

JULIANA RODRIGUES VARGAS, MANUEL PINTO & SANDRA MARINHO

juvargas13@gmail.com; mpinto@ics.uminho.pt; marinho@ics.uminho.pt

**CENTRO DE ESTUDOS DE COMUNICAÇÃO & SOCIEDADE – CECS,
UNIVERSIDADE DO MINHO, BRAGA, PORTUGAL**

DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA DA LITERACIA EM SAÚDE

RESUMO

Neste artigo busca-se percorrer as bases que constroem o tema de investigação da tese de doutoramento em curso, intitulada *Literacia em comunicação na saúde: uma visão da cidadania no contexto dos cuidados primários*. O objetivo é apresentar, como parte da pesquisa exploratória, a construção do pensamento que estrutura a percepção e o uso da comunicação enquanto aspecto estratégico para a literacia em saúde. O trabalho está organizado de forma a expor a revisão dos estudos que colaboram para a identificação do papel da comunicação no quadro da promoção e educação em saúde. A configuração dos modos de comunicar, informar e participar neste contexto apontam para alguns desafios. Assim, considerando as complexidades do campo da saúde, apresentamos a sumarização das dimensões teóricas que configuram um novo olhar sobre a comunicação no contexto da literacia e suas práticas para a transformação social: a interação social, o diálogo e a mediação.

PALAVRAS-CHAVE

Comunicação; interação social; literacia em saúde

1. INTRODUÇÃO

A literacia em termos conceituais compreende o conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para que os sujeitos, no exercício da cidadania, sejam donos de uma autonomia que lhes permita cumprir com seus deveres e exercer os seus direitos. Sendo múltipla e definida para as práticas sociais (Azevedo, 2009), a literacia pode ser entendida como um mecanismo de apropriação de saberes que, quando aplicados aos mais diversos campos da vida – das mídias e internet ao meio ambiente e a ciência – definem se um indivíduo é ou não literato a partir da sua

capacidade de acessar, compreender as informações e avaliar criticamente sua relevância para o uso responsável desse conhecimento (Vieira, 2008). Esta concepção da literacia considera que, uma vez literato, o sujeito estaria apto a pensar e agir no mundo, partilhando responsabilidades com as instituições e estando preparado para produzir e mediar transformações individuais e coletivas. A aplicação da literacia ao campo da saúde se apoia nessa perspectiva ao apontar para a necessidade de se desenvolver nos indivíduos capacidades para que eles acedam, entendam, critiquem e utilizem as informações, partilhando responsabilidades e participando das tomadas de decisão individual e coletiva sobre a prevenção da doença e a promoção de modos de vida saudáveis (Espanha, Ávila & Mendes, 2016; Kickbusch, Maag & Wait 2006; Mårtensson & Hensing, 2012; Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Ao partirmos da premissa que a literacia pode ser percebida como fim de um processo que se dá através do binômio comunicação-educação¹, buscamos compreender como a comunicação pode propiciar a autonomia necessária para a promoção da literacia em saúde. Mas, de que comunicação estamos falando? Que desafios essa comunicação nos impõe? Pensar a comunicação na saúde requer um grande esforço para identificar suas práticas. Primeiro porque em termos políticos, teóricos e empíricos, quase sempre ela é, no âmbito organizacional, sinônimo de informação e pode aparecer associada a outras dimensões da saúde como a educação, a promoção ou a prevenção de doenças. Além disso, reproduz uma lógica verticalizada – como a própria perspectiva conceitual da literacia –, sendo necessário, segundo Mårtensson e Hensing (2012), imprimir a ela uma visão complexa que valorize os contextos e as culturas. Neste sentido, os movimentos de mudança dos hábitos de saúde por parte dos utentes passariam não somente pelas estratégias no âmbito informativo para a criação de competências e participação como finalidade, mas pelas dinâmicas comunicativas que se instituem na complexidade das relações e interações potencializadas por estes espaços de cuidado. Para Dominique Wolton (2010), o grande desafio da comunicação estaria nesta capacidade de se relacionar, na ideia de vínculo, que requer tempo e confiança. Enquanto a informação, cada vez mais veloz e onipresente, dificultaria o aprofundamento e o confronto de ideias. Embora sejam faces da mesma moeda e juntas sejam inseparáveis no propósito da emancipação humana, “não há informação sem um projeto de comunicação (...)”. É falso afirmar que basta

¹ A comunicação e a educação são colocadas aqui em interconexão pois, embora possuam percursos distintos, fazem parte da mesma prática social (Araújo, Pessoni, Gomes & Oliveira, 2008). E, portanto, em interseção têm potencial de despertar a consciência da cidadania.

informar sempre mais para comunicar, pois a onipresença da informação torna a comunicação ainda mais difícil” (Wolton, 2010, p. 12).

Tanto a perspectiva informacional – comumente associada no âmbito das práticas da comunicação para a literacia com o uso das mídias e das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) – quanto as complexidades e potencialidades da interlocução que ocorre nas relações que se constituem no campo da saúde (Araújo & Cardoso, 2007), apresentam-se como dinâmicas comunicativas que interferem na promoção da cidadania. Sendo entendido como a capacidade de compreensão dos sujeitos acerca de seus direitos e deveres para a participação nas decisões políticas e sociais (Peruzzo, 2000), o exercício da cidadania no quadro da saúde teria “pelo menos duas dimensões: a pessoal, ligada à experiência de cada um na saúde, e a dimensão pública, de participação no desenvolvimento das políticas e serviços de saúde” (Nunes, 2014, p. 133).

Assim, ao explorar a complexidade teórica e empírica do campo, especialmente a noção de promoção da saúde, de literacia em saúde e dos processos de comunicação e educação como determinantes para a garantia dos direitos fundamentais, é possível perceber que as relações potencializadas nos espaços de atendimento são geralmente negligenciadas nas estratégias comunicativas. Destarte, este artigo tem como objetivo olhar a comunicação que viabiliza a literacia sob uma nova perspectiva, buscando compreender como os espaços de saúde pública podem ser vistos como espaços de comunicação e interação no seu interior, com cada um dos seus intervenientes e com o meio. Como percurso de diálogo e mediação de conhecimento, através do qual é possível negociar e promover mudanças nos hábitos de saúde dos utentes, por meio de um estado de colaboração².

2. A LITERACIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O ideário popular configura a saúde como a ausência de doença, a boa forma, a boa alimentação, o não consumo de álcool ou tabaco.

² Note-se que aqui é feita uma diferenciação entre participação e colaboração. Diferente da participação que acontece na tomada de decisão e se relaciona ao exercício dos direitos em contextos democráticos, através do qual precisamos estar “aptos a tomar decisões coletivas e individuais, sendo capazes de nos expressar através de diferentes maneiras e práticas” (Jenkins, Ito & Boyd, 2016, p. 2), a concepção de colaboração defendida por Pekka Himanen (2002) acredita que existe uma ética implícita na relação da participação enquanto processo de colaboração no mundo do trabalho. Uma ética que relaciona o fazer e o aprender e que seria o novo espírito da era da informação e do conhecimento. Ele aponta, assim, para uma nova lógica que se instaura nas relações de trabalho, ensino e aprendizado constituídos de forma colaborativa, e onde as ações desses sujeitos são movidas primeiramente pelos valores de uma sociedade em que o conhecimento é livre e aberto.

Entretanto, quando associada ao objetivo individual de ‘ser saudável’, a saúde pode ganhar outros significados bem mais comunitários, como a sensação de bem-estar, de vitalidade, de ser amado e de disposição, de ter amigos, de se divertir e de ser feliz (Laverack, 2008). Embora a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018a) a entenda como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, não se restringindo apenas à perspectiva funcional do tratamento da doença, esta definição deixa de lado características holísticas que os sujeitos atribuem a ela.

Se considerarmos que “a nossa saúde é reflexo do nosso relacionamento com os outros” (Laverack, 2008, p. 23), ela pode ser entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. Promovê-la implica criar estratégias que concretizem os objetivos do sentido de ‘ser saudável’, aumentando o controle das pessoas sobre sua própria saúde. Portanto, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. A promoção da saúde visa a construção de políticas públicas; a criação de ambientes favoráveis; a ação comunitária; o desenvolvimento de competências pessoais; e a reorientação dos serviços de saúde. As funções da promoção da saúde estão pautadas, portanto, nas capacidades de promover, capacitar e mediar para a saúde (WHO, 2018b, WHO, 2018c). Assim, ao considerar as competências dos indivíduos para controlarem a própria saúde, a promoção da saúde, geralmente pautada na ideia da participação de todas as pessoas e setores da sociedade, garante aos sujeitos um lugar de autoria (Saboga-Nunes, 2018). Nesse sentido, educação para a saúde pode ser entendida como o pressuposto que conecta a participação em saúde à promoção da saúde, numa relação simbiótica. Ou seja, “enquanto a educação para a saúde visa informar as pessoas no sentido de influenciar para a tomada de decisão individual e coletiva, a promoção da saúde tem como objetivo as ações sociais e políticas complementares” (Laverack, 2008, p. 12).

Na literatura, tanto a abordagem teórica quanto a prática da literacia em saúde partem da perspectiva da promoção e educação da saúde como aspectos que configuram e legitimam a autonomia e a participação. O termo literacia em saúde foi inicialmente associado a formas de promover educação em saúde como parte das políticas sociais (Simonds, 1974). Em 1998, a Organização Mundial de Saúde definiu-o como sendo as competências cognitivas e sociais do indivíduo para aceder, entender e usar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde (SNS, 2018). Algu

anos depois, Kickbusch, Maag e Wait (2006) ampliaram a compreensão do termo, definindo-o também como uma estratégia de empoderamento com vistas a permitir que os sujeitos tenham eles próprios o controle sobre a sua saúde, sendo capazes de buscar informações e assumir responsabilidades por suas escolhas. Tradicionalmente, os estudos da literacia em saúde visam medir os níveis de literacia das populações, determinar competências para que os sujeitos acessem, entendam, critiquem e utilizem as informações de saúde para adoção de modos de vida saudáveis. Neste sentido, a não-literacia teria um impacto importante tanto nos sistemas de saúde quanto na sociedade. Friedman e Hoffman-Goetz (2008) afirmam que “a literacia pode afetar fatores que determinam a nossa saúde, tais como a nossa capacidade para manter um emprego, para ter um rendimento adequado e para adotarmos comportamentos que melhoram a nossa saúde” (citado em Marinho & Ruão, 2012, p. 54).

Segundo Mårtensson e Hensing (2011), a análise da revisão de literatura científica e dos documentos normativos permite observar a literacia em saúde tanto por uma visão polarizada quanto por uma complexa. Na primeira, é possível analisar o fenômeno da literacia sob a ótica da medição dos níveis da população, colocando em lados opostos aqueles que possuem habilidades para interpretar, avaliar, participar e tomar decisões baseadas na informação em saúde e, de outro, os que não. Essa abordagem surge do contexto médico, onde as habilidades pessoais decidem se um indivíduo é literato. Na outra ponta estaria uma literacia em saúde que reconhece uma amplitude de habilidades em relação com os contextos sócio-culturais. Desde esta perspectiva, a literacia em saúde de um indivíduo pode variar de acordo com as condições e os contextos. Assim, “melhorar a literacia em saúde seria uma responsabilidade a ser compartilhada entre a sociedade, os indivíduos e os grupos” (Mårtensson & Hensing, 2011), não apenas dever dos utentes. Esta abordagem multidimensional pode significar, assim, uma abertura para a colaboração ou negociação orientada pelo conhecimento do indivíduo, que, assentada no respeito aos pensamentos e na participação ativa dele, promoveria intervenções guiadas por interações constituídas sob bases de respeito, confiança, negociação e poder partilhado (Laverack, 2008; Mårtensson & Hensing, 2011).

Assim, a literacia, tanto em termos conceituais quanto na complexidade da sua representação prática, apresenta entre os seus fundamentos os caminhos possíveis que colocam a comunicação num contraponto entre a mediação do saber institucional – desde o ângulo desenvolvimentista característico do modelo informacional – e o protagonismo dos indivíduos

na construção que se dá pela comunicação das experiências e do conhecimento, no diálogo com o outro.

3. OS DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO PARA A LITERACIA EM SAÚDE

Ao nos aprofundarmos nos estudos da literacia em saúde e sua relação com a promoção da saúde, é possível perceber o papel instrumental atribuído à comunicação. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a comunicação é fundamental para informar o público sobre as questões da saúde. O que justifica o uso das mídias e TIC nas estratégias de conscientização sobre aspectos específicos da saúde individual e coletiva (WHO, 1998). Contudo, embora se reconheça o potencial estratégico da comunicação para a educação necessária à promoção da saúde (Kreps, 2012; Nutbeam, 2000), a definição da OMS desconsidera outras circunstâncias e objetivos de comunicação. E a coloca especialmente no lugar da informação *top-down*.

Para Araújo e Cardoso (2007), o problema é que as características deste modelo (linearidade, unidirecionalidade, bipolaridade, apagamento dos ruídos, a língua como códigos pré-estabelecidos e estáveis e a linguagem instrumental) prejudicam a compreensão das dinâmicas comunicativas para promoção da saúde. Ou seja, nele, as relações de escuta e diálogo são desconsideradas. A introjeção desta dinâmica é tamanha, que uma vez enviada a mensagem – dos modos de prevenção, dos aspectos de uma vida saudável – acredita-se que foi recebida e introjetada. Além disso, impossibilita a percepção abrangente das condições de produção da comunicação e da saúde, pois a enquadra num dado formato e num dado momento. Esta percepção da comunicação enquanto sinónimo de informação (Araújo & Cardoso, 2007) ajuda-nos a entender o viés mediocêntrico e instrumental da literacia. A questão da categorização, da criação dos níveis e da definição de padrões de comportamento parece ser uma forma de apropriar-se de um melhor lugar de interlocução. Ou seja, dizer que o indivíduo é ou não literato, define os lugares daqueles que possuem as informações dos que não.

Não há aqui a intenção de negar a importância da informação para a comunicação, apenas a de problematizar o seu uso desvinculado de uma comunicação integral, que considere para a literacia “abrir espaço a um entendimento das práticas comunicativas não apenas na sua vertente informativa e transmissiva, mas igualmente na sua vertente relacional, dialógica e vinculadora” (Pinto, 2005). Que inclua a voz, os saberes e o contexto sociocultural dos utentes (Ramos, 2012), numa relação *bottom up*. Nesse

sentido, os atores sociais envolvidos no processo seriam parte de um novo *sensorium* (Martin-Barbero, 2000) constituído pela forma como se apropriam do mundo e do seu lugar nele. Assim, o que parece despontar é a urgência de propor aos sujeitos muito mais que conhecimentos, habilidades e atitudes por meio da informação unidirecional, mas a reflexão sobre as suas posições no processo produtivo de significação no âmbito da saúde. Uma percepção simbólica que autoriza modos distintos de participação e que se localiza tanto no percurso do campo da saúde como no das teorias da comunicação. O que, para Walter Benjamin (2012), explica-se na percepção que os atores envolvidos nesse processo têm deles e o valor que conferem às suas histórias, às suas experiências. Trata-se, portanto, de observar a ecologia da comunicação e da educação como promotoras de um processo que, ao contrário de reproduzir a lógica da transmissão de saberes, reinsere os sujeitos nas relações (Sodré, 2006) e promove mais que participação, mas a colaboração no diálogo. Ou seja, uma literacia que seja, ela própria, comunicação.

Assim, apesar de se reconhecer a relevância dos estudos que buscam na informação, nos *media* ou nas tecnologias um caminho para a literacia em saúde, aqui propomos observar a comunicação como o passo de base de uma dança no ritmo das relações humanas. Neste sentido, a beleza desta dança está não na técnica – embora a componha –, mas na capacidade que todo o elenco tem de atuar na significação e ressignificação de cada movimento, construindo narrativas em ação, no tempo e espaço de cada movimento. Desta maneira, a literacia, por sua ideia de transformação e por ser ela uma zona de cruzamentos conceituais compostos essencialmente pela comunicação no encontro com a autonomia voltada para a cidadania, merece ser mais do que coreografia, mas emoção. Ou seja, é necessário explorar todas as virtudes desses campos. Por conseguinte, requer uma visão da comunicação como “um padrão de interação que define a relação e liga as pessoas umas às outras. (...). É importante que cada participante na comunicação seja capaz de se adaptar à outra pessoa, ao contexto, e ao tipo particular de relação em que está envolvido” (Adams, 2010, p. iv).

3.1 INTERAÇÃO, DIÁLOGO E MEDIAÇÃO: CONTRIBUTOS TEÓRICOS PARA UM NOVO DEBATE

A ideia de contribuição e adaptação necessária à comunicação, ou seja, às relações que se dão em co-presença ou em sistemas ampliados de tempo-espaço, nos remete de volta à nossa dança. Para que haja sintonia é necessário sentir a dança nos movimentos e negociar cada passo da

interação. O que significa conjugar a dualidade da estrutura em diálogo. Quer dizer, não existe dança sem movimento, assim como não existe serviço de saúde sem utente. Estamos, portanto, tratando das interações que estruturam a sociedade. Num nível lógico, ensina Giddens (2013), embora a existência institucional não dependa de um indivíduo especificamente, ela simplesmente deixaria de existir se todos os agentes envolvidos desaparecessem. Assim, enquanto de um lado está a estrutura definida como as regras e os recursos organizados institucionalmente, de outro estão os sistemas sociais em que a estrutura está inserida, compreendendo as atividades humanas, reproduzidas através do tempo e do espaço. Contudo, não se trata de um dualismo onde os fenômenos são vistos de maneiras independentes, mas de uma dualidade da estrutura, através da qual as “propriedades estruturais de sistemas sociais são ao mesmo tempo meio e fim das práticas que elas recursivamente organizam” (Giddens, 2013, p. 30).

Em outras palavras, embora as estruturas possuam regras e normas concebidas antes dos sujeitos, a garantia da sua manutenção e as possibilidades de mudanças somente são possíveis na interação indivíduo-organização, através da qual as experiências da interação na comunicação significam e constituem os agentes da *praxis*. Logo, o diálogo seria a capacidade que os indivíduos possuem de, no encontro, transformarem o mundo através das trocas de saberes, em colaboração. Assim, “a colaboração, como característica da ação dialógica, que não pode dar-se a não ser entre sujeitos, ainda que tenham níveis distintos de função, portanto, de responsabilidade, somente pode realizar-se na comunicação. O diálogo, que é sempre comunicação, funda a colaboração” (Freire, 1987).

Pela dimensão dialógica freiriana, é necessário compreender que não há atores sociais sem o aspecto colaborativo das suas ações, mas “atores em intersubjetividade, em intercomunicação” (Freire, 1987). Portanto, para compreender a comunicação que se dá na interação em saúde como forma de promovê-la parece ser necessário observar os movimentos de negociação e convívio que ela desperta (Wolton, 2010). E, ainda, entender a integralidade da comunicação em duas direções que coabitam o mesmo espaço. O que quer dizer que enquanto de um lado existem as relações que se dão por códigos e normas para a intercompreensão entre os atores envolvidos, do outro lado existe uma técnica na qual as lógicas estão ao serviço de uma ordem de mercado e cujas regras estão pautadas na garantia dos interesses e das necessidades institucionais (Wolton, 1999). Deste modo, a lógica dos interesses institucionais da saúde pode-se manifestar tanto nos discursos midiáticos, quanto no estado da interação pessoal e

nas mensagens textuais e intertextuais inseridas dentro e fora da instituição, em uma rede de significações.

À vista disto, é possível perceber que a comunicação se dá em processo, como mediadora dos saberes, pelos movimentos da sociedade e pela forma como ela, protagonista nas interações, pode potencializar o despertar da autonomia necessária para os indivíduos e coletivos se informarem, conviverem, questionarem, produzirem e colaborarem desde os seus lugares sociais, mesmo que nem sempre a comunicação esteja no enunciado das práticas (Martin-Barbero, 1997). A teoria das mediações aponta, assim, para a necessidade de se olhar o estado da interação desde os lugares periféricos dos sistemas sociais, ou seja, lançando olhar sobre os aspectos culturais e políticos inseridos no diálogo da saúde. Isso implica na construção de um mapa através do qual se observa o potencial transformador do deslocamento do lugar do enunciado. Trata-se, deste modo, de um rizoma em que “essas mediações se tornam básicas e se despregam, podendo ser relacionadas em formas de direções e densidades diferentes (Lopes, 2018).

Esta complexidade cartográfica, que estaria nas imediações das redes e das narrativas e discursos que produzem sentido, aponta para a necessidade de reconhecer, nas estruturas de interação mediadoras do diálogo, as dinâmicas sociais periféricas que tramam a construção de significações resultantes do conhecimento social compartilhado (van Dijk 2003, 2017).

O que nos leva, deste modo, a tratar como premissa a ideia de uma comunicação que, deslocada do seu lugar instrumental, se articula à complexidade dos sistemas sociais e às trocas de experiências que ali ocorrem com o objetivo principal de libertar a cidadania. É neste espaço que se situa o propósito de uma literacia em comunicação que, constituída no interior das dimensões de interação, diálogo e mediação, contribuiria para o protagonismo dos sujeitos enquanto participantes ativos das ações de promoção da saúde – lugar de encontros entre os sujeitos, as instituições e seus agentes e que evidenciam vulnerabilidades, relações de poder, trocas e experiências comunicativas.

4. COMENTÁRIOS FINAIS

Nunca os seres humanos, as instituições e a sociedade investiram tantos recursos no acesso e na produção de informação e, paradoxalmente, nunca se comunicou tão pouco. Isso porque, embora a informação esteja a serviço dos fatos que operacionalizam sua existência e a categorizam

vulgarmente como sinônimo da boa comunicação (com a finalidade de noticiar, servir e promover conhecimento), ela depende de uma complexa relação entre os agentes que compõem o percurso da mensagem. E é nesta relação com o outro que está a incerteza dos resultados da emancipação que configuram as relações comunicativas. Segundo Dominique Wolton (2010), a informação e a comunicação compreendem as duas faces da autonomia dos sujeitos e das sociedades. Portanto, precisam aprender a conviver em pé de igualdade de modo a promoverem harmoniosamente as bases necessárias para um processo de negociação, partilha, tolerância e de acordos entre vozes e silêncios, entre comunicação e incomunicação.

Pensar a literacia no campo da saúde requer, deste modo, um esforço para pensar formas de reintegrar à comunicação sua característica vinculadora. Ao considerarmos os contributos das teorias da comunicação para os estudos da literacia em saúde buscamos ter não somente uma dimensão social que dê conta de integrar uma “comunicação interpessoal, intrapessoal e massiva, mas cosmológica, que considere as interações não apenas entre os homens, mas entre todos os elementos e sistemas que existem no cosmos e onde a comunicação seria o enredo que relaciona tudo” (Pineda, 2017).

Assim, ao investir num olhar periférico do sistema social da saúde, ou seja, que observe estes fatores a partir da lente de seus agentes, esta literacia em comunicação na saúde estaria a ampliar os horizontes dos estudos de literacia, propondo uma visão horizontal da comunicação. Destarte, a cidadania poderia ser percebida como processo de poder partilhado que se daria na comunicação em colaboração. Por certo, essa perspectiva implica observar outros desafios que, no lugar de reconhecerem o respeito e a autonomia como determinantes da colaboração, não reproduzam o imperativo da participação, colocando no indivíduo o peso e a responsabilidade de controlar um sistema que não se é possível controlar. Trata-se, portanto, de saber, como bem perguntou Deleuze (2002), relativamente à obra de Espinosa: “como um ser pode se apoderar de outro no seu mundo, conservando-lhe ou respeitando-lhe, porém, as relações e o mundo próprios?” (Deleuze, 2002, p. 131).

REFERÊNCIAS

- Adams, K. (2010). Prefácio. In A. Fisher & K. Adams, *Comunicação interpessoal. Pragmática das relações humanas* (pp. iii-vii). [E-Book]. Retirado de <https://goo.gl/HLWUcz>

- Araújo, I. S., Pessoni, A., Gomes, I. M. A. M. & Oliveira, V. C. (2008). Comunicação e saúde: trajetória, panoramas e desafios atuais. In Barbosa, M. C. S. & Sousa, B. M. (Eds.), *Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação* (pp. 1391-1405). Natal: Intercom.
- Araújo, I. S. & Cardoso, J. M. (2007). *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Azevedo, F. (2009). Literacia: contextos e práticas. In F. Azevedo & M. G. Sardinha (Eds.), *Modelos e práticas em literacia* (pp.1-16). Lisboa: Lidel. Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/10111>
- Benjamin, W. (2012). O autor como produtor. In W. Benjamin, *Magia e técnica, arte e política: obras escolhidas* (Vol. 1, pp. 129-146). São Paulo: Brasiliense.
- Deleuze, G. (2002). *Espinoso: filosofia prática*. São Paulo: Escuta.
- Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em saúde em Portugal. Relatório síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- Giddens, A. (2013). *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Himanen, P. (2002). *La ética del hacker y el espíritu de la era de la información*. [Ebook]. Retirado de <http://hdl.handle.net/10760/12851>
- Jenkins, H., Ito, M. & Boyd, D. (2016). *Participatory culture in a networked era. A conversation on youth, learning, commerce, and politics*. Cambridge: Polity Press.
- Kickbusch, I., Maag, D. & Wait, S. (2006). *Navigating health: the role of health literacy*. Londres: Alliance for Health and the Future International Longevity Centre - UK. [Ebook] Retirado de <https://goo.gl/wA9m>1
- Kreps, G. L. (2012). Health communication inquiry and health outcomes. *Comunicação e Sociedade* [número especial], 11-22. DOI: 10.17231/comsoc.23(2012).1351
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde. Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidactica.
- Marinho, S. & Ruão, T. (2012). Linhas para um projeto de formação em comunicação na saúde: as propostas do debate. In S. Marinho, T. Ruão, F. Lopes, Z. Pinto-Coelho & L. Fernandes (Eds.), *Olhares cruzados sobre comunicação na saúde: relatório de um debate* (pp. 53-64). Braga: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade - CECS (Universidade do Minho).

- Mårtensson, L. & Hensing, G. (2012). Health literacy—a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 151-160. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x
- Martin-Barbero, J. (1997). *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- Martín-Barbero, J. (2000). Desafios culturais da comunicação à educação. *Comunicação & Educação*, 18, 51-61. DOI: 10.11606/issn.2316-9125.voi18p51-61
- Nunes, L. (2014). Promoção da cidadania através do cuidar em Enfermagem. *Atas do 1º Congresso Internacional de Literacia em Saúde Mental*, 11, 131-140.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. DOI: 10.1093/heapro/15.3.259
- Pedro, A. R., Amaral, O. & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. DOI: 10.1016/j.rpsp.2016.07.002
- Peruzzo, C. M. K. (2000). Comunicação comunitária e educação para a cidadania. *Comunicação e Sociedade*, 2, 651-668. DOI: 10.17231/comsoc.2(2000).1427
- Pineda, M. (2017). *Las ciencias de la comunicación en tiempos de inseguridades: diversas teorías y enfoques*. Maracaibo: Luz/Unica.
- Pinto, M. (2005). A busca da comunicação na sociedade multi-ecrãs: perspectiva ecológica. *Comunicar*, 25, 259-264. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15825036>
- Ramos, M, N. P. (2012). Comunicação em saúde e interculturalidade - perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *RECIIS*, 6(4). DOI: 10.3395/reciis.v6i4.672pt
- Saboga-Nunes, L. (2018). *Promoção para a literacia em contextos de saúde*. Comunicação apresentada no I Semirário de Literacia em Saúde, Esposende, Portugal.
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education & Behavior*, 2(1), 1-10. DOI: 10.1177/10901981740020S102
- SNS - Serviço Nacional de Saúde (2018, 5 de junho). *Literacia em saúde*. Retirado de <https://goo.gl/4K8we7>

- Sodré, M. (2006). *Antropológica do espelho. Uma teoria da comunicação linear e em rede*. Petrópolis: Editora Vozes.
- van Dijk, T. A. (2003). The discourse-knowledge interface. In Weiss G., Wodak R. (Eds.), *Critical Discourse Analysis* (pp. 85-109). Londres: Palgrave Macmillan
- van Dijk, T. A. (2017). Sociocognitive discourse studies. In Flowerdew, J. & Richardson, J. (Eds.), *The Routledge Handbook of Critical Discourse Studies* (pp. 26-43). Londres: Routledge
- Vieira, N. (2008). As literacias e o uso responsável da internet. In M. L. Martins & M. Pinto (Eds.), *Comunicação e Cidadania - Actas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação* (pp. 1799-1808). Braga: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade - CECS (Universidade do Minho).
- WHO - World Health Organization (2018a, 1 de junho). *Constitution of WHO: principles*. Retirado de <https://goo.gl/Sna1Zp>
- WHO - World Health Organization (2018b, 1 de junho). *Declaration of Alma-Ata*. Retirado de <https://goo.gl/ar1XGM>
- WHO - World Health Organization (2018c, 4 de junho). *Ottawa Charter*. Retirado de goo.gl/kmT4of
- Wolton, D. (1999). *Pensar a comunicação*. Algés: Difel.
- Wolton, D. (2010). *Informar não é comunicar*. Porto Alegre: Editora Sulina.

Citação:

Vargas, J. R., Pinto, M. & Marinho, S. (2019). Desafios da comunicação na prática da literacia em saúde. In Z. Pinto-Coelho, S. Marinho & T. Ruão (Eds.), *Comunidades, participação e regulação. VI Jornadas Doutorais, Comunicação & Estudos Culturais* (pp. 84-96). Braga: CECS.