

Comunicação em saúde e promoção da saúde: contribuições e desafios, sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Viviane Rangel de Muros Pimentel¹ (ORCID: 0000-0001-9316-2751) (vrmpimentel@gmail.com)

Maria Fátima de Sousa² (ORCID: 0000-0001-6949-9194) (mariafatimasousa@uol.com.br)

Ana Valéria Machado Mendonça² (ORCID: 0000-0002-1879-5433) (valeriamendonca@gmail.com)

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil.

² Departamento de Saúde Coletiva. Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil.

Recebido em: 29/07/2021 Revisado em: 29/07/2021 Aprovado em: 08/10/2021

Resumo: Com o objetivo de identificar o papel da comunicação em saúde e da promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família, desenvolveu-se este trabalho, ancorado na abordagem qualitativa, com desenho de múltiplos casos. Empregou-se a técnica do grupo focal, norteada por um roteiro semiestruturado, contendo três perguntas norteadoras. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Ao todo, foram realizados dez grupos focais, em cinco municípios brasileiros de grande porte. Participaram cinquenta e cinco profissionais da Estratégia de Saúde da Família, de 21 equipes de Saúde da Família, lotados em 15 Unidades Básicas de Saúde. Dentre as contribuições, os profissionais destacaram a promoção da saúde para garantia do bem-estar e a comunicação em saúde favorecendo o planejamento das ações e a troca de experiências, sendo por eles considerada como uma ferramenta para trabalhar práticas promotoras da saúde. Ressaltou-se ainda, que além de primordiais, esses campos se complementam e, juntos, contribuem para melhoria da qualidade de vida. Como principais desafios, relataram a necessidade de maior envolvimento dos profissionais para trabalhar a educação para a promoção, superar a visão saúde-doença ainda presente na comunidade e a escassez de tempo para trabalhar mais a comunicação em saúde.

► **Palavras-chave:** Comunicação em saúde. Promoção da saúde. Estratégia Saúde da Família.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320316>

Introdução

Em estudos que envolvem a comunicação, comumente faz-se necessário situar qual comunicação trata os processos de abordagem teórico-conceitual. Neste ínterim, destacam-se dois contextos: o simbólico e a técnica. Vamos considerar a “forma de conhecer o mundo, de pensarmos e nos relacionarmos” e a “forma de ação, a maneira como agimos no mundo” (GIANI, 2015, p. 25).

Quanto à concepção sobre “comunicação”, a trama de conceitos que se entrelaçam na Comunicação Todos-Todos de Mendonça (2021) nos remete:

À possibilidade concreta de estabelecermos relações cidadãs em um fluxo de informação consciente e conectado por conhecimentos, atitudes e práticas, promovendo a gestão da informação para a tradução do conhecimento e, por conseguinte, a tomada de decisões por parte da comunidade para sua melhor condição de saúde e qualidade de vida (MENDONÇA, 2021, p. 166).

Nesta base, aproximamos a comunicação ao campo da saúde, aproximação esta que, no entanto, data de 1920, quando emergiram estratégias de enfrentamento das doenças pautadas na propaganda e na educação sanitária (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Ao longo dos anos, ela foi redimensionada, entendida como capaz de corroborar a produção do conhecimento através do acesso e difusão da informação sobre saúde, pautando-se na educação e no reforço das redes sociais para favorecer o empoderamento da comunidade e a capacitação de setores marginalizados na tomada de decisão (RABELLO, 2010; WESTPHAL, 2006). Atravessada pelo discurso do direito à comunicação como indissociável ao direito à saúde, após a Constituição de 1988, consolidou sua interface com a saúde como: “redes de cooperação, conflito, visibilidades, invisibilidades e onde se situam social e simbolicamente sujeitos” (PITTA, 1995, p. 258).

Transpomos assim, uma comunicação utilitarista, de transferência de informações e aprofundamos sua concepção, passando a entendê-la como prática social, advinda da interação entre seres humanos (FERMINO; CARVALHO, 2007). Trata-se de “uma condição humana vinculada à linguagem e constitutiva do processo de hominização”, na qual a “troca, interação, intersubjetividade, diálogo e expressão” são essenciais (RANGEL, 2008, p. 433), não só ao desenvolvimento da cultura de grupos (GOCAN *et al.*, 2014), como para corroborar ao cumprimento dos princípios doutrinários e organizativos da assistência à saúde. Possibilita-se, assim, o acesso da população aos meios, canais e espaços de fala, viabilizando maior participação local

nas decisões, instrumentalizando a sociedade para atuar nos processos decisórios no âmbito das ações e políticas públicas de saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007; CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014).

A despeito dos embates ainda existentes sobre a comunicação aplicada à saúde, em que pese as terminologias, conceitos e complexidade imbricados (MENDONÇA, 2021), a saber: Comunicação (‘para a’, ‘e’, ‘da’ e ‘em’) Saúde, tal percurso aproximamos ao conceito de Comunicação “em” Saúde (CS) aqui adotado, ancorado na proposição feita por Mendonça (2014):

Comunicação em Saúde é possibilitar acessibilidade e acesso por meio de acolhimento e construção de autonomia, promovendo comprometimento com diálogo, entendimento do direito, empoderamento e humanização das relações. É possibilitar integração, integralidade, inclusão, participação, reflexão, resolutividade, respeito e solidariedade. É processo primordial, desafio de transparência, linguagem e transformação de construção de vínculo e dever de cidadania. (MENDONÇA, 2014, p. 704).

Ampliando a interface da CS, temos a Promoção da Saúde (PS), que embora enquanto ‘movimento’ tenha emergido em 1974 com o Informe Lalonde, a introdução oficial de seu conceito ocorreu após Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978). Foi um marco histórico da PS, ao introduzir a ideia do contexto social como um poderoso determinante da saúde, assim como a Carta de *Ottawa* (OMS, 1986), que, em continuidade à contraposição ao modelo hegemônico com vistas ao alcance do completo estado de bem-estar físico, mental e social, para além de um estilo de vida saudável, ressaltou a necessidade de atuação da comunidade nos processos de produção da saúde.

Desde então, a PS é entendida como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, visando a equidade e melhoria das condições de saúde e dos modos de viver, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015). Ela tem se solidificado no Brasil como um marco pela universalização do sistema de saúde, pela implantação de políticas públicas em defesa da vida e efetivação da saúde enquanto um direito constitucional (MALTA *et al.*, 2016; AITH, 2013).

A CS, por sua vez, imbricada com a educação para a PS, através da troca de experiências, saberes, vivências e habilidades, vem oportunizando a construção do conhecimento para uma vida mais sadia e potencializando formas das pessoas exercerem o controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, através do empoderamento (individual e comunitário) e capacitação de atores sociais na tomada

de decisão (RABELLO, 2010; WESTPHAL, 2006). Firma sua relevância como indissociável à produção dos sentidos e processos relativos à democratização da saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007), constituindo-se como um princípio fundamental à APS (PULLON *et al.*, 2016).

Em meio à complexidade dos cuidados e à resolutividade desejável na Atenção Primária à Saúde (APS) (COSTA, 2016) e, demandando ir além do entendimento sobre o “funcionamento das doenças” e busca por “mecanismos para seu controle” (CZERESNIA, 2003, p. 51), torna-se oportuno situar a CS na realocação do conceito ampliado de saúde (PITTA, 1995), ante seu destaque no campo da PS (BRASIL, 2015). Entretanto, cabe questionar: este destaque tem se traduzido em contribuições concretas ao desenvolvimento das práticas de PS na APS? Ou permanece atendo-se à “técnica de transmissão de mensagens”, como já sinalizava Rangel (2008)?

Ademais, reconhecendo que “a CS é [...] capaz de alcançar diferentes públicos e compartilhar informações relacionadas à saúde com o objetivo de influenciar, envolver e apoiar indivíduos, comunidades e profissionais de saúde [...] para defender, apresentar, adotar ou sustentar um comportamento ou prática, contribuindo para melhorias dos resultados de saúde” (SCHIAVO, 2007, p. 21 - tradução nossa), questiona-se: como, na prática, os campos da CS e PS tem se imbricado?

Finalmente, para que a CS envolva em suas múltiplas dimensões, “a circulação de informações e conhecimentos em saúde oriundos de inúmeras fontes”, participando dos processos de emissão e recepção de mensagens, o uso de “meios de comunicação massivos (tv, jornais, revistas)” e “a *internet*” faz-se necessário (RANGEL, 2008, p. 433-434), o que nos leva a ampliar o debate para a comunicação como meio/forma de divulgação das práticas de PS na Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim, questionamos: como a comunicação das ações e serviços tem sido realizada neste cenário? Quais meios usados?

Por estas inquietudes, buscou-se identificar contribuições e desafios da integração entre a CS e PS, sob o olhar dos profissionais da ESF.

Metodologia

Este artigo origina-se em tese de doutorado, produzida a partir do estudo *Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas Equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil e seus similares na Argentina*,

Austrália, Costa Rica, Inglaterra e República Dominicana, do Núcleo de Estudos de Saúde Pública, apoiado pelo Ministério da Saúde (processo nº 25000.222390/2011-69), submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília e aprovado sob número de registro 85/12.

Ancora-se na abordagem qualitativa, com desenho de múltiplos casos, pela possibilidade de realizar uma análise com amplitude e profundidade, permitindo maior sustentação e aprofundamento analíticos, ao ampliar o entendimento sobre fatos e fenômenos naturais, por vezes invisíveis aos números (FERREIRA *et al.*, 2002). Ao analisar a intensidade das falas dos informantes, focando não apenas no resultado, mas no processo (MINAYO; SANCHES, 1993), torna a opinião coletiva semanticamente mais rica, por ser plena de conteúdos significativos, fazendo emergir detalhamentos individuais de uma mesma opinião coletiva diante do tema pesquisado (OTENIO *et al.*, 2008).

O estudo de múltiplos casos fundamentou-se nos pressupostos de Yin (2001), segundo o qual o mesmo estudo pode conter mais de um caso único e o conjunto dos casos constituir-se um projeto de casos múltiplos.

Na escolha amostral, como critérios de inclusão considerou-se: um município acima de 100 mil habitantes por região do país, com cobertura populacional da ESF igual ou superior a 30%, premiado na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família (2008) e que aceitasse participar voluntariamente. Para seleção dos informantes, foram escolhidos profissionais lotados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em área de maior vulnerabilidade e outras consideradas “modelo” pelo município (ao menos uma de cada, por município).

A coleta dos dados foi realizada entre 2012 e 2020 e a técnica do Grupo Focal (GF) empregada, por permitir através do diálogo e debate, obter informações sobre temas específicos, trabalhando a reflexão através da fala dos participantes e viabilizando a apresentação de seus conceitos, impressões e concepções (TRAD, 2009).

Os GF foram conduzidos por um roteiro semiestruturado, previamente testado, contendo três perguntas norteadoras. Para processar os depoimentos, considerando que o pensamento ou a opinião de indivíduos só podem ser vistos sob forma de um depoimento discursivo, permitindo, sem prejuízo das similitudes e singularidades, revelar o pensamento das coletividades e compreender o porquê de sua maneira de pensar, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A construção dos discursos-síntese foi realizada com auxílio do DSCsoft 2.0®, no qual foram sistematizados os depoimentos, a partir da organização do número de pessoas com o mesmo pensamento sobre a temática abordada, gerando ideias centrais e respectivos DSC.

Resultados e Discussão

Foram realizados dez GF em cinco municípios brasileiros (5 no Nordeste, 2 no Centro-Oeste, 1 no Norte, 1 no Sudeste e 1 no Sul), com participação de 55 profissionais da ESF, de 21 equipes, lotados em 15 UBS, sendo o agente comunitário de saúde (ACS) a categoria profissional predominante (43,6%), seguida de enfermeiros (29,1%), médicos (10,9%), técnicos/auxiliares de enfermagem (7,3%), cirurgiões-dentistas (5,5%), técnico em saúde bucal (1,8%) e fisioterapeuta (1,8%).

Após leitura exaustiva dos relatos, buscaram-se respostas a três questões. Na primeira, a saber: **“De que forma as ações de CS se inserem nas práticas do cuidado das equipes da ESF?”**, os profissionais sinalizaram estarem a todo tempo:

[...] movendo e sendo movidos por essa comunicação [...], mesmo na pandemia [...].
[DSC1PN1p.1]

Segundo eles, a CS encontra-se enraizada no cotidiano das equipes, inserida nas práticas do cuidado, do planejamento à execução das ações, tanto nas consultas como na sala de espera, nos grupos, em rodas de conversa e nas visitas domiciliares, favorecendo a troca de experiências (entre profissionais e destes com a comunidade) e o esclarecimento de dúvidas, além do estabelecimento de vínculo da equipe com o paciente, contribuindo para que de forma consciente consigam adotar comportamentos que promovam a saúde e previnam agravos. Lembra o que nos dizem Ribeiro *et al.* (2013) ao apontarem a aproximação e vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários como importante contribuição da CS para a efetivação dos direitos sociais, dentre os quais: o direito à saúde e qualidade de vida. Lembra-nos também Czeresnia (2003), ao ressaltar que “não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle”, mas “diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha” e “do conhecimento, com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos” (p. 51-2).

Através do intercâmbio de conhecimentos advindos da participação efetiva, tem-se na CS um valioso instrumento, capaz de contribuir não só para mudanças no

estilo de vida (MONTORO, 2008), mas para o empoderamento de indivíduos e coletividades, dotados de saberes, capazes de atuar na tomada de decisão e, por conseguinte, nas iniquidades e determinantes sociais que incidem sobre sua saúde; marcas das “profundas iniquidades sociais” (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007, p. 223).

Ainda no primeiro DSC, os profissionais destacaram que, embora a CS não seja capaz de garantir, sozinha, a saúde e qualidade de vida, ela tem:

[...] o poder de contribuir muito com a saúde [...] [DSC1PN1p.2].

Pois, segundo eles, favorece o entendimento sobre a importância da busca por uma vida com mais saúde, sendo destacada, ao final do DSC, como:

[...] a cereja no topo do bolo. [DSC1PN1p.3].

Essas contribuições da CS apontadas convergem com o estudo de Rossetto *et al.* (2017), que apontam a comunicação como capaz de contribuir, a partir do diálogo e da escuta qualificada, para o alcance da desejável eficiência das ações em saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida.

Apesar de identificada convergência com outros autores, cabe salientar que isto não é hegemônico. Há os que ressaltam cisões na interlocução entre a CS e PS, embora não neguem o papel estratégico, nem o potencial que tem a CS para a PS. Ao contrário, destacam que focar na PS, “antecipando-se à reemergência das doenças faz-se imperativo na CS” (ALBARADO *et al.*, 2021, p. 415).

Outra forma de inserção das ações de CS nas práticas do cuidado das equipes referida ocorre no contato diário com a comunidade, utilizando principalmente, a comunicação verbal interpessoal:

A comunicação é no dia a dia. Boca a boca, mesmo. [...] [DSC2 PN1p.1].

Segundo eles, é por meio dela que realizam o delineamento dos temas de interesse da comunidade no campo da saúde a serem trabalhados em palestras elaboradas conforme a demanda por ela sugerida, bem como pelos profissionais identificada e, “de forma formalizada”, por meio da comunicação decorrente de campanhas publicitárias:

[...] A gente senta com a comunidade, questiona com eles que tema seria interessante para estar sendo abordado e como a gente está aqui, a gente também vê: "o que é que é a população aqui?" [...] e a gente faz [...] as palestras [...]. Então, é mais a comunicação interpessoal. Formalizada que tem, são as campanhas [...]. [DSC2PN1p.2]

Embora se postule que a comunicação verbal interpessoal nos serviços de saúde seja pouco trabalhada, permeada por grande complexidade em colocá-

la em prática entre profissionais de saúde e usuários (CARVALHO, 2012), este DSC nos remete ao reforço sobre sua importância no planejamento das práticas de PS, possível quando há encontros e, nestes, escuta e troca (ALBARADO *et al.*, 2021). Os discursos precisam existir e perpassar por canais de comunicação que favoreçam o fluxo de informação de forma equilibrada, necessária e indispensável ao planejamento integrado das ações. Assim, o intercâmbio de conhecimentos torna-se um valioso instrumento para a participação, capaz de contribuir na produção da saúde (MONTORO, 2008).

A última forma de inserção das ações de CS referida foi por meio do acolhimento realizado diariamente. Entretanto, embora a CS seja cotidiana entre a equipe e o paciente e haja esforço para mantê-la ativa em suas práticas, ressaltaram que ela precisa melhorar. Apresenta-se limitada, especialmente em virtude da escassez de tempo e do volume da demanda diária nas UBS:

[...] a gente tá na comunicação [...] diariamente, do momento que o posto abre até quando ele fecha [...]. Chegou um paciente, seja o que for, a gente vai escutar e dar a informação que ele precisa [...]. Só que [...] temos que melhorar [...]. [...] Porque começa aquela questão do dia a dia [...]. Não é fácil. Muita gente, vacina, não sei o quê... e o tempo é curto. Olha a mãe: “você está me dando essa vacinazinha, por quê?” Aí isso já é uma complicação. [...]. [DSC3PN1]

Um dos pilares que sustenta ou concede viabilidade à proposta do acolhimento, uma diretriz introduzida no Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 90, é a maneira como se dão as relações entre os diversos atores envolvidos, em especial a relação trabalhador-usuário, sendo a comunicação um dos aspectos fundamentais para sua efetivação (MATUMOTO *et al.*, 2002 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2008). Ao preconizar a escuta qualificada, mas sem limitar-se ao ato de “receber” demandas, traz a construção do diálogo como inerente (MATUMOTO, 1998). Põe-se então a relevância da comunicação, mas não qualquer comunicação. Trata da CS, que se estabelece no diálogo para construção de um serviço resolutivo, que atenda às necessidades de todos os atores, ajudando-os a percorrer o caminho necessário à resolução dos problemas e produção/fortalecimento de sua autonomia (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Nesse contexto, justapondo-se à CS, tem-se a educação em saúde, uma proposta de ação que, ao favorecer o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas em relação ao seu contexto de vida pela reflexão dialógica, possibilita o reconhecimento do saber do outro e compreensão de seu ponto de vista, resultando em saberes

produzidos a partir da (re)leitura da realidade dos envolvidos (FREIRE, 2001; 2000), ampliando a capacidade do indivíduo analisar e entender a saúde. A CS por sua vez, neste imbricamento, incrementa a tomada de decisão, a participação social e o *empowerment*, pressupostos teóricos e metodológicos chave da PS, pós-*Ottawa*.

Embora a organização do trabalho possa desfavorecer o estabelecimento de relações saudáveis, pela falta de diálogos no processo de produção do trabalho em saúde, ressaltado por Matumoto *et al.* (2002 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2008) e evidenciado no DSC, fortalecer a CS como uma prática diária e constante entre os profissionais e a população, justaposta à educação em saúde, torna-se fundamental à PS.

Aprofundando este imbricamento, questionamos: **“Qual o papel da CS e da PS nas práticas das Equipes da ESF?”** Segundo os entrevistados, a PS promove o bem-estar social e a CS, através da qual se compartilha a informação necessária à construção do conhecimento, é a ferramenta para trabalhar a PS. Juntas, promovem melhoria da qualidade de vida individual e comunitária, e sinalizaram ainda, ao final do DSC, a contribuição da união destes campos na vida de um paciente:

Promoção da saúde é promover o bem-estar do paciente [...] e a comunicação é a ferramenta que a gente usa pra trabalhar essa promoção. [...], para melhorar a qualidade de vida [...]. Uma vez um paciente que não estava doente fisicamente, mas que quase não saía, começou a sair para cima e para baixo, conversando com as ACS que na época vieram e disseram: "olha, ele não está com aquele problema mais". "Ele já saiu melhor através de uma conversa, de uma explicação". Olha aí a importância de uma boa comunicação e da promoção. Então, essa promoção contribui para o bem-estar social e a comunicação em saúde ajuda a aumentar o conhecimento. [DSC1PN2]

A percepção dos entrevistados quanto ao papel da PS em suas práticas nos permite apreender que, apesar de existirem “controvérsias na definição da PS e confusões relativas aos seus limites conceituais com a prevenção” (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 102) e ainda haja necessidade de contraposição do modelo hegemônico, insuficiente para atuar sobre os determinantes sociais da saúde (COSTA, 2017), especialmente na operacionalização dos serviços de saúde (NORMAN *et al.*, 2013), a dimensão conceitual sobre PS sinalizada alinha-se aos postulados da Organização Mundial da Saúde, qual seja: a PS para além de um estilo de vida saudável, rumo ao bem-estar global (WHO, 2009).

É sobre esta concepção que o movimento “moderno” da PS se ancora, transpondo o entendimento da PS limitada a “informar”, “influenciar” e “auxiliar” pessoas, com estratégias de educação e comunicação de massa (regidas pela ótica campanhista),

aproximando-se da CS para além da transmissão de informações, mas enquanto prática social, dimensão esta impressa no DSC. Para mais, ao exemplificar a escuta e o diálogo como essenciais para que um paciente, embora não fisicamente doente, conseguisse vencer um provável quadro depressivo, desvela que a despeito do agravo físico, emocional ou mentalmente instaurado, a CS apresenta-se como capaz de dirimi-lo e, portanto, de exercer condições favoráveis à PS. Coriolano-Marinus *et al.* (2014) ratificam isto, ao descrevê-la como capaz de produzir condições para práticas de PS, na medida em que contribui para a autonomia e o autocuidado, através do diálogo.

Em outro DSC, entrevistados apontaram a CS e a PS como primordiais e essenciais. A PS como a base da ESF e a CS viabilizando trabalhá-la, por meio da orientação e informação, ressaltando, ainda, a importância destes dois campos caminharem juntos, rumo à complementaridade:

A comunicação em saúde é primordial, essencial e a promoção também. [...] A promoção é muito importante. É a base da Estratégia. E como passar isso? Só com ajuda da comunicação, né? [...] É através dela que a gente trabalha a promoção. [...] Então, essas duas coisas andam juntas. [DSC2PN2p.1]

Diferentemente de estudos como o realizado por Albarado *et al.* (2021), que reflete lacunas entre a CS e PS, aqui, estes campos são apresentados de forma justaposta e complementar: a PS como base da ESF (o que de fato o é) e a CS como “ferramenta instrumentalizadora” para ‘traduzir’ a PS em práticas.

Embora tenham sinalizado a importância destes campos e potencialidades em sua integração, na continuidade deste DSC, os profissionais apontaram desafios a serem superados. O primeiro sobre a necessidade de avanços em “educação para PS” na agenda dos demais profissionais da equipe, para além dos ACS:

[...] o tema da promoção da saúde, especialmente em questão de educação, é preciso melhorar [...] tem ficado mais por conta das ACS. [...]. [DSC2PN2p.2]

O segundo, sobre a necessidade de superação da visão “saúde-doença” ainda presente na comunidade, decorrente da falta de conhecimento sobre o que é PS:

[...] Outra coisa é quando a gente fala para aquela paciente que ela tem que levar a criança na consulta [...]. Muita mãe chega a achar que tem que trazer o filho só se tiver doente [...]. Então, a gente percebe que ainda falta esse conhecimento do que é a promoção [...]. Com a "promoção", que vê além da doença, [...] dificilmente essa criança vai ter alguma doença [...] mais grave, porque ela está sendo vista todo mês, acompanhada. Aí já contribui até com aquela questão do bem-estar lá na frente, né, a visão mais ampla da promoção. [...]. [DSC2PN2p.3]

Embora a ESF, há mais de duas décadas, aponte a necessidade de deslocamento do eixo da atenção aos agravos para a PS (saúde em todas as dimensões), considerando o indivíduo em sua totalidade, contemplando suas necessidades e o contexto que o cerca, evidencia-se neste DSC um desafio a ser superado, coadunando com Fertoni *et al.* (2015). Esses autores destacam a necessidade latente de que esforços para mudanças (teórica e política) do modelo assistencial brasileiro sejam assimilados no cotidiano dos serviços, entre profissionais, usuários e instâncias de controle social, para avançar no desenvolvimento de ações e serviços mais equânimes e resolutivos, permitindo concretizar a mudança do paradigma biomédico.

Outra dificuldade relatada decorre da “falta de interesse” da população em participar das palestras e da influência que as questões culturais exercem sobre o comportamento/hábitos, interferindo na adoção de mudanças contributivas à melhoria da qualidade de vida. Como consequência, desenvolver uma CS efetiva, para eles, tem sido desafiador:

[...] é meio complicado, porque não é todo mundo que escuta [...]. Uma das partes mais difíceis que tem é fazer essa de promoção da saúde e comunicar isso também, por causa da questão cultural. [...]. Você vai, explica aquilo, fala, fala, dá palestra, ensina como fazer o certo, mas a maioria não faz não. [...]. Tipo: o chazinho. É cultural. Se a criança mora com a avó, tem que ter o chazinho. Não tem jeito. [...] Então, é complicado, tanto trabalhar a promoção como a comunicação. Quando estão com algum problema, correm pra gente, mas não quer saber como é que faz pra evitar aquele problema. [DSC3PN2]

Mudança de hábitos, especialmente os culturalmente enraizados, constitui-se como um processo complexo. Embora desafiador, trabalhá-las na ESF é oportuno, pois neste espaço, onde a troca de experiências e intercâmbio de saberes se processam, a CS torna-se capaz de colaborar para mudança da consciência sanitária e, assim, contribuir para a PS e qualidade de vida, como reitera Corcorán (2010).

Pontua-se também que, ao contrário do DSC anterior, onde a educação em saúde para PS aparece imbricada à CS, neste, expressões ditas (a exemplo: “nem todo mundo escuta”, “explicam, falam, falam”, “ensinam a fazer o certo”), conotam nas entrelinhas uma aproximação à educação voltada à transmissão de informações, apartada e desconexa da essência da educação em saúde, que sob o prisma dialógico, contribui para transformações emancipatórias das pessoas (FIGUEIREDO *et al.*, 2010). Nesta base, conjugada à CS, ela abre espaços de diálogo e conversação entre profissionais e população, na busca de solução para os problemas comuns, favorecendo a produção da saúde em conceito ampliado, e não focados em “seu

potencial de mudar comportamentos e atitudes individuais frente a riscos à saúde” como destaca Rangel (2008, p. 439).

Do contrário, sobrepor (ou impor) comportamentos ‘desejáveis’ às pessoas que pensam e têm valores autônomos, tornando sua fala menos social e legalmente aceitável do que a fala técnico-científica (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2004), além de produzir assimetria na relação comunicacional, compromete a educação dialógica, um processo de mão dupla que, através do diálogo, torna tangível o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade dos indivíduos na participação no processo saúde-doença-cuidado (ALVES, 2004).

No terceiro e último questionamento, indagamos: **“Há comunicação prévia das ações e serviços realizados? e Como ela se processa?”**. Apreendeu-se haver comunicação prévia das ações e serviços nos municípios pesquisados. Todavia, diferentes formas foram evidenciadas.

No primeiro DSC, os profissionais apontaram que em âmbito individual utilizam-se da comunicação verbal, realizada diariamente durante o “acolhimento”, onde segundo eles, se processa a base da CS neste âmbito:

[...] A gente faz boca a boca, na recepção, todos os dias de manhã. No acolhimento é a base pra dar essa comunicação. [...] [DSC1PN3p.1]

Neste excerto, identificamos aproximação com a dimensão da CS enquanto prática social, pois no acolhimento, uma das diretrizes do SUS, diálogos são suscitados e vínculos formados, a partir dos quais o empoderamento e a participação social tornam-se tangíveis e produz-se e/ou fortalece-se a autonomia dos atores sociais.

Todavia, outra dimensão da CS foi evidenciada neste mesmo DSC. Em âmbito coletivo (comunidade), esta aparece associada à “divulgação das práticas de PS”, ampliando suas contribuições para a PS na ESF. Como meios, citaram a elaboração de convites, cartazes e cartões feitos à mão, geralmente entregues pelos ACS, informando sobre palestras, ações e reuniões a serem realizadas, bem como através de visitas domiciliares feitas pelos ACS e uso de veículos com equipamentos de som (bicicletas utilizadas por ACS e carros de comerciantes da própria comunidade):

[...] A gente avisa: tal dia vai ter reunião com a comunidade. Os agentes de saúde [...] entregam os convitinhos semanas antes [...]. Vai ter uma ação com gestantes? Então entregam os convitinhos [...]. Geralmente os ACS que entregam. É no papel, escritos na mão, mesmo. [...] Se a ação for alguma coisa pra um grupo maior ou específico, as agentes de saúde, nas visitas domiciliares, avisam e, também, a gente faz tipo um cartãozinho. [...] E [...] também coloca cartazes na sala de espera para fazer as comunicações e [...] quando

vai ter palestra [...] quando vai ter palestra ou quando vai ser desenvolvida alguma ação, daí são mobilizados os ACS, que pegam a bicicleta e sai anunciando pra comunidade. Bicicleta com som. Tem também anúncios em carros de som, feito por comerciantes aqui da comunidade. [DSC1PN3p.2]

Cabe salientar o destaque dado aos ACS neste DSC (formado na maior parte por médicos, odontólogos e enfermeiros), como elo fundamental na gestão da informação. Este achado coincide com os escritos de Sousa *et al.* (2021), quando afirmam que práticas de comunicação (variadas) foram assumidas pelos ACS e, na atualidade, são eles que dialogam com iniciativas dirigidas a cada grupo de famílias por eles assistidos e, ao criar uma rotina específica para cada modo de dialogar, têm se apropriado da gestão da informação.

Apesar destas formas, no último trecho deste DSC os entrevistados apontaram como a maior forma de divulgação em âmbito coletivo, as mídias sociais *Facebook* e *WhatsApp*:

[...] a nossa maior divulgação, em termos de comunidade, é através do Facebook [...] e agora, as meninas, as ACS, estão utilizando muito também o *WhatsApp*. [DSC1PN3p.3]

A mídia, em geral, tem exercido papel fundamental na difusão de orientações e informações de interesse em saúde (JANES E MARQUES, 2013). Todavia, as ferramentas virtuais, com destaque às mídias sociais, ao configurarem-se como um espaço aberto ao diálogo (PAIVA *et al.*, 2016), em tempo real, vem dinamizando o fluxo de informações na APS (PINTO; ROCHA, 2016). Entretanto, Mendonça (2021) nos alerta quanto aos “não lugares”, ao se referir aos espaços virtuais de comunicação por onde circulam dados diversos e volumosos, porém ainda sem a devida mediação. Não se questiona que mensagens massivas precisam penetrar rapidamente as redes de conversação nas localidades, caso contrário, estas poderiam dispersar-se, perdendo força (HENRIQUES E MAFRA, 2006). Todavia, embora esforços estratégicos de CS não possam dispensar a veiculação massiva da informação, é importante reconhecer que estas devem contar com ações dirigidas (ALBARADO *et al.*, 2021).

Embora também voltada ao âmbito coletivo, ao contrário excerto do DSC anterior, onde a produção de materiais era feita pela equipe, o seguinte sinaliza a divulgação das ações e serviços através do uso de materiais impressos produzidos pelo Ministério da Saúde e, em nível municipal, a mídia televisiva, veiculando propagandas especialmente no período de carnaval e durante campanhas vacinais:

Em nível mais macro, a maioria do material de comunicação é do Ministério da Saúde. Aquilo que é impresso, mesmo. Em nível municipal, existe um trabalho de mobilização de comunicação muito grande na mídia, na TV, na época de carnaval e nas campanhas de vacina. Aí tem muitas propagandas e essa divulgação funciona bem. [DSC2PN3p.1]

Apesar de notórias e relevantes as contribuições das mídias sociais na difusão das informações na saúde, evidencia-se neste DSC que a mídia televisiva permanece como um meio para mobilização de indivíduos e comunidades. Entretanto, aparece de forma pontual e muito aproximada à prevenção. Assim, concordamos com Albarado *et al.* (2021 apud FILHO *et al.*, 2014) quando afirmam que: “as campanhas pouco se preocupam com os determinantes sociais de saúde das respectivas regiões, principalmente sobre o território e o ambiente” (p. 413).

Além dos variados meios/formas para divulgação prévia das ações, o último DSC revelou a existência de um ACS na UBS, especializado em comunicação, responsável por divulgar ações e serviços, o que segundo os entrevistados “tem sido ótimo”:

[...] tem na Unidade, uma pessoa responsável pela comunicação, responsável por divulgar todas as atividades [...] e [...] eventos que a gente tem que divulgar. Ele é um agente comunitário, mas se formou nessa área, aí [...] ele divulga pra comunidade e ainda manda pra Secretaria o registro do que fazemos na Unidade, também. É ótimo! [DSC3PN3]

Embora a presença de um profissional responsável pela comunicação não seja a realidade encontrada nas UBS, por não compor o ‘rol’ de profissionais das equipes da ESF (apesar de institucionalizado em políticas públicas de saúde, o anseio por contribuições advindas da comunicação em suas várias dimensões), cabe pontuar que o destaque à contribuição deste profissional para que ações e serviços sejam divulgados, dando suporte aos profissionais da ESF nesta atribuição e conferindo visibilidade ao trabalho desenvolvido na ESF, não foi apenas por nós identificada. Coaduna com os apontamentos de Machado *et al.* (2012), que também observaram a benéfica aproximação entre profissionais de saúde no território e um suporte especializado em comunicação. Esses autores destacam que, ao articular um sistema de cooperação interdisciplinar, corrobora-se para construir estratégias comunicacionais mais eficazes, além de oportunizar a qualificação dos processos comunicativos e o fortalecimento do trabalho integrado na saúde.

De igual relevância é o envolvimento dos profissionais de saúde no processo de CS, como aponta Mendonça (2021), embora antes, porém, seja preciso reconhecer o conhecimento e a autonomia das lideranças comunitárias como mediadoras da gestão da informação e da tradução do conhecimento em saúde, como aponta a autora.

Considerações finais

Como contribuições, observou-se que a inserção da CS nas práticas das equipes da ESF tem favorecido no planejamento de ações, especialmente voltadas à PS e prevenção de agravos, no delineamento dos temas abordados em palestras, na troca de experiências e na construção de vínculo da equipe com a comunidade, ressaltando sua importância para obtenção de uma vida com mais saúde.

Outras contribuições foram apontadas ao externarem os papéis da PS e CS nas práticas das equipes. Embora se constitua como desafio aplicar preceitos da PS na APS, principalmente diante da complexidade que envolve a produção da saúde em todas as dimensões (COSTA, 2017), neste estudo a PS foi conceituada pelos entrevistados na perspectiva ampliada, alicerçada no conceito proposto em *Ottawa*, diferentemente dos achados em outros estudos, nos quais PS por vezes é confundida com a prevenção, embora tênue sejam seus limites, como aqui se observou. A CS, por sua vez, destacou-se como estratégica para trabalhar a PS ao permitir o compartilhamento de informações, contribuindo na produção do conhecimento. Ressaltou-se que, além de primordiais, esses campos se complementam e, juntos, contribuem para a qualidade de vida.

Como desafios, embora haja esforços para manterem ativa a CS nas práticas diárias, ressaltou-se que ela ainda tem sido limitada, especialmente pela escassez de tempo e volume da demanda diária dos serviços.

Embora a falta de tempo tenha sido apontada como obstáculo à efetivação da CS, levando-os por vezes ao silêncio ou à restrita transmissão de informações, ressalta-se que precede a CS, dentre outras dimensões, a reflexão dialógica. Mero verbalismo compromete o compromisso profissional para transformar realidades (FREIRE, 2011). Para mais, ao passo que a educação em saúde amplia a capacidade do indivíduo analisar e entender um aspecto da saúde, a CS incrementa a tomada de decisão e, por conseguinte, a participação social e o *empowerment*, pressupostos teóricos e metodológicos chave para o movimento “moderno” da PS, pós-*Ottawa*.

No âmbito da PS, destacou-se como desafio a necessidade de maior envolvimento dos profissionais para trabalhar a educação em saúde, superar a visão saúde-doença ainda presente na comunidade e trabalhar questões culturais enraizadas nos hábitos de vida que, por vezes, têm limitado o desenvolvimento de práticas promotoras da saúde.

Por fim, embora tenham sido apontados desafios para o desenvolvimento da PS e CS, salienta-se que fortalecer a integração entre estes dois campos no âmbito da ESF se mostrou fundamental à construção do conhecimento e ao estímulo da autonomia e do autocuidado. Permitiu, ainda, a partir do intercâmbio de saberes e do diálogo, que profissionais, indivíduos e comunidades trabalhem juntos em prol de mudanças nos determinantes da saúde e, conseqüentemente, promovam o bem-estar e melhoria da qualidade de vida.¹

Agradecimentos

Agradecemos o apoio financeiro do Ministério da Saúde e da Capes.

Referências

- AITH, F. M. Marcos legais da promoção da saúde no Brasil / Legal framework of health promotion in Brazil. *Rev Med.*, v. 92, n. 2, p. 148-54, 2013.
- ALBARADO, Á. J. *et al.* Controle do Aedes: criação, recepção e percepções de campanhas audiovisuais em saúde pública em diferentes comunidades do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 26, n. 2, p. 409-416, 2021.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade: da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2004.
- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n 27. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 7-11.
- CARVALHO, S. A. Os desafios da comunicação interpessoal na saúde pública brasileira. *Organicon*, v. 9, n. 16-17, p. 242-253, 2012.
- CORIOLOANO-MARINUS, M. W. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saude soc.*, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014.
- COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

- COSTA, M. S. *Parem as máquinas! A gente não quer só comida: análise da alimentação como pauta jornalística*. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
- CORCORÁN, N. (Org.) *Comunicação em saúde: estratégias para promoção da saúde*. São Paulo: Roca, 2010.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.43-58.
- FERMINO, T. Z.; CARVALHO, E. C. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. *Cogitare Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 287-289, 2007.
- FERREIRA, R. F.; CALVOSO, G. G.; GONZÁLES, C. B. L. Caminhos da Pesquisa e a Contemporaneidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 2, p. 243-250, 2002.
- FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.
- FIGUEIREDO, M. F. *et al.* Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 1, p. 117-121, 2010.
- FILHO, A. B. *et al.* Promoção da Saúde e seus fundamentos: Determinantes Sociais Ação Intersetorial e Políticas Públicas Saudáveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 305-326.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
- FREIRE, P. *Educação e mudança*. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2001.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 58. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.
- GOCAN, S. *et al.* Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: a review of the literature. *J Res Interprof Pract Educ*, v. 3, n. 3, p.1-19, 2014.
- HENRIQUES, M. S.; MAFRA, R. M. Mobilização Social em Saúde: o papel da comunicação estratégica. In: Santos A. Venâncio D, organizadores. *Caderno mídia e saúde pública*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED, 2006. p. 101-111.
- JANES, M. W.; MARQUES, M. C. A contribuição da comunicação para a saúde: estudo de comunicação de risco via rádio na grande São Paulo. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 4, p. 1205-1215, 2013.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. 2ª edição. Caxias do Sul: Educs, 2005.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

- GIANI, Y. M. *Epistemologia da comunicação: Uma discussão sobre a dupla natureza do objeto comunicacional a partir de uma fenomenologia da comunicação*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, 2015.
- MACHADO, A. S.; SILVA, V. C. Além do informar: a comunicação social a serviço dos processos de promoção em saúde e das redes de gestão e atenção. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, v.6, n.2, Sup., 2012.
- MALTA, D. C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.
- MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma Unidade da rede básica de serviços de saúde (Dissertação) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1998.
- MENDONÇA, A. V. O papel da Comunicação em Saúde no enfrentamento da pandemia: erros e acertos. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. *Competências e Regras - Coleção COVID-19*. Vol. 3. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2021. p. 164-178. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-3-competencias-e-regras/> Acesso em: jan. 2021.
- MENDONÇA, A. V. Informação e Comunicação para o Sistema Único de Saúde no Brasil: Uma Política Necessária. In: SOUSA, F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. (Org.). *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. Brasília: Saberes, 2014. p. 701-719.
- MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Qualitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? *Cad. de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.
- MONTORO, T. Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas. *Interface (Botucatu)*, v. 12, n. 25, p. 445-448, 2008.
- NORMAN, P. *et al.* A theory-based online intervention to promote health behaviour in new university students: One-month follow-up data. *UKSBM Psychology & Health*, v. 28 (upsl. 1), 2013, p. 132.
- OLIVEIRA, A. de *et al.* A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface (Botucatu)*, v. 12, n. 27, p. 749-762, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Carta de Ottawa para promoção da saúde*. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- OTENIO, C. C. M. *et al.* Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. *Saude soc.*, v. 17, n.4, p. 135-150, 2008.

- PAIVA, L. F. *et al.* A utilização do WhatsApp como ferramenta de comunicação didático-pedagógica no ensino superior. In: Anais 5º Congresso Brasileiro de Informática na Educação. 2016; Minas Gerais: Sociedade brasileira de computação, p. 751-760, 2016.
- PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1433-1448, 2016.
- PITTA, A. M. Interrogando os campos da Saúde e da Comunicação: notas para o debate. In: PITTA, A. M. R. (Org.). *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios*. Hucitec: São Paulo, 1995.
- PULLON, S. *et al.* Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: A multiple case study. *J Interprof Care*, v. 30, n. 6, p.787-794, 2016.
- RABELLO, L. S. *Promoção da Saúde, a construção de um conceito em perspectiva comparada*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
- RANGEL, M. L. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. *Interface Comunicação Saúde Educação*, v. 12, n. 25, p. 433-41, 2008.
- RIBEIRO, C. B. *et al.* Comunicação em saúde: conceitos e estratégias, rumo à efetivação de direitos sociais. In: Anais III Simpósio Mineiro de assistentes sociais. 7 a 9 de junho. Belo Horizonte: CRESS 6ª região, 2013.
- ROSSETTO, M. *et al.* Comunicação para promoção da saúde: as campanhas publicitárias sobre tuberculose no Brasil. *Rev Enferm UFSM*, v. 7, n. 1, p. 18-28, 2017.
- SANTOS, L. *O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização*. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania, 2011.
- SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e Operacionalização. *Interface Comunic Saúde Educ*, v. 7, n. 12, p. 101-22, 2003.
- SOUSA, M. F. *et al.* Tempos de pandemia pedem novas práticas de comunicação no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. In: MENDONÇA, A. V.; BARROS, F. P.; HARTZ, Z. (Org.). *Diálogos continentais sobre comunicação em saúde em tempos de pandemia*. 1ª ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, v. 6, p. 120-129.
- SCHIAVO, R. *Health Communication: from theory to practice*. San Francisco/USA: Jossey-Bass/Wiley, 2007.
- TEIXEIRA, J. A. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. *Análise Psicológica*, v. 22, n. 3, p. 615-620, 2004.
- TRAD, L. A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Rev de Saude Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

VASCONCELOS, W. R.; OLIVEIRA-COSTA, M. S.; MENDONÇA, A. V. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*, v. 10, n. 2, 2016.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 22, p. 223-238, 2007.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de doenças. In: COSTA, M. S. O. *Parem as máquinas! A gente não quer só comida: análise da alimentação como pauta jornalística*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva): Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. WHO, 2009.

YIN, R. K. *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Nota

¹ V. R. M. Pimentel: coleta, processamento e análise dos dados; concepção, escrita, formatação e revisão final do manuscrito. M. F. Sousa: concepção e planejamento da pesquisa, redação e formatação final do manuscrito. A. V. M. Mendonça: concepção, planejamento e coleta de dados; redação e formatação final do manuscrito.

Abstract

Health communication and health promotion: contributions and challenges, from the perspective of Family Health Strategy professionals

Aiming to identify the role of communication in health and health promotion in the Family Health Strategy, this work was developed, anchored in a qualitative approach, with a design of multiple cases. The focus group technique was used, guided by a semi-structured script, containing three guiding questions. For data analysis, the Collective Subject Discourse technique was used. In all, ten focus groups were held in five large Brazilian municipalities. Fifty-five professionals from the Family Health Strategy participated, from 21 Family Health teams, located in 15 Basic Health Units. Among the contributions, the professionals highlighted health promotion to guarantee well-being and health communication favoring the planning of actions and the exchange of experiences, being considered by them as a tool to work with health-promoting practices. It was also highlighted that, in addition to being essential, these fields complement each other and, together, contribute to improving the quality of life. As main challenges, they reported the need for greater involvement of professionals to work on education for promotion, overcome the health-disease vision still present in the community and the lack of time to work more on health communication.

► **Keywords:** Health communication. Health promotion. Family Health Strategy.

