e comunidades, reconhecendo nelas não apenas destinatárias do conhecimento, mas coautoras de sua produção.

REFERÊNCIAS

1. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
2. Kamran H, Hassan H, Ali MUN, Ali D, Taj M, Mir Z, et al. Scoping review: barriers to primary care access experienced by immigrants and refugees in English-speaking countries. *Qual Res J*. 2022; 22(3):401-14.
3. Leonello G, Moreira FK. Fluxos migratórios Venezuela-Brasil: medidas político-jurídicas brasileiras (2014-2021). *Rev Direito GV*. 2025; 21:e2506.
4. Leininger MM, editor. *Culture care diversity and university: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press; 1991.
5. Katoue MG, Awad AI, Dow AW, Schwinghammer TL. *Interprofessional education and*

- collaborative practice in Kuwait: attitudes and perceptions of health sciences students. *J Interprof Care*. 2021; 36(1):117-26.
6. Detoni KB. Educação interprofissional para a tomada de decisão compartilhada em farmacoterapia: uma experiência de formação crítica e colaborativa na graduação em saúde [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2023.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS no 1.996/07, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; 2007.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, 22 nov. 2013.
9. Pedrosa JIS. A política nacional de educação popular em saúde em debate: (re) conhecendo saberes e lutas para a produção da saúde coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200190.
10. Moreira AP, Ribeiro LCS, Alvarenga SM. Mudanças Comportamentais e o Uso de Tecnologias Sociais na Educação. *Educ Realidade*. 2024; 49(1):1-24.
11. Fricker M. Injustiça Epistêmica: o Poder e a ética do Conhecimento. São Paulo: Edusp; 2023.
12. Correa FP, Bosi MLM. Desafios na orientação de pesquisadores qualitativos críticos no Brasil e na Colômbia. *Movimento*. 2024; 30:e30048.
13. Comerlatto D, Kleba ME. Pesquisa-ação participativa: estratégia dialógica e compromisso ético-político na produção de saberes e práticas. In.: Kleba ME, Comerlatto D, Vendruscolo C (org.). *Metodologias Participativas de produção do conhecimento: reflexões e ações possíveis pela pesquisa-ação*. Curitiba: CRV; 2022.

Como citar: Vendruscolo C. Educação em saúde: cuidado cultural e justiça epistêmica na integração ensino-serviço-comunidade. *J Health NPEPS*. 2025; 10(2):e14477.