


Errande Valentin do Prado  
Adilson Lopes dos Santos  
Marcia Regina Cubas

# Educação em Saúde

## Utilizando Rádio como Estratégia



 EDITORA CRV

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
UTILIZANDO RÁDIO COMO ESTRATÉGIA**



**Ernande Valentin do Prado  
Adilson Lopes dos Santos  
Marcia Regina Cubas**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
UTILIZANDO RÁDIO COMO ESTRATÉGIA**

**Editora CRV  
Curitiba 2009**

Copyright ©da Editora CRV Ltda.

Editor-chefe: Railson Moura

Projeto Gráfico e Diagramação: Regina Rosa

Capa: Roseli Pampuch

Revisor: Os autores, com colaboração de Adilson Alves Fernandes e Leslie C. K. de Moura.

Foto da capa: (da esquerda para direita) Taline – Profissional de Educação Física / Ademar – ACS / Raquel – ACS / Priscilla – Nutricionista / Junior Cesar – ACS

Dados internacionais de catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Educação em saúde: utilizando rádio como estratégia / Ernande Valentin do Prado, Adilson Lopes dos Santos, Marcia Regina Cubas (organizadores). – 1 ed. – Curitiba: Editora CRV, 2009.

Bibliografia.

ISBN 978-85-6248-10-2

1. Cidadania. 2. Comunicação de massa – Aspectos sociais. 3. Comunidade. 4. Doenças – Prevenção. 5. Educação Popular. 6. Rádio comunitária. 7. Saúde – Promoção. 8. Serviço de saúde. I. Prado, Ernande Valentin do. II. Santos, Adilson Lopes dos. III. Cubas, Marcia Regina.

CDD-613

09-05258

Índices para catálogo sistemático:

1. Rádio comunitária: Meios de comunicação social: Saúde: Educação e promoção 613

2009

Todos os direitos desta edição reservados pela:

Editora CRV

Tel. (41) 3039-6418

www.editoracrv.com.br

e-mail: sac@editoracrv.com.br

## Sobre os autores

### **Ernande Valentin do Prado**

É Enfermeiro graduado pela PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná em 2004, de onde saiu com um diploma na mão e mil idéias na cabeça. De 2004 até os dias atuais já percorreu vários quilômetros Brasil afora procurando por em prática algumas dessas idéias. Como a grande parte dos brasileiros, Ernande começou muito cedo a trabalhar. Como sempre foi um “empreendedor”, sua primeira profissão foi engraxate, depois entregador em supermercados, balconista de lanchonete, garçom e muitos outros trabalhos onde a remuneração era pequena e satisfação menor ainda. Sua última profissão, antes da Enfermagem foi à metalurgia, onde fabricava peças para carros que nunca conseguiria comprar. Foi nesta profissão que vivenciou sistematicamente as injustiças do capitalismo, o que o levou a engajar-se em movimentos sociais que trabalhavam pela sua superação. “Não basta ter o conhecimento, é preciso colocá-lo a serviço da transformação das condições de vida da população.” É nisto que Ernande acredita e para isso que trabalha, seja em projetos sociais ou na profissão de Enfermeiro. Atualmente reside em Paripiranga, Bahia, mas já trabalhou em Curitiba e Campo Largo, no Paraná, São Mateus, no Espírito Santo e em Rio Negro, Mato Grosso do Sul, onde foi coordenador de uma Equipe de Saúde da Família, no qual desenvolveu o trabalho que está sendo exposto neste livro. Neste trabalho ficou até dezembro de 2008, quando foi substituído pela sobrinha do prefeito, recém formada em Enfermagem. É membro da Rede de Educação Popular e Saúde desde 2005 e Professor do Curso de Enfermagem da Faculdade AGES, na Bahia.

Contato: [emboraeuqueira@uol.com.br](mailto:emboraeuqueira@uol.com.br) [nonada@pop.com.br](mailto:nonada@pop.com.br)

Para conhecer a Rede de Educação Popular e Saúde acesse os seguintes endereços:

Site Oficial Rede de Educação Popular e Saúde:

<http://www.redepopsaude.com.br/>

Acesse a lista de discussão da Rede:

<http://br.groups.yahoo.com/group/edpopsaude>

Para ouvir alguns programas rádio citados neste livro:

Odcast do programa de rádio

[http://www.podcast1.com.br/canal.php?codigo\\_canal=1292](http://www.podcast1.com.br/canal.php?codigo_canal=1292)

### **Adilson Lopes dos Santos**

É Enfermeiro graduado pela PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná em 2004, durante a graduação se envolveu juntamente com Ernande Valentin do Prado nessa empreitada de educação em saúde usando as rádios comunitárias, entendendo que a educação em saúde é umas das principais funções dos profissionais de saúde coletiva e que somente com a educação, promoção da saúde e prevenção, nos tornaremos profissionais da saúde e não da doença. O desejo de se resgatar as antigas práticas de saúde da comunidade e a origem do campo, especializou-se em fitoterapia pela Faculdade Espírita de Curitiba. Depois de graduado trabalhou no PSF da cidade de São José dos Pinhais-Pr, atualmente é Enfermeiro de unidade básica de saúde na cidade de Curitiba - Pr.

### **Marcia Regina Cubas**

Enfermeira graduada pela PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná em 1987, especialista em Saúde Pública e Saúde Coletiva. Mestre em Saúde Pública na área de Planejamento e Gestão (2002) e Doutora em Enfermagem na área de Saúde Coletiva (2006).

Trabalhou durante 17 anos na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba- PR e atualmente é Professora da PUCPR, no Curso de graduação em Enfermagem e no Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde (Mestrado). Foi orientadora do trabalho de conclusão de curso que originou este livro.

**“À toda comunidade pobre da zona sul”**  
(Mano Brawn, Ed Rock)





Enquanto os homens exercem seus podres poderes  
Índios e padres e bichas, negros e mulheres  
E adolescentes fazem o carnaval

Queria querer cantar afinado com eles  
Silenciar em respeito ao seu transe, num êxtase  
Ser indecente, mas tudo é muito mau

Ou então cada paisano e cada capataz  
Com sua burrice fará jorrar sangue demais  
Nos pantanais, nas cidades, caatingas e nos gerais  
Será que apenas os hermetismos pascoais  
Os tons, os mil tons seus tons e seus dons geniais  
Nos salvam nos salvarão destas trevas e nada mais

...

Caetano Veloso

## Prefácio

A descoberta do mundo imaterial

[Algo assim como um prefácio]

Julio Alberto Wong Un<sup>1</sup>

Tenho pensado em isso umas duzentas vezes desde que me solicitaram uma abertura – ou prefácio – para este livro: *a minha imaginação criou asas quando comecei a escutar programas de rádio*. Forma escondida e brincalhona de criança: embaixo do cobertor, no pequenino rádio a pilhas que herdei da minha mãe; rádio que ela – cúmplice e parceira – esquecia de pegar de volta.

Os primeiros programas que a memória me traz eram do tipo que mais fica: musicais. Aliás de música dos Beatles, o grupo nascido na cidade mais industrial e proletária da Inglaterra – Liverpool. O tal programinha era chamado de Beatlemania e, ainda lembro, passava todo sábado à noite numa rádio hoje provavelmente extinta – Rádio Atalaya de Lima, no Peru dos anos 1970. Eu, de oito ou dez anos, descobria o mundo.

Longe estava eu, na parte de cima do beliche que dividia com meu irmão mais novo, de pensar quanto o rádio estava – e estaria sempre, na verdade – transformando minha sensibilidade e percepção do mundo. E, obviamente, esta transformação acontecia, acontece – e acontecerá – em grandes grupos de pessoas no mundo todo.

Ainda, tinha na minha infância um radioteatro chamado “O monge louco”, que era “importado” do México e passava toda noite. As gargalhadas do monge foram se instalando na alma e, quem sabe, iniciaram meu gosto pela literatura fantástica e de horror – com Poe, Lovecraft, Borges, Cortazar e companhia.

Essas duas experiências marcaram tanto essa criança tímida que eu era que hoje, quase quarenta anos depois, sou grato pelas marcas na memória e pela abertura de tantas portas e passagens que eles, provavelmente sem saber ou querer, deram início.

Ainda adolescente, o rádio me trouxe a música dos povos andinos, música tão estranha quanto presente no cotidiano da grande cidade. Porque estes andinos tinham migrado em massa do campo para a cidade – tal como também aconteceu em países como o Brasil – levando saudades e perplexidades, sim, mas também a força e criatividade do coletivo: as culturas populares. Foi assim, que já na universidade, me aproximei dos estranhos e mágicos indivíduos que estudavam medicina e tocavam música andina e latino-americana. E depois, dos próprios músicos índios, que em circuitos secretos dentro da cidade, iam relembando tradições e recriando-as com paixão e genialidade. E me fiz um deles. Pelo menos por uns tempos.

Os sons – o imaginário – da rádio foram, de muitas formas, pautando meus percursos.

Outro “ponto de mutação” em relação ao “Ser Ouvinte” – hoje sei que é mais “Participante” e “Co-autor” do que simples “Ouvinte”, mas isso é estragar o final desta historinha

---

<sup>1</sup> Médico Sanitarista. Professor Adjunto do Departamento de Saúde e Sociedade, Instituto de Saúde da Comunidade na Universidade Federal Fluminense. Membro da Rede de Educação Popular em Saúde. Podcaster dos programas: Diálogos de Educação Popular em Saúde e Chifa Carioca Podcast. Contato: [wongun62@yahoo.com.br](mailto:wongun62@yahoo.com.br)

– aconteceu, já adulto, já profissional da saúde, na época em que morei na “Cidade Imperial” de Cusco. Mas antes, um ano antes, no norte do Peru, em um projeto de Gestão Local em Saúde que coordenava, propiciei a produção de programas de rádio feitos por camponeses andinos. O programa era “Con las manos de toditos” (com as mãos de todos) e nele as vozes de camponeses cobravam vida e eram divulgadas por uma extensa região rural – e também urbana – com temas de organização e saúde. Foi uma honra para mim ter me divertido e aprendido com atores e lideranças camponesas. Os programas fizeram parte de um conjunto de produções populares – idealizados a partir das pessoas, com suas formas lingüísticas, suas visões de mundo – que incluiu teatro camponês, material educativo impresso, e outras ações em múltiplas comunidades camponesas. As sementes e leituras passadas de Rodrigues Brandão e Paulo Freire – seres míticos no distante Peru foram fonte de inspiração, consulta e de releitura a partir de um novo olhar: construir soluções junto com os camponeses.

Agora sim, posso falar tranqüilo de Cusco, o mais marcante destes causos transformadores: uma ONG (organização não governamental) com foco no Gênero (como homens e mulheres se relacionam, as desigualdades e injustiças, as alternativas possíveis) operava um projeto de rádio onde as locutoras e produtoras eram camponesas migrantes<sup>2</sup>. O programa chamava-se Warmikuna Rimanchis (quando as mulheres falam, na língua quíchua da região de Cusco). Três mulheres, de distintas personalidades e habilidades, se revezavam no microfone. O programa, falado em parte em quíchua e em parte em espanhol, era um sucesso dentre as moradoras da grande cidade e mesmo nas comunidades rurais ao redor.

Acompanhei de perto a produção do programa. Minha namorada na época assessorava, teoricamente, a equipe de produção. Entretanto, todos concordávamos, eram elas, as mulheres cusquenhas, as que ensinavam e assessoravam. Foi um período iluminador das nossas vidas. Essas vozes, conhecidas na cidade toda, eram mulheres simples e sábias, que sofriam apertos no cotidiano, que carregavam a responsabilidade por famílias extensas. Pessoas que respeito muito.

A alegria, as brincadeiras, e as gozações eram parte sempre presente nos programas. E até faziam piadas comigo, o médico da capital (Lima), com cara de chinês e alma errante. Aliás, ao voltar à casa da minha mãe em Lima deverei achar a velha fita com esse programa onde – honraria – me foi dedicada uma música sobre um médico que capava porcos.

Além destes encontros – e de muitos outros que não dá para detalhar aqui – tenho sido ouvinte constante de rádio em todas as cidades, aldeias, comunidades e lugares variados onde morei. A rádio não só chega à razão das pessoas, mas chega mais profundamente porque fala em uma linguagem que pode ser ouvida e entendida pelo espírito dessas pessoas. Uma rádio cúmplice.

Finalmente, chegou minha fase, tímida, de produtor de podcasts – quer dizer, programas de áudio pela internet. Isso, de alguma maneira me aproxima dos autores deste livro. Somos amantes do som e das suas infinitas possibilidades. Seja pelos alto-falantes de um mercado, ou de um serviço de saúde; seja por uma estação de rádio pequenina – ou mesmo pirata, o que a faz de alguma maneira mais transgressora e próxima das pessoas; ou na grande liberdade que hoje oferece a internet em divulgar qualquer tipo de conteúdo de áudio através de portais e diretórios de podcasts em todas as línguas e tendências imagináveis.

---

<sup>2</sup> Mas quem conheceu Cusco irá concordar comigo que as fronteiras físicas e simbólicas entre rural e urbano, e entre tradicional e moderno são muito tênues nessa cidade construída sobre as pedras gigantes que os Incas trouxeram.

Assim, andamos em encruzilhadas de caminhos, em formas únicas de fazer-nos e de desfazer-nos: nomear e “desnomear” o mundo como gosta de fazer o Manoel de Barros<sup>3</sup>. Porque este é o tempo de todo e de tudo, de todos os espaços, de todas as misturas. Onde ousamos pelas rachaduras e pelas frestas dos gigantes do consumismo. Onde os grandes não conseguem dimensionar e nem mesmo enxergar os pequenos. Assim, milhares se apropriam de tecnologias, brinquedos técnicos para sonhar, formas de chegar ao outro, formas de saber o que anda acontecendo em todo canto, formas de encontrar aquilo que nos interessa, que nos identifica, que nos une com os Outros – outros imaginados, construídos, dialogados, pensados, reconhecidos.

Mas vamos desnomear a saúde chamando-a de *vozes em ondas e em celebração*. Não é isso a saúde também? Aliás, não também mas “em essência”? Se há essência, não é essa essência o afeto, a emoção, a festa, a felicidade e uma forma singular de liberdade? E é isso que a rádio traz.

### **Pequenas rádios e liberdade.**

O mundo das rádios livres, comunitárias e alternativas é a "boa notícia" no mundo sonoro das rádios<sup>4</sup> – e hoje também no mundo dos podcasts (arquivos de som colocados na internet onde é possível fazer assinatura gratuita para descargas periódicas) e das rádios online (que utilizam a tecnologia de streaming, que vai enviando o arquivo aos poucos até o computador).

O livro do Ernande, do Adilson e da Márcia Regina aborda com cuidado e carinho este mundo específico e envereda pela saúde, a partir de experiências próprias de grande valor como ensinamento, metodologia e exemplo – de sucessos ou fracassos, acertos e erros – para outras iniciativas, públicas e privadas, de saúde junto a comunidades periféricas.

Há uma profunda ruptura entre a forma como é produzida a rádio – dentro de empresas, muitas vezes com mero interesse comercial (ou, pior, com interesses ideológicos duvidosos) e as experiências de rádio comunitária, de comunicação popular e de podcasting.

E a ruptura é basicamente de atitude diante do microfone, e diante do público imaginado – ou realmente conhecido e participante. Certa soltura e certa liberdade; uma forma de crítica social alegre, porém não menos clara e rigorosa; uma forma de dar continuidade e espaço ao cotidiano, àquilo que todos vivenciamos como pessoas no mundo.

O imperativo compartilhado – nem sempre consciente – é o do diálogo profundo – mesmo que não seja imediato, no presente. Um diálogo que parte do conhecimento progressivo da vida das pessoas, de um respeito pela cultura, os modos, os significados, os percursos das pessoas simples. E, ainda, há o imperativo da opção, partir desde um lugar, ser parcial – ou melhor, situado – desde um lugar social e utópico: acreditar em valores tão mal ditos e tergiversados como justiça, respeito, amorosidade e cuidado.

Isso nos leva ao mundo da saúde, tema central deste livro sobre rádio comunitária e saúde. Ando às voltas imaginando uma saúde brincalhona, mistura de músicas e teatros. Uma saúde que vá além de indicadores, de projetos de “qualidade total”, de sorrisos falsos

---

<sup>3</sup> Gostava de desnomear: / para falar barranco dizia: lugar onde avestruz / esbarra./ Rede era vasilha de dormir. Traços de letras / que um dia encontrou nas pedras de / uma gruta, chamou: desenhos de uma voz. In: <http://www.revista.agulha.nom.br/manu.html>

<sup>4</sup> Embora, na América Latina, as rádios comunitárias estão fazendo 60 anos. Ver no site da AMARC.

de alguns políticos e de alguns gerentes. Ou então, por exemplo, uma Promoção da Saúde budista. Ou uma Saúde da Família com o olhar dos Doutores da Alegria. Ou um cotidiano de trabalho em saúde com o som dos programas de rádio que Ernande e turma produziram – e produzem.

### **A rádio na saúde. A rádio na educação popular.**

Não vou me debruçar naquilo que este livro aborda com tanta seriedade e cuidado. Só vou deixar testemunho – entrevisto na primeira parte deste pequeno texto – dos “superpoderes” que a rádio tem como meio de comunicação popular, onde as pessoas se reconhecem – ou, ainda participam – de programas de áudio.

Neste caso, “um som informal de rádio vale mais do que mil palestras”, assim como uma imagem vale mais do que mil palavras. E é essa minha limitação, minha fronteira de pobre escritor/sanitarista: este texto devia ser um monólogo emocionado via as ondas do rádio. Ou melhor, um diálogo informal que faça rir e emocionar as pessoas distantes e próximas. Porque essa é a saúde que a rádio traz: rir, compartilhar, se solidarizar, agir e mudar o mundo. E só quem vive a experiência de escutar no meio do nada compreende: o som, a música e as palavras são profundamente transformadores – mudam aqueles que escutam e aqueles que produzem com carinho e empolgação os programas.

No Brasil, centenas de profissionais de saúde e professores universitários se identificam como parte da Rede de Educação em Saúde, movimento social, difuso e livre, que busca trazer o pensamento que gira ao redor do trabalho fundador de Paulo Freire – conhecido como Educação Popular ou Método Paulo Freire, embora seja muito mais do que isso – para o campo da saúde. Inicialmente esta abordagem foi trabalhada por profissionais voluntários em projetos comunitários ligados às Igrejas ou aos Partidos Políticos em áreas consideradas de baixa renda. Depois, com o processo de democratização, muitos municípios de gestão popular implantaram processos que, de uma forma ou outra, seguiam os princípios norteadores da obra freireana e de outros autores afins – como Carlos Rodrigues Brandão, Leonardo Boff, Frei Betto, e Rubem Alves por falar nos mais conhecidos.

A prática da educação popular no campo da saúde tem ido se complexificando, existindo hoje múltiplas possibilidades, desde o local micro até o âmbito nacional. Núcleos e programas de ensino pretendem seguir essas propostas. Profissionais e alunos vivem experiências de extensão comunitária nessa ótica. E, ainda, centenas de equipes de saúde da família são influenciadas – mesmo sem botar o nome “Educação Popular” – por aqueles avanços. Todavia, na saúde coletiva brasileira há uma tendência muito forte de intelectualizar e de partir da discussão teórica e não da vivência, da experiência e do aprendizado práticos. Na vida da saúde – o processo de trabalho em saúde – é a vida quem deveria alimentar e delimitar as reflexões teóricas, e não ser estas a medida da profundidade e da qualidade.

É em isso que as práticas de educação popular entram: processos dialogados, construídos desde a vida e subjetividade das pessoas, onde os produtos – sempre parciais, sempre datados, sempre com uma história e circunstâncias – vão “ensinando” a aprimorar as práticas. Não são os livros, os artigos acadêmicos, as receitas reflexivas mas a vida. E essa vida, que a rádio bem expressa, irá procurar ecleticamente da teoria, da intelectualidade e da academia aquilo que a fortalece. Porém, neste mundo pelo avesso, doutorados valem mais do que experiências, publicações indexadas valem mais do que amor profundo por alunos

e população. Torçamos para que isso mude e cheguemos ao tão difícil e desejado caminho do meio dos taoistas.

Estas mudanças no prestígio e na valorização de saberes e práticas deveriam estar pautadas nos milhares de experiências que acontecem no país todo – aliás, no mundo todo – e que indicam que partir das pessoas – dos seus desejos, jeitos, caminhos, prioridades, sabedorias – permite que nos libertemos da dupla gaiola: por um lado a gaiola da vaidade profissional (O outro não sabe, eu que levo o saber e o Bem); e por outro lado a gaiola do intelectualismo (o mundo deve ser como os grandes autores escreveram... para trabalhar bem em saúde basta incorporar conceitos acadêmicos e aplicar eles à realidade). Isto pode parecer paradoxal – ou talvez até hipócrita – vindo de um professor de universidade federal. Mas como tudo, o professor não é um conceito mas um conjunto grande de realidades diversas, onde visões e práticas entram em embate. Avanços e retrocessos acontecem.

Voltando à comunicação popular: percebo várias dimensões valiosas nestas experiências. Algumas já conhecidas – e sobre as quais também tem se teorizado muito: construção de materiais e propostas apropriadas culturalmente; empreendimento de processos de diálogo profundo, porém nunca isentos de conflito; incorporação das dimensões lúdicas e cotidianas – quer dizer um trabalho em saúde alegre e brincalhão; e, finalmente, certa garantia de maior efetividade. Digo “certa” porque a comunicação, assim como a educação, são processos sumamente complexos onde, muitas vezes, não sabemos onde foi que aconteceu aquilo que impediu o “sucesso” – ou que o viabilizou.

Vou ficando por aqui. No mundo da rádio se fala que o locutor deve saber quando calar. E aqui o grande show é nas páginas subseqüentes. Adentre-se confiante, caro leitor, cara leitora. Que esta refeição farta foi feita com muita paixão e muito amor – ingredientes que são, segundo Titã, a personagem do romance (e filme) *Como Água para Chocolate*, o segredo de toda boa cozinha. Entrem confiantes que irão ser tocados, não só por conceitos e reflexões relevantes ao trabalho cotidiano em saúde, mas principalmente pelo Grande Amor que estes jovens transmitem ao narrar, refletir e se emocionar com suas experiências. Agradeço aos deuses das florestas, sul mato-grossenses e paranaenses, porque esta experiência continua. Longa vida ao rádio!!!





## APRESENTAÇÃO

### A HORA DE TOMAR AS RÉDIAS EM SUAS MÃOS

“Meu amigo...meu cumpade...meu irmão..  
Escreva sua história pelas suas próprias mãos”  
ZÉ GERALDO

A população, de um modo geral, possui conhecimentos de saúde e desenvolveu estratégias para enfrentar suas condições de vida. Porém, estes conhecimentos muitas vezes são parciais e nem sempre se traduzem efetivamente em práticas saudáveis no dia-a-dia. Quando do contato conosco, profissionais de saúde, estes conhecimentos, na maioria das vezes, são refutados e em seu lugar tentam inculcar novos e estranhos conhecimentos e valores, ditos técnicos e científicos, como se estes fossem verdades absolutas ou melhores do que a sabedoria popular. Esta atitude acaba por não contribuir com a melhora da situação vivida nas periferias, pois além de a equipe de saúde não ajudar o usuário a completar seus conhecimentos e correlacioná-los às dificuldades e/ou soluções vivenciadas no cotidiano, ainda tenta impor uma forma de vida que a população não interioriza por não vivenciá-la no seu dia-a-dia.

“Fica quieta. Na consulta quem tem que falar é o médico”. Por mais absurda que pareça, essa frase e outras iguais são proferidas em todo lugar. No caso específico, essa frase foi dita a uma usuária durante consulta médica em um centro de saúde em 2005. Mas ao contrário do que poderia ser uma exceção feita a uma usuária que se queixava compulsivamente, comprovou-se ser uma regra, pois outros usuários atendidos pelo mesmo profissional queixaram-se da mesma conduta. Quer dizer, alguns profissionais chegam ao ponto de desqualificar o usuário como fonte de informação sobre si mesmo.

A prática de desqualificar o conhecimento dos usuários é nefasta a um atendimento eficiente e humanizado dentro dos serviços de saúde, por isso entendemos que esse problema, ou seja, a separação existente entre o conhecimento técnico/científico dos profissionais de saúde e o conhecimento popular dos usuários dos serviços de atenção básica à saúde, devem ser enfrentados de forma criativa, persistente e sistemática dentro do serviço de atenção básica.

A separação entre o saber técnico e científico e o saber popular é um problema complexo e de difícil solução, mas que deve ser enfrentado, pois deste enfrentamento derivará um atendimento humanizado, eficiente e coerente com os princípios do SUS – Sistema Único de Saúde, do qual somos defensores convictos e nos quais engajados.

Da superação deste impasse será gerado e parido um modo novo e libertário de organizar os serviços de atenção básica em saúde, apoiado verdadeiramente na Educação Popular em Saúde, que é capaz de balizar as ações e as relações mútuas dos usuários e dos profissionais dos serviços de saúde e/ou da comunidade, coisa que o serviço hoje não propicia, pois está todo organizado em torno da consulta médica e da figura do médico<sup>1</sup>. Todos

---

<sup>1</sup> A estratégia de Saúde da Família foi pensada para reorganizar a atenção básica em novas táticas e superar o modelo biomédico de atenção em saúde. No entanto essa prática esbarra no *status quo* de profissionais, ao mesmo tempo despreparados e desmotivados. Reorganizar esse atendimento dentro de uma ótica de prevenção e promoção de saúde, como é o objetivo da ESF - Estratégia de Saúde da Família significa que o profissional de saúde e, em

os outros membros da equipe (Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiro) são coadjuvantes, mesmo sendo os principais atores e às vezes os únicos a desenvolver prevenção de doenças e/ou promoção de saúde.

Essa atitude de enfrentamento do *status quo* precisa ser permanente e chegar até a população, por isso entendemos que deve permear toda e qualquer atividade de educação em saúde. Para fazer esse debate e levá-lo ao maior número de cidadãos, propomos a utilização dos meios de comunicação.

Para contribuir com a superação destes impasses estamos trabalhando na seguinte perspectiva:

- Contribuir com subsídios para que os profissionais de saúde, em especial o Enfermeiro, possam desenvolver um programa de educação em saúde viável dentro do PSF, mudando o protagonista do serviço. Estamos propondo, em especial, contribuir para que se possa desenvolver esse programa via rádios e desta forma atingir um grande número de pessoas, para que estas possam impulsionar o nascimento deste novo tipo de atendimento, coisa que o Enfermeiro, por mais bem intencionado que seja não pode e nem deve fazer no lugar do Usuário;

Ainda objetivamos contribuir nos seguintes aspectos:

- Ampliar o conceito de comunicação para a Enfermagem, incorporando também a noção de meios de comunicação;
- Demonstrar as possibilidades da utilização de rádios comunitárias e rádios livres para trabalhar junto à comunidade;
- Propor diálogo entre o saber popular dos usuários e o saber técnico/científico dos profissionais de saúde.

Neste livro vamos nos concentrar especialmente na mídia rádio. Vamos discorrer sobre como a utilização da programação das rádios pode potencializar o conhecimento popular sobre saúde, direitos e deveres sociais e resultar numa consciência de autocuidado. Apresentaremos exemplos de como montar um programa de rádio, roteiro e gestão. Apresentaremos e debateremos as possibilidades e dificuldades de se trabalhar educação em saúde no rádio: as armadilhas a serem evitadas e as concessões inevitáveis.

Para mostrar a práxis do processo de construção de um programa de saúde para o rádio, fizemos uma viagem dialética, ou seja, desmontamos todo o processo em suas partes, compreendendo aqui as bases filosóficas, conceituais, políticas e técnicas do pensamento e aí remontamos tudo já demonstrando possibilidades de adaptação para realidades diversas. Neste percurso debatemos o que é saúde, o que é educação em saúde, o que é prevenção de doenças e promoção de saúde, o que é comunicação, o que é rádio e o que é rádio comunitária, o que é cuidado e autocuidado. Descrevemos todo o processo de criação do Programa Saúde Comunitária, desde sua concepção teórica até a efetivação em diversas rádios Brasil afora. Introduzimos todo um capítulo da experiência particular na Cidade de Rio Negro, onde a dialética e a práxis ficam totalmente expostas. E por fim damos pistas das diversas atividades paralelas que compreende nossa prática educativa.

**Os Autores**

---

especial, o médico e seu atendimento calcado em distribuição de receitas, não será mais o protagonista do serviço. Enfrentar essa questão é fundamental e para tanto é necessário que os demais profissionais da saúde e os gestores estejam mais capacitados e fortalecidos, e, principalmente tendo em mente a

## SUMÁRIO

Introdução	21
1ª Parte – Ponto de partida: referências técnicas e ideológicas	25
A saúde que entendemos	25
Política de saúde no Brasil:	26
O conceito de saúde hoje	28
A educação em saúde que entendemos	32
Breve histórico da educação em saúde	33
Educação em saúde	34
A comunicação como veículo da educação popular em saúde	36
Promovendo a saúde ou prevenindo doenças?	37
Educação popular: a base da promoção à saúde e prevenção de Doença	40
<b>2ª parte - o meio e a ferramenta</b>	<b>45</b>
A comunicação e seus meios	45
A comunicação enquanto instrumento básico de enfermagem	47
A comunicação e seu uso pela enfermagem	50
O rádio enquanto veículo de comunicação popular	51
Rádio comunitária: finalidade e importância	53
<b>3ª parte - o exemplo como produzir um programa de educação</b>	<b>59</b>
Como produzir um programa de educação em saúde para o rádio	59
Algumas experiências de programas de rádio sobre saúde	61
A nossa experiência em produzir programa de educação em saúde Para o rádio	62
Desenvolvimento dos programas	65

A experiência na cidade de rio negro – ms _____	66
Rio negro e a rádio fm comunitária rio negro _____	67
Saúde comunitária no horário nobre _____	70
Considerações sobre o roteiro _____	71
Exemplo de roteiro _____	74
A pesquisa sobre o saúde comunitária em rio negro _____	90
Algumas considerações sobre a pesquisa _____	95
Como produzir o seu programa de educação em saúde para o rádio _____	96
<b>4º parte considerações finais _____</b>	<b>103</b>
Cuidado - o princípio e o fim na enfermagem _____	103
Autocuidado: um conceito que deve ser desenvolvido _____	105
Mais educação em saúde _____	106
Agora acabou _____	108
Referências _____	111
Anexo _____	115

## INTRODUÇÃO

“A minha alma está armada  
e apontada para a cara  
do sossego  
pois paz sem voz  
não é paz é medo”

MARCELO YUKA

O impasse vivido entre o conhecimento técnico/científico dos profissionais de saúde e o conhecimento empírico da população, sem que um dialogue positivamente com o outro, é, seguramente, um dos motivos do baixo índice do aproveitamento de projetos educativos nas unidades básicas de atenção a saúde.

Em trabalho de campo e no dia-a-dia percebemos que faltam informações a respeito do que é saúde, de como a promover e como prevenir doenças. E, mais do que falta de informações, falta conscientização, sistematização e, sobretudo, valorização das informações que os usuários do sistema de saúde já possuem. Observamos também que, apesar do divórcio forçado entre o conhecimento da população e o conhecimento do profissional de saúde, os usuários do sistema público possuem uma melhor qualidade de informação e em maior nível do que os usuários do sistema privado. Observação empírica até o momento, mas que confere com as impressões dos profissionais de Enfermagem que atuam em ambas as instituições.

Uma das hipóteses para esse fenômeno é que a proximidade entre usuário e o profissional de Enfermagem, sobretudo nas unidades de saúde, é maior do que nos hospitais ou em clínicas particulares. Outra hipótese é que o convívio entre os usuários, que muitas vezes se conhecem do próprio bairro, é maior, seja por causa das filas ou por estarem juntos no mesmo ambiente, o que favorece o intercâmbio entre seus conhecimentos: trocam receitas de chás, comentam sintomas parecidos ou tratamentos que deram certos em casos semelhantes. Outro aspecto que acreditamos influenciar para que os usuários do SUS tenham um melhor nível de conhecimento das questões relativas à saúde são as melhores condições para realização da educação em saúde, uma vez que o sistema é organizado de modo a favorecer este aspecto.

Devemos levar em conta também que nas unidades de saúde a maioria das pessoas ainda está gozando de uma relativa estabilidade emocional e assim tem maior capacidade para absorver informações. Por outro lado, existe também certo pensamento de que cabe apenas à saúde coletiva realizar educação em saúde, enquanto aos hospitais e clínicas caberia o serviço curativo. O que explica também o porquê de os usuários de convênios particulares receberem informações educativas insuficientes, pois praticamente não existem serviços que se dediquem à educação e prevenção nesta parcela do sistema.

Alguns planos de saúde hoje ensaiam entrar no campo preventivista, mas nada que se dê para medir, por enquanto. Mas essa pode se tornar uma tendência, uma vez que a educação em saúde pode vir a ser um fator de diminuição de custos para essas empresas, que vêem o grande número de seus usuários ficando cada vez mais doentes, o que eleva o custo de tratamento e diminui o lucro delas.

Apesar dos usuários de serviços de saúde pública ter acessos melhores aos programas com características educativas, isso não quer dizer que as informações são suficientes em quantidade e qualidade. Há uma sistemática falta de aproveitamento do potencial educativo, quando não um total abandono.

Como já citado anteriormente, o atendimento nas unidades básicas de saúde, mesmo as que atuam com estratégia de Saúde da Família, está todo centrado na consulta médica. E mesmo essa consulta médica fica muito a dever, pois não corresponde à necessidade dos usuários e nem ao preconizado pelo SUS. Vasconcelos (1999) acredita que pouca coisa mudou no modelo de consulta nas unidades de saúde, que ainda atuam centradas num modelo de consulta adaptado dos consultórios particulares, todas as demais atividades, especialmente de profissionais não médicos, entram de forma subalterna, embora mais coerentes com a prática que se defende na ESF – Estratégia de Saúde da Família<sup>1</sup>.

O modelo de atendimento médico foi copiado dos consultórios particulares, porém a forma de agendar o atendimento não. Para serem atendidos, os usuários precisam ficar em filas durante a madrugada, mesmo sendo, muitas vezes, possível agendar dia e hora como nas consultas particulares.

Sobre isso veja a reprodução de um diálogo real acontecido entre um profissional e uma usuária<sup>2</sup>:

Profissional: “ontem eu quis falar com você, mas você saiu daqui e foi se queixar para Clarisse<sup>3</sup>.”

Usuária: “É melhor eu não falar nada, dá licença”.

Profissional: “Eu aguardo as pessoas até a 7 horas, se elas não estão aqui para confirmar a consulta, atendo outras pessoas.”

Usuária: “Aguardei 30 dias para ser atendida. Sai daqui ontem dizendo até amanhã, e isso depois de esperar por 3 horas o atendimento e ninguém me falou que eu deveria vir às 7 horas para confirmar um atendimento que acontece às 10h30min. Acho um desaforo para qualquer pessoa esperar por 3 horas e ainda mais sendo gestante e já com o atendimento agendado.”

Profissional: “E como eu deveria atender?”

Usuária: “Com hora marcada ou em seu consultório você deixa as pessoas esperando por 3 horas também?”

Profissional: “mas isso aqui é serviço público, é diferente.”

Usuária: “Sei como é, a diferença é que alguns profissionais respeitam os usuários e outros não.”

O quadro descrito é um retrato da realidade em praticamente todo o Brasil. O sistema e as estratégias mudaram com o surgimento do SUS, mas o profissional de saúde e mesmo a sua formação não se alteraram. Existem experiências e exemplos de atitudes novas e coerentes acontecendo em muitas localidades e mesmo serviços de excelência, mas são exceções honrosas e, na maioria das vezes, feitas por iniciativa de profissionais que se propõem a

---

<sup>1</sup> Esse assunto volta a ser tratado em capítulo específico.

<sup>2</sup> Nome fictício. Caso simulado baseado em fatos reais. 2007.

<sup>3</sup> Coordenadora do Centro de Saúde.

enfrentar resistências de colegas satisfeitos em repetir as fórmulas anacrônicas do modelo biomédico.

Todo o fluxo de atendimento, como já foi dito, é organizado em torno da consulta médica. O Enfermeiro, quando tenta sair desse círculo vicioso, é criticado. As práticas educativas são vistas, pelos próprios Enfermeiros, como irrelevantes. Ao sair da unidade de saúde, para realizar práticas educativas, é comum ouvir, de colegas curativistas, a seguinte expressão: “se você for para a reunião educativa quem vai atender os “casinhos” pro doutor fulano”. Esses “casinhos” são as triagens realizadas por Enfermeiros que não conseguem se livrar da armadilha curativista montada em torno do atendimento da demanda espontânea. Em muitos locais, os médicos não atendem sem antes o enfermeiro ver qual o caso e ainda assim só atende se “tiver febre”. O que configura uma prática ilegal de triagem, à qual o Enfermeiro se submete, ora por não saber qual é seu papel no Serviço, ora por não ver alternativa no dia-a-dia do atendimento em torno de demandas curativistas. Os colegas dizem: “já vai passear de novo”, diante de uma atividade educativa.

O Enfermeiro não se vê como profissional educador, e tampouco percebe que no PSF – Programa de Saúde da Família é a prevenção de doenças e a promoção de saúde as principais causas de sua existência, por isso ainda é comum Equipes de Saúde, que supostamente atendem dentro da lógica do PSF, funcionando como Equipe Básica, cuja única porta de entrada ainda são as filas na madrugada.

Essa realidade não pode ser eterna e por isso nos apoiamos na sabedoria popular, porque acreditamos que só a população esclarecida, fortalecida nas suas convicções vai poder fazer nascer esse novo serviço já cantado e decantado por muitos anos de gestação do SUS, mas que na prática existe ainda em poucos locais. Nossa pretensão é contribuir para esta mudança com nossos exemplos e reflexões expostos neste livro.

O cuidado é o objeto primeiro da Enfermagem. Alguns podem, no entanto, confundir cuidar com simplesmente “fazer tudo pelo usuário” sem pensar o que isso significa na vida da pessoa. Não fazem esta confusão apenas alguns usuários e seus acompanhantes, mas também membros da equipe de saúde.

Muitas vezes esse comportamento reflete a falta de compromisso do profissional com a vida da comunidade. Outras vezes apenas o despreparo do profissional frente às reais necessidades dos usuários que necessitam de seus cuidados.

Sabemos que fazer “tudo no lugar”, ou mesmo assumir obrigações que são dos usuários, muitas vezes não contribui para sua qualidade de vida, uma vez que cria dependência excessiva e desnecessária. Acreditamos que esta é uma visão que não traduz um cuidado efetivo, pois cria dependência e o ideal é que os usuários tenham autonomia frente ao serviço de saúde e responsabilidade por sua vida e suas condições de saúde/doença.

Entendemos o cuidado como uma forma de auxiliar a pessoa na busca do equilíbrio que lhe permita viver com qualidade de forma autônoma. Partimos do pressuposto de que o cuidado de Enfermagem deve promover saúde ou no mínimo prevenir doenças e/ou agravos e danos à saúde.

Para entendermos as bases deste cuidado/autocuidado é necessário entendermos o que é saúde e o que influencia no estado de saúde das pessoas. Mais do que isso, é preciso que entendamos o modo como as pessoas que são alvos de nossos cuidados entendem sua saúde

e da comunidade. Se não entendermos esse aspecto, não conseguiremos elaborar um programa de Educação Popular em Saúde e aí não adiantaria ter as ferramentas na mão, pois acabaríamos a utilizando como mais uma forma de opressão e não de libertação.

Uma das ferramentas que temos para estimular e qualificar o autocuidado é a Educação Popular em Saúde, que aqui estamos propondo ser utilizada também associada aos meios de comunicação de massa. A comunicação é considerada um instrumento básico da Enfermagem e é fundamental em qualquer processo humano. Pode-se mesmo dizer que a humanidade só existe através e pela comunicação.

Em Enfermagem a comunicação tem o papel de criar ou no mínimo facilitar a relação entre os usuários e a equipe de saúde.

Mas comunicação não se refere apenas aos mecanismos que a Enfermagem costuma usar em suas atividades. A comunicação também se refere aos meios de comunicação, sendo que a Enfermagem também pode e deve fazer uso destes meios para promover, estimular e discutir qualidade de vida junto à comunidade.

Um dos meios de comunicação mais populares, simples, de certa forma disponível na sociedade e, relativamente, de custo financeiro acessível é o rádio. Há estações de rádio de vários estilos, dedicadas a públicos e finalidades muito variadas.

Todos os assuntos que vamos abordar aqui para frente têm como única finalidade demonstrar as bases e as ferramentas que utilizamos para desenvolver nosso projeto de Educação Popular em Saúde via ondas de Rádio.



## 1º PARTE

### PONTO DE PARTIDA: REFERÊNCIAS TÉCNICAS E IDEOLÓGICAS

#### 1. A SAÚDE QUE ENTENDEMOS

“Enquanto todo mundo espera a cura do mal  
E a loucura finge que isso tudo é normal  
Eu finjo ter paciência”

LENINE e DUDU FALCÃO

Para explicar melhor a saúde que entendemos e defendemos no cotidiano, dividiremos este capítulo em dois tópicos. O primeiro tratará do conceito de saúde e sua evolução histórica ao longo do tempo. Não temos aqui a pretensão de abordar todos os aspectos desta evolução de forma minuciosa, mas apenas seus aspectos gerais. O segundo vai abordar o momento que estamos vivendo e como a saúde é entendida pela população e pelos profissionais da área<sup>1</sup>.

#### EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE SAÚDE

O conceito de saúde evoluiu na mesma medida em que evoluiu o homem e o mundo à sua volta. Os diversos períodos da humanidade, com suas filosofias e modos de ver e entender o homem, entender as forças da natureza e as transformações sociais impostas pela história, caracterizaram também o modo de ver e entender a saúde. Ao longo da história houve muitas formas de se entender a doença e conseqüentemente a saúde. O modo como os homens vivem, adoecem e morrem depende de fatores diversos, como a produção de riquezas pela sociedade, as relações sociais e a regulação e controle de tais relações, constituindo um processo socialmente determinado. Mas existem influências de outras naturezas também, tais como genéticas, imunológicas, agressões por parasitas, alimentos contaminados, etc.

No período nômade, há mais de 10 mil anos, o principal objetivo dos homens era a sobrevivência. Seu tempo era dividido entre a busca de alimentos através da caça, pesca coleta de frutos silvestres e pela constante luta contra e/ou fuga de animais ferozes.

Os homens primitivos explicavam a saúde e a doença e buscavam solucionar os problemas desta relação a partir de um sistema de idéias de cunho mágico, religioso e sobrenatural. Os bruxos e sacerdotes cuidavam dos doentes e tinham nas práticas ritualísticas sua principal característica.

O período agrícola iniciou há cerca de dez mil anos e estendeu-se até o final do século XVII d.C. Nesta fase, o homem aumenta sua capacidade de produção de alimentos, mas com baixo teor protéico, o que implica numa queda das defesas imunológicas e favorece um modo de adoecer e morrer decorrente da propagação de microorganismos transmitidos através da água, dos alimentos, de vetores como a tuberculose, o cólera e pestes.

As práticas médicas eram desempenhadas pelos sacerdotes e as “doenças decorriam do descuido com tais normas reguladoras da relação homem-divindades-soberano”.

---

<sup>1</sup> Para aprofundar os conhecimentos sobre esse assunto e preencher as lacunas deixadas abertas por nosso texto, sugerimos o seguinte material: FIOCRUZ, Gestão em Saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais de Saúde: Programa de Educação a Distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Brasília, UNB, 1998.

No período feudal a terra é o principal meio de produção e poder, e a sociedade dividem-se em duas classes sociais: os proprietários ou senhores e os servos. No feudalismo, a igreja, sobretudo a católica, é a instância ideológica dominante. O pensamento religioso é que regula e comanda as relações sociais e explica a relação saúde-doença e as respectivas práticas médicas, que são marcadas por ritos pagãos (possessão do diabo) e ritos cristãos (sinais de purificação e eliminação dos pecados). Os cuidados estavam relacionados com a súplica, arrependimento, e a morte como expiação dos pecados.

Os historiadores classificam o período feudal como a idade das trevas para a humanidade. Os avanços científicos conseguidos na Grécia são abandonados e as práticas de cuidado dos doentes regridem a métodos e explicações totalmente calcadas na vontade divina. Porém essa versão de que a idade média foi um período de trevas para humanidade, hoje é questionada por alguns historiadores que afirmam na verdade o que houve foi uma concentração muito grande do saber na mão da igreja católica, que não o disponibilizava para a sociedade, porém as descobertas científicas e os estudos não cessaram.

O período industrial, século XVIII, é marcado pelo desenvolvimento do capitalismo e adquire um intenso desenvolvimento do potencial humano no que se refere à tecnologia, ao saber, aos instrumentos de produção e à dominação do meio ambiente.

As explicações para a saúde e a doença e as práticas médicas são agora utilizadas principalmente para produzir e concentrar riqueza financeira e não mais poder social ou espiritual, como no período anterior.

O período da revolução industrial é marcado pela divisão do trabalho em especialização, formalização e hierarquização.

A prática médica neste período é dividida entre a atenção destinada à burguesia e aos trabalhadores. Na burguesia, a medicina tinha como finalidade a otimização das condições físicas para obter gozo, “dos prazeres da vida”. Para a Classe trabalhadora a medicina destinava uma atenção voltada para manutenção e reprodução da força de trabalho, que garantisse a reposição das capacidades físicas para produção.

Na verdade, para a maioria dos profissionais de saúde esta prática seletiva continua em vigor, especialmente numa sociedade marcada por uma gritante desigualdade social e uma brutal concentração de renda na mão de uma minoria da sociedade. Porém, agora existe uma maior compreensão do que seja saúde e doença e profissionais que não se acomodam diante destas distorções na atenção as pessoas.

Hoje sabemos que saúde é um direito de todos e não pode ser definida apenas como ausência de doença. Por isso desenvolvemos uma série de tecnologias para enfrentar e explicar o processo saúde/doença e nele intervir.

## **2. POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

Após o descobrimento e colonização, o Brasil passa por várias epidemias trazidas pelos colonos europeus ou pelos escravos da África. Nos anos que se seguem o Brasil ganha imagem no exterior como um dos países mais insalubres do mundo. Apenas em 1808, com a vinda da corte portuguesa, Dom João VI ordena mudanças na administração pública e o Rio de Janeiro (capital) tornou-se centro das ações sanitárias para tentar mudar a imagem do Brasil frente ao mundo.

Em 1813, no Rio de Janeiro, e 1815, na Bahia, foram fundadas as primeiras escolas de medicina no país. Em 1828, as autoridades sanitárias levantaram a hipótese de que a varíola tinha suas origens decorrentes dos portos. Nesta época passa a ser administrada a vacina de varíola na população. Em 1849, o Rio de Janeiro sofre a primeira grande epidemia da febre amarela, que duraram cinco anos.

Em 1886, Dom Pedro II inicia incentivos às pesquisas científicas, mas somente após a proclamação da República em 1.889, a medicina assumiu o papel de guia do estado para assuntos sanitários, mas continuaram os surtos de varíola, febre amarela, peste bubônica, febre tifóide e cólera, que mataram milhões de pessoas.

Bertolli Filho (2002, p. 12) afirma que:

...começou a ganhar forma no Brasil um novo campo do conhecimento, voltado para o estudo e a prevenção das doenças e para o desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos. Definiu-se assim uma área científica chamada de medicina pública, medicina sanitária, higiene ou simplesmente saúde pública e era complementada por um núcleo de pesquisa das enfermidades que atingiam a coletividade – a epidemiologia.

Em 1912, Emilio Ribas e Adolfo Lutz descobriram que a febre amarela era causada pelo mosquito *Aedes Aegypti*.

No dia 31 de Outubro de 1904, com empenho de Oswaldo Cruz (diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública), é aprovada a lei da obrigatoriedade da vacina contra varíola, o que acarreta numa grande revolta popular, que ficou marcada como “A Revolta da Vacina”.

Em 1908, os laboratórios Manguinhos tornam-se Instituto Oswaldo Cruz e conquistam alta reputação mundial. No ano seguinte, Carlos Chagas descobre a doença de Chagas, oriunda do bicho barbeiro.

Na era Vargas (1930-1945), cria-se um clima propício para tornar a saúde pública um compromisso do estado. Getúlio Vargas é considerado pai dos pobres. Criam-se as leis trabalhistas, assistência médica e licença remunerada para gestantes e jornada de trabalho de 8 horas.

No ano de 1946, o presidente Eurico Gaspar Dutra mantém a assistência à saúde como dever do estado e em 1953, Getúlio Vargas cria o ministério da saúde. Em 1956 é criado o departamento nacional de endemias rurais.

Em 1966, o governo cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que fica subordinado ao Ministério do Trabalho.

Sobre este período, Bertolli Filho (2002, p. 54) diz:

...assim na esfera pública, um sistema dual de saúde: o INPS deveria tratar dos doentes individualmente, enquanto o ministério da saúde deveria, pelo menos em teoria, elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias. O estado tornou-se único coordenador dos serviços de assistência médica, aposentadorias e pensões destinadas às famílias dos trabalhadores, mediante o desconto de 8% do salário mensal e em 15 anos aumentou de 50% para 90% de segurados.

Devido aos baixos preços pagos e à demora na transferência das verbas pelo INPS, houve um grande número de fraudes nos serviços médico-hospitalares, como internamentos falsificados, cesáreas em vez de parto normal, cirurgias fantasmas, etc.

A saúde pública no regime militar, iniciado a partir de 1964, é marcada pelo descaso, e as epidemias eram silenciadas. Somente em 1974, durante a epidemia de meningite, é que houve uma verdadeira operação militar de vacinação contra esta epidemia, que durou até 1977.

Em 1974, buscando controlar os obstáculos administrativos, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). O do Ministério do Trabalho é desmembrado e para tentar controlar a onda de corrupção, pagamentos ilegais de serviços médicos e aposentadorias “fantasmas”, o governo criou a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) para conter a evasão de recursos.

Em 1989, após as eleições diretas e já com a nova Constituição em vigor desde 1988, o governo federal manteve a política econômica recessiva e enfrentou uma das maiores crises econômicas e sociais de sua história.

Bertolli Filho (2002, p. 61) ressalta que a política de saúde da década de 1980 sofria de falta de planejamento e de descontinuidade dos programas, desta forma não atendendo as necessidades básicas da população:

Entre os dispositivos da nova constituição de 1988, encontra-se a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), baseado no princípio de integração de todos os serviços de saúde, públicos e particulares, o SUDS deveria constituir uma rede hierarquizada e regionalizada, com a participação da comunidade na administração das unidades locais.

O projeto de municipalização dos serviços de saúde representados pelos SUDS encontra fortes obstáculos, principalmente a recusa das empresas particulares em se submeterem ao sistema unificado. Além disso, muitos prefeitos que recebem as verbas destinadas à saúde aplicavam em outros setores ou desviavam ilegalmente.

Em consequência, o SUDS mantém-se atualmente apenas como um objetivo futuro. De concreto houve a integração, mesmo que imperfeita, dos serviços mantidos pelo estado, sem a participação das empresas particulares.

Surgiu assim o Sistema Unificado de Saúde (SUS), encarregado de organizar, no plano regional, as ações do Ministério da Saúde, do INANPS e dos serviços de saúde estaduais e municipais.

No capítulo seguinte vamos discutir com mais profundidade a forma de ver a saúde hoje e as possibilidades de intervenção neste processo junto à população.

### **3. O CONCEITO DE SAÚDE HOJE**

“A gente não quer só comer,  
a gente quer comer e quer fazer amor.  
a gente não quer só comer,  
a gente quer prazer pra aliviar a dor.  
a gente não quer só dinheiro,  
a gente quer dinheiro e felicidade.  
a gente não quer só dinheiro,  
a gente quer inteiro e não pela metade..”

ARNALDO ANTUNES, MARCELO FROMER e SERGIO BRITO

Hoje o conceito de saúde que mais se aproxima da realidade da população e que mais possibilidades de intervenção na realidade social oferece é o conceito de saúde do SUS.

O conceito de saúde do SUS, que foi incorporado às leis do País, deriva do conceito de saúde apresentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986<sup>2</sup>: Segundo a compreensão dos participantes da Conferência, saúde é o resultante das condições de vida, ou seja, alimentação, moradia, emprego, lazer, liberdade de expressão e organização social, acesso a terra. Ficou estabelecido na constituição federal promulgada em 1990, que saúde é um direito de todos e dever do estado. (BRASIL, 1986)

Este conceito foi gestado durante muitos anos e apresentado durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Talvez até por ter sido construído de forma coletiva ao longo de vários anos de luta pela reforma sanitária<sup>3</sup> no Brasil, tendo tido a participação de inúmeros profissionais de saúde, mas também de muitas donas de casas, religiosos, operários e militantes políticos de várias tendências socialistas, o conceito de saúde do SUS abre campos de intervenção para o trabalho/cuidado de Enfermagem que vai muito além dos curativos, mudanças de decúbito, orientação da necessidade de ferver a água antes de beber, lavar verduras e frutas antes de comê-las.

Valla e Stotz (1996) falam exatamente sobre a riqueza de uma construção coletiva e da importância de se criar momento de socialização para debater e construir esse conhecimento de forma coletiva.

Porém, mesmo com o conceito de saúde do SUS, que amplia em muito o modo de ver e compreender o processo saúde/doença/cuidado, o que continua prevalecendo para a maioria dos profissionais ligados à área de saúde ainda é o modelo biomédico centrado na doença e não nos seres humanos.

Minayo (1997) entende que a população mais pobre já tem uma compreensão mais ampla do que seja saúde e de quais sejam as razões de seus males. Segundo ela, nas camadas populares as pessoas não restringem as explicações sobre saúde e doenças as causas biológicas. Por isso é fácil ouvir queixas tais como: infelicidade, solidão ou mau olhado, ou seja, a população já utiliza todo o conceito ampliado de saúde para explicar sua condição.

Corroborando com Melo (1997, p. 65), que também apresenta esta concepção mais ampla de saúde por parte da população:

... As classes populares possuem uma representação mais ampla da saúde, enquanto o discurso oficial [discurso oficial não quer dizer lei, pois mesmo a constituição federal já tem uma concepção mais ampla de saúde] corresponde a uma representação (ou concepção) de saúde mais restrita, fragmentada, pontual, centrada no modelo biomédico, que busca localizar a doença em algum ponto ou órgão do corpo das pessoas.

Esta compreensão mais ampla da população sobre o processo saúde/doença reflete-se nas práticas encontradas na comunidade. Segundo Minayo (1997, p.38), a população combina as várias formas de explicação da saúde e da doença, pois não acredita totalmente em nenhuma das “especialidades”, sejam médicas, religiosas ou feitiçaria.

---

<sup>2</sup> A opção de usar o conceito de saúde apresentado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e não o conceito já com sua redação final na constituição deve-se ao fato de estarmos falando da importância da incorporação do saber popular junto do saber mais técnico e científico. Neste sentido o conceito da 8ª Conferência é mais abrangente e até simbólico do tema que estamos tratando.

<sup>3</sup> A Reforma Sanitária foi um movimento iniciado por volta dos anos de 1970. Reunia profissionais de saúde, religiosos leigos ou não, associações de vilas e favelas, metalúrgicos e militantes de esquerda, que discutiam a necessidade de mudanças na política de saúde do País. O movimento foi muito influente na 8ª conferência nacional de saúde e suas atividades culminaram com a criação do SUS na Constituição de 1988.

Aspecto interessante é notar que a população de um modo geral também questiona os trabalhos dos diversos profissionais da saúde. Veja um exemplo:

Seu Arnaldo<sup>4</sup> veio pela primeira vez ao programa de Hipertensão queixando-se de ter a pressão sempre muito alta. Ele chegou ao final do atendimento e não foi possível atendê-lo naquele dia. Por isso foi apenas verificada sua pressão e preenchida a ficha para atendimento posterior. A pressão estava muito boa neste dia, em torno de 120 por 80. O fato foi tão surpreendente que ele não conseguia acreditar que a pressão arterial tinha sido verificada de forma correta. Saiu de nosso local de atendimento, o Centro Catequético na cidade de Rio Negro, e foi até a farmácia, onde ele costumava verificar sua pressão havia muito tempo. E só acreditou que a verificação estava correta porque lá também se conferiu o mesmo valor. Será que se a pressão verificada na farmácia fosse diferente ele voltaria até nós? Em quem ele acreditaria: na balconista da farmácia, que é técnica de farmácia e conhecida dele há muito anos, ou nos profissionais da Enfermagem do PSF que nunca haviam lhe atendido antes? E quem estaria certo?

Enquanto isso, a grande maioria dos profissionais de saúde ainda estão insistindo em ter uma visão centrada na doença, desconhecendo e muitas vezes desconsiderando os usuários. Seja não ouvindo suas queixas, seja as desqualificando, e ignorando que os usuários de um modo ou de outro também estão lhes avaliando. Minayo (1997, p.37) diz que isto acontece porque o comportamento da população desconcerta a equipe de saúde, pois a doença para a população envolve uma dimensão transcendental e existencial, enquanto os profissionais procuram queixas, sinais e sintomas.

Acreditamos que, para chegar realmente até o usuário, é necessário um trabalho centrado na compreensão de que as condições de saúde da população só podem ser realmente alteradas conforme a necessidade da própria população que usa o sistema de saúde, a partir de um trabalho que a tenha como parceira ativa<sup>5</sup>. É com base nesta compreensão e na compreensão do que seja e do que propicia saúde que realizamos nosso trabalho no Programa de Saúde da Família e estamos realizando este projeto, pois acreditamos que ele será capaz de interagir junto à comunidade e aos profissionais de saúde, buscando através da educação em saúde, superar o fosso cultural existente entre profissionais da saúde e usuários dos serviços de saúde.

Vasconcelos (1999, p.29) acredita que uma das tarefas da educação em saúde seja justamente acabar com a divisão existente entre o saber dos profissionais de saúde e o saber popular:

Uma grande parte das práticas de educação popular nos serviços de saúde estão hoje voltadas para a superação do fosso cultural existente entre a instituição e a população, em que um lado não compreende a lógica e as atitudes do outro. Nessas experiências, isso é feito com base em uma perspectiva de compromisso com os interesses políticos das classes populares, mas reconhecendo-lhe, cada vez mais, a diversidade e a heterogeneidade.

Desta forma, juntos, profissional de saúde, usuários das unidades de saúde e a comunidade, poderão modificar as condições de vida da coletividade e melhorar a qualidade de suas vidas.

---

<sup>4</sup> Nome fictício. Caso simulado baseado em fatos reais. 2005.

<sup>5</sup> VASCONCELOS, nos livros "A medicina e os pobres", Edições Paulinas, 1987; "Educação popular nos serviços de saúde", HUCITEC, 1997; "Educação popular e a atenção à saúde da família", HUCITEC, 1999, trabalha de forma detalhada a necessidade dos serviços e programas de educação em saúde ter como parceiros ativos os usuários do serviço de atenção primária à saúde, e não como meros receptores de informações.

Pode parecer estranho para alguns a separação de Usuários das unidades de saúde e Comunidade, mas observamos que algumas vezes encontram-se pessoas que participam da comunidade, contribuem com seu desenvolvimento, porém não são reconhecidos como usuários pelos profissionais porque não fazem uso direto daquela unidade. Neste caso podemos citar como exemplo professores de uma escola próxima, que, no entanto moram em outro bairro ou cidade.

Esta proposta, trabalhar de forma compartilhada com as várias instancias da comunidade, só é possível porque além de trabalharmos com um conceito de saúde que dá margem para compreender os processos de saúde do ponto de vista dos determinantes social, também trabalhamos com um conceito de cuidado que visa dar independência à pessoa cuidada e nunca fazer dela uma pessoa passiva e dependente da Enfermagem ou das estruturas sociais.

Werner e Bower (1987, p.5-6) nos seus trabalhos ressaltam que a situação de saúde do povo depende mais das estruturas sociais do que propriamente de fatores ambientais<sup>6</sup>. Concordamos plenamente com seu modo de ver os determinantes da saúde e da doença na população.

A grande maioria dos profissionais de saúde e, por influência negativa, muitos usuários, acreditam que saúde é apenas não estar apresentando um sintoma de mal-estar, mas saúde não é apenas não estar doente. Para garantir a saúde da população não bastam hospitais, remédios e profissionais treinados, antes de tudo é preciso construir cidadania. Não são só os vermes, bactérias, acidentes de trânsito, infartos, AIDS e câncer que atormentam o homem em nossos dias. A falta de emprego, escolas, moradia, ruas seguras para circular, lazer, são também males que afetam a saúde dos brasileiros. O enfrentamento destas questões é fundamental para ter um SUS cada dia mais resolutivo.

É com a perspectiva de influir na compreensão que os profissionais de saúde e a população têm do processo saúde/doença/cuidado que acreditamos ser necessário, por parte da Enfermagem, o uso efetivo da comunicação, dos meios de comunicação de massa<sup>7</sup>, especialmente o rádio, para divulgar e estimular o autocuidado em saúde. E assim contribuir para qualificar as reivindicações de um serviço de saúde que dê conta de todas as dimensões que este envolve.

Enfrentar a divisão existente entre o saber popular e o saber dos profissionais de saúde exige várias formas de ações integradas. A que estamos propondo no momento visa à utilização da Educação Popular em Saúde, especialmente integrada às várias formas de comunicação, especialmente rádios comunitárias e rádios livres como ferramenta, mas desde já queremos deixar claro que entendemos que por si só ou isoladamente não conseguirá dar conta de todas as dimensões do problema.

---

<sup>6</sup> “Muitas vezes diarreias e verminoses não são causadas só pela falta de higiene e por água contaminada. A desnutrição nem sempre tem como causa principal a escassez de alimentos. E a causa da alta taxa de mortalidade infantil nem sempre é resultado da combinação de infecções, desnutrição e falta de médicos nos poucos e distantes postos de saúde. Às vezes a causa de tudo isso é a miséria a que as pessoas são empurradas”. (Werner;Bower, 1987,p.5-6).

<sup>7</sup> “Há uma rica experiência latino-americana na utilização desses meios de comunicação [referindo-se a boletins, vídeos, sistemas locais de difusão sonora por alto-falantes, cartazes] numa perspectiva de educação popular a que o profissional de saúde pode recorrer. Mas sua utilização requer maior disponibilidade de tempo e nível mais elaborado de formação profissional.

“O esforço para a produção de materiais educativos para os meios de comunicação como vídeo, rádio, impresso e programas em sistemas locais de difusão sonora é compensado quando atinge um público significativo.” (VASCONCELOS, 1999, p. 93)

Acima de tudo é importante, para o profissional que pretende trabalhar nos moldes do Programa de Saúde da Família, entender que a mudança de postura é o mais importante. O profissional que vê claramente suas funções dentro do PSF entende que seu trabalho é particularmente promoção de saúde e prevenção de doenças e aí orienta seu trabalho para esse fim. Entendemos que a Educação Popular em Saúde é a forma correta de buscar a promoção de saúde e a prevenção de doença. As ferramentas bate-papo, reuniões, exposições, cartazes, seminários, conferências e a rádio são apenas ferramentas que se pode usar. Mas tudo isso não substitui a postura do profissional no dia-a-dia e na relação com os usuários, sobretudo os que procuram atendimento por demanda espontânea.

Uma sala de atendimento organizada de forma a não inibir e não criar barreiras entre o usuário e o profissional é uma dessas coisas que se deve observar. Ficar atendendo atrás da mesa causa distanciamento e lembra constantemente que existe um fosso entre profissional e usuário. Por isso experimente um dia qualquer, colocar sua cadeira na frente da mesa e atender o usuário de frente para ele. Faça isso por uma semana ou um mês e verá que faz muita diferença na sua relação com o usuário e no resultado que você procura. Quem sabe com esse comportamento a demanda espontânea seja mais facilmente substituída pela demanda programada.

#### **4. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE QUE ENTENDEMOS**

“Ando devagar porque já tive pressa  
e levo esse sorriso porque já chorei demais  
Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe  
Só levo a certeza de que muito pouco eu sei, ou nada sei..”

ALMIR SATER e RENATO TEIXEIRA

Antes de qualquer coisa é preciso deixar claro que entendemos a Educação como um instrumento para promover o ser humano. Vemos na metodologia de Paulo Freire o caminho mais adequado para atingir as pessoas que necessitam ser promovidas. Numa perspectiva de contribuir e ter contribuição para discutir e conduzir os trabalhos de Educação Popular em Saúde dentro do Programa de Saúde da Família.

Mas conceituar educação não é uma tarefa fácil. Assim como a saúde, a educação passou por diversas fases e formas de ser entendida.

Levy et all (2004, p.5 ) vêem a educação como um fenômeno que tem o seu princípio e o seu fim voltados para a pessoa humana. Segundo eles, a educação só pode ser verdadeiramente compreendida e analisada sob enfoques que definem o próprio ser humano, em particular o biopsicológico e o sociológico. Do ponto de visto humano, a educação tem por objetivo levar o indivíduo a realizar suas possibilidades intrínsecas, com vistas à formação e ao desenvolvimento de sua personalidade. Sociologicamente, a educação é um processo que tem por fim conservar e transmitir cultura, atuando como importante instrumento e técnica social. Em termos gerais, em relação às necessidades individuais, a educação visa: desenvolvimento harmônico do corpo e do espírito; desenvolvimento emocional; formação do espírito crítico; desenvolvimento da capacidade criativa; desenvolvimento do espírito de iniciativa; formação estética; formação ética e formação moral;

No plano das necessidades sociais, os objetivos da educação são: conservação e transmissão cultural; desenvolvimento do senso de responsabilidade social do educando; instru-



mentalização do educando para que participe conscientemente das transformações e do progresso social; formação política para o pleno exercício da cidadania; formação econômica; formação para as parcerias e solidariedade e integração social.

## **5. BREVE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

A prática educativa em saúde no mundo não é uma proposição recente. Na Europa, desde o século XVIII, já existiam almanaques populares com o objetivo de difundir conhecimentos sobre cuidados de higiene para gestantes, incentivando o cuidado com as crianças e medidas de controle das epidemias. A intenção era dizer para população o que era certo ou errado, numa prática prescritiva que, pode-se dizer, perdura até nossos dias.

No Brasil foram Carlos Sá e César Leal Ferreira os pioneiros nos programas de educação em saúde. Em 1924 criaram, no município do Niterói, Rio de Janeiro, o primeiro pelotão de saúde em uma escola estadual, e no ano seguinte se estendeu para todo o antigo distrito federal.

Em 1925 foi criada a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado de São Paulo, visando promover a consciência sanitária da população e dos servidores dos órgãos destinados à profilaxia geral e específica.

Com a fundação do Ministério da Educação e da Saúde, cristalizou-se na saúde a centralização administrativa advinda do processo revolucionário de 1930, que acabou sufocando as iniciativas estaduais e concentrando as ações nas pequenas cidades. O Ministério da Educação e Saúde, assumindo as duas funções, acabou limitando-se a atividades de publicações de folhetos, livros e catálogos, não atingindo, assim, a grande parte da população da época, pois 60% eram não letrados.

Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que desde seu início reconheceu a educação sanitária como principal atividade. O SESP ficou responsável pela preparação dos professores da rede pública, como educadores em saúde.

Com a separação do Ministério da Educação e Saúde em órgãos distintos, esperava-se uma melhora nas atividades educacionais, mas isso só ocorreu com a reformulação da estrutura de serviço nacional de educação sanitária e a integração das atividades no planejamento das ações do Ministério da Saúde.

Entre 1964 e 1980, várias reformulações ocorreram com a criação da Superintendência de Campanhas Públicas – SUCAM, do próprio SESP, da Divisão Nacional de Ações Básicas de Saúde. Já o termo “educação em saúde” começou a ser usado numa tentativa de transformação conceitual. Essas mudanças não contribuíram para o principal, que seria a introdução do componente de educação nos programas de saúde desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde (as municipais só realizavam atividades assistenciais, quando o faziam).

Em 1979, com a criação dos Sistemas de Informações Sobre Mortalidade e cadastro dos estabelecimentos de saúde, foram convocados os serviços de comunicação de massa para auxiliar nas questões da saúde. Foi um auxílio tímido no início, com mensagens subliminares nos assuntos referentes à saúde.

Em 1988, o Ministério da Saúde definiu uma diretoria de programas para área de educação em saúde que ampliou a abrangência da proposta educativa, fazendo-a evoluir de um

projeto de saúde na escola, para um programa de educação em saúde para toda população. Mas foi apenas em 1989 que ações de informação, educação e comunicação passaram a ser discutidas de forma efetiva como ações educativas, e defendido o uso dos meios de comunicação de massa para uma nova forma de propagação da educação em saúde.

Mesmo com esta discussão efetiva, foi somente em 1996 que de fato iniciou-se o uso da TV Escola do MEC- Ministério de Educação e Cultura como um canal de propagação da educação em saúde.

Atualmente os meios de comunicação são os maiores parceiros do Ministério da Saúde no que diz respeito à educação em saúde.

## 6. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Melhor é a sabedoria do que a força...

Ec. 9:16

O Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de educação em saúde – OMS<sup>8</sup> pontua que “o foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação”. De forma geral, seus objetivos são encorajar as pessoas a:

1. Adotar e manter padrões de vida saudáveis;
2. Usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição;
3. Tomar suas próprias decisões tanto individual, como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente".

O Grupo Científico sobre Pesquisa em educação em saúde – OMS<sup>9</sup> – OMS expandiu esta declaração ao afirmar que "os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva".

Levy et al (2004, p. 6) afirmam que as funções da educação em saúde podem ser representadas por cinco atividades, e que estarão integralmente contidas nas ações de educação em saúde:

1. Estimativa, que busca atrair o indivíduo para participar do processo educativo;
2. Exercitativa, condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências;
3. Orientadora, que enfoca os aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência;
4. Didática, que se responsabiliza pela transmissão e veiculação dos conhecimentos;
5. Terapêutica, que permite retificar os eventuais descaminhos do processo educativo.

Para França et al (2003, p.1), a educação em saúde é um processo pedagógico que concebe o homem como sujeito, principal responsável por sua realidade. Como tal, suas necessidades de saúde e bem-estar são solucionadas a partir de uma ação consciente e participativa, a qual se organiza com elementos específicos de sua história, sua cultura e sua dinâmica própria. Ressalvam ainda que a educação em saúde instrumentalize as populações para a identificação dos problemas de saúde, análise de suas causas e consequências em relação às suas práticas vividas nas comunidades, gerenciamento dos recursos pessoais e

---

<sup>8</sup> *Expert Committee on Planning and Evaluation of Health Education Services.*

<sup>9</sup> *Scientific Group on Research in Health Education.*

institucionais necessários e a adoção de soluções específicas de saúde. França et al ainda advertem que para a educação em saúde ser um instrumento de transformação nos serviços é necessário um acompanhamento contínuo sobre como ela vai se expressando enquanto ação institucional.

Indo além do que diz os centros especializados de educação, acreditamos que o profissional de saúde que pretende praticar educação em saúde deve ter a compreensão de que o processo de educar também é momento de aprender. Freire (1921, p. 25) diz: “Quem ensina, aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.” Esse pensamento é coerente com a percepção de Minayo (1997, p. 38) e Melo (1997, p. 65), que acreditam que a população já tem uma concepção a respeito de saúde mais ampla do que os profissionais de saúde. Sendo assim, nada mais justo do que aprender com a população essa visão ampla do que seja saúde, enquanto desenvolve junto a ela noções e técnicas de como conservar ou recuperar a saúde.

Para Chiesa e Veríssimo (2001, p.1), o profissional educador em saúde deve se distanciar do sistema em vigência nos serviços brasileiros de saúde, pois é um modelo assistencial que privilegia as ações curativas centradas no atendimento médico, tendo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Afirmam que esse modelo condiciona a prática educativa a ações que visam modificar práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento. Dizem ainda os autores que neste modelo, quando se propõem atividades chamadas participativas, pensa-se particularmente em organizar prioritariamente aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais que tudo sabem. Tem essa visão, a maioria dos profissionais tem essa visão porque desconhece ou desconsidera o saber popular e a metodologia da Educação Popular.

Sem participação do indivíduo envolvido no processo de decisão sobre sua saúde, ele fica alienado de forma a cumprir somente o que lhe foi dito, o que quase sempre é possível. Esta relação de cima para baixo não pode ser bem sucedida, pois não há uma troca de saberes e valores e nem compartilhamento de responsabilidades. Esta forma de educar é o que Paulo Freire chama de educação bancária, ou seja, quem tem o saber deposita em quem não tem.

De um modo geral é a forma como o profissional aprendeu, pois na faculdade ou escolas técnicas também se ensina de cima para baixo, sem espaço para dúvidas, inquietações e discordâncias dos alunos. E essa forma é reproduzida no dia-a-dia.

Um sintoma disso é que tanto Agentes Comunitários de Saúde quanto Gestores, sejam coordenadores de equipes ou secretários de saúde, ainda insistem na necessidade de “reunir o povo e dar palestras.” A forma como falam tem a conotação clara de reunir pessoas que vivem em trevas e lhes dar luz.

O principal objetivo da educação em saúde deveria ser o de libertar a comunidade da opressão dominante da educação bancária, com suas fórmulas e regras preestabelecidas, centrada no modelo biomédico que cada vez mais vem falhando na tarefa de desenvolver saúde junto à população.

A educação em saúde, utilizando os métodos de educação popular, pode de fato vir a ser uma das armas mais importantes de que os profissionais de saúde dispõem para trabalhar junto à população questões referentes aos problemas de saúde. Isso sem ser prescritiva alienante e opressora.

Certa manhã uma usuária chegou tímida e perguntou: “Você olha minha pressão?” Respondi-lhe que sim e pedi o cartão SUS. Ela respondeu que havia esquecido. Então lhe disse que não havia problema, pois eu tinha seu número em uma lista e fui procurar. Ela reagiu dizendo que se fosse à outra servidora teria levado um “xingão”.

Muitos profissionais de saúde, no corre-corre, acabam confundindo educar com domesticar. Um exemplo claro disso são as insistências sistemáticas de se apresentar cartão SUS, número de prontuário, identidade, carteiras de vacinas, cartão de controle de hipertensão, cartão de cadastro para retirar medicação e outros. É comum alguns profissionais negarem-se se a atender as pessoas por falta de documento, alegando que assim elas aprendem a importância de não esquecê-lo. Confundem, assim, educar com domesticar. Pouco se explica da necessidade destes dispositivos para o Usuário, não levando em conta as razões do esquecimento. Pode-se mesmo dizer que em alguns casos esses dispositivos acabam afastando e/ou dificultando o acesso do Usuário aos serviços. Além disso, é preciso pensar o absurdo de tantos documentos e números diferentes para identificar um ser humano. É perfeitamente possível pensar soluções em que as pessoas não sejam vistas como números ou prontuários em uma prateleira, mas para isso os profissionais e os usuários terão que ser vistos como parceiros e não como adversários. E essa superação parece ser mais possível através da Educação Popular em Saúde.

## **7. A COMUNICAÇÃO COMO VEÍCULO DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE**

“...Que eu me organizando posso desorganizar  
Que eu desorganizando posso me organizar”

CHICO SCIENCE & NAÇÃO ZUMBI

Chiesa e Veríssimo (2001) entendem que “a comunicação é indispensável para a assistência à saúde, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo.” Dizem ainda que o conhecimento necessário a intervenção no processo saúde-doença inclui o domínio da comunicação, enquanto conhecimento e, principalmente, atitude comunicativa como instrumento terapêutico.

O conhecimento de Enfermagem a respeito da comunicação enquanto instrumentos terapêuticos e também relativos aos meios de comunicação serão mais bem desenvolvidos em capítulo específico, porém ainda é necessário acrescentar neste momento as impressões de Freire sobre a comunicação no processo educativo.

Chiesa e Veríssimo (2004) dizem que o conhecimento recíproco entre usuários e trabalhadores de saúde é a base para a comunicação. Mediante a troca de informações, crenças, valores e normas, almejam-se chegar a acordos que orientem, positiva e efetivamente, os fazeres dos profissionais e dos usuários para o atendimento às necessidades de saúde destes últimos e a consolidação das competências profissionais do trabalhador em saúde. Os autores ainda vêem os seguintes pressupostos que orientam o processo de comunicação na abordagem dialógica e emancipatória:

1. As atitudes e os comportamentos são decorrentes de conhecimentos, experiências, valores, crenças e emoções e todas as pessoas, inclusive as crianças, têm direito e são capazes de escolher o caminho mais apropriado para promover, manter e recuperar sua saúde.
2. O objetivo da interação entre os profissionais de saúde e a família deve ser manter ou promover a aquisição de um senso de controle sobre a vida, nas experiências do processo saúde-doença. A ação do

trabalhador deve resultar em oportunidades para que todos os familiares identifiquem suas capacidades atuais e adquiram aquelas que serão necessárias para atender às necessidades dos membros da família, gerando mudanças positivas com aumento da força e da capacidade para decidir e agir.

3. Condições materiais de vida e trabalho. Isto é verdade em relação às famílias e aos trabalhadores de saúde; e essas atitudes e comportamentos influem na relação com os demais. Por esse motivo, os profissionais devem exercitar sua capacidade de reflexão sobre si mesma e suas práticas.

Freire (1996) destaca que o educador não pode se portar como o dono da verdade, mas dialogar com os saberes de cada um e a partir daí construir um novo saber.

Freire (1982, p.72) pensava a comunicação e a cultura como instrumentos pedagógicos de desvelamento da realidade, como formas de estabelecer um diálogo real entre as pessoas – educadores e educandos, liderança e base, dirigentes e dirigidos – capazes de estabelecerem aprendizados mútuos, pela troca de experiência e saberes. Diálogo que, para ele, significava a base da democracia real. Portanto, educação, comunicação e cultura popular estão intimamente ligadas e fazem parte do mesmo processo pedagógico libertador, cuja utopia tende à “linguagem criadora e comunicativa e não aos ‘slogans’ domesticadores; aos valores que se encarnam, não aos mitos”. (FREIRE, 1982, p. 72)

O uso dos meios de comunicação de massa pode ser incorporado como mais uma ferramenta à disposição do profissional de saúde no processo de educação em saúde. Mas para atingir os objetivos de emancipação do cidadão, considerando-se os pressupostos já destacados aqui, é preciso incorporar os métodos de educação popular à educação em saúde e à comunicação de massa. Assim teremos a Educação Popular em Saúde, que busca dialogar, debater e descobrir novos métodos para emancipar o ser humano e não a educação em saúde que visa normatizar e/ou modificar pura e simplesmente o comportamento da população.

## **8. PROMOVENDO A SAÚDE OU PREVENINDO DOENÇAS?**

“Sonho que se sonha só... é só um sonho que se sonha só  
mas sonho que se sonha junto é realidade.”

RAUL SEIXAS

O conceito de promoção à saúde transitou de um nível de prevenção da medicina preventiva, em Wilson (1920), Sigerist (1946) e Leavell & Clark (1965), para um enfoque político, técnico do processo saúde-doença-cuidado, como vem se destacando nas últimas décadas desde Alma-Ata e Ottawa. (BUSS, 2003 p.36)

Para Gutierrez et al (1997) in: Buss (2003, p.33), o enfoque da promoção à saúde é mais amplo e abrangente do que a prevenção, e procura identificar e enfrentar os macro determinantes do processo saúde-doença, visando sua melhoria, transformando-os favoravelmente na direção da saúde.

O Centro de Promoção a Saúde (CEDAPS, 2004) usa a definição de promoção à saúde do professor da USP Fernando Lefèvre:

A Promoção de Saúde é o conjunto de ações, intervenções, propostas, processos e movimentos que, atacando as causas mais básicas das doenças e apontando para novas formas ou condições de trabalho, de vida e de relacionamento do homem consigo mesmo, com seus semelhantes e com o meio ambiente, podem influenciar decisões individuais, grupais e coletivas que objetivem melhorar a qualidade de vida dos seres humanos.

Para Dalmaso e Nemes Filho (2001, p.7), a noção de prevenção de doenças mais difundida na área de saúde foi introduzida por Leavell e Clark, em 1976, no desenvolvimento do modelo denominado "história natural da doença". Neste modelo, aplicado conforme o grau de conhecimento do curso de cada uma das doenças definem-se em três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. A prevenção primária tem por objetivo evitar que as pessoas adoeçam; para tanto, lança mão de medidas voltadas para as condições do meio ambiente e social, não só para promoção geral da saúde, como para dar proteção específica a algumas doenças, como é o caso das vacinas.

Todavia, verificou-se que a extensão dos conceitos de Leavell e Clark era inapropriada para os casos de doenças crônicas-não-transmissíveis, atualmente esses conceitos já não são mais usados no que se refere a promoção a saúde. Como veremos promover a saúde envolve muito mais de se intervir nas causas básicas das doenças.

Uns dos conceitos mais difundidos são o da carta de Ottawa, que, em 1986, na I Conferência Internacional em Promoção à saúde da OMS, em Ottawa, reconheceu como pré-requisitos fundamentais para a saúde: "a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, e conservação dos recursos naturais e a equidade". A promoção à saúde foi conceituada pela "Carta de Ottawa", um documento que marcou definitivamente a história da Saúde Pública, como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo". (BRASIL, 2002, p.19)

Buss (2003, p.19) destaca que a Carta de Ottawa preconiza também cinco campos de ação para a promoção a saúde:

- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Reforço da ação comunitária;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- Reorientação do sistema de saúde.

Com a segunda revolução epidemiológica, o movimento da prevenção das doenças crônicas, a promoção à saúde passou a associar-se às medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, não mais voltadas exclusivamente para os indivíduos e família. (BUSS, 2003 p.18)

Este modelo repercutiu de forma positiva em dois aspectos: a) permitiu uma ordenação e organização das ações no âmbito da vigilância epidemiológica, em particular nas atividades institucionais ligadas ao controle das doenças de notificação compulsória; b) reforçou a noção de que a educação é um fator tão importante quanto a assistência clínica na melhoria da saúde. Obteve, porém, pouca repercussão no tocante a aspectos de mobilização das comunidades.

O termo 'prevenir' tem o significado de "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano; mal); impedir que se realize". (FERREIRA, 1986) in Czeresnia (2003, p.45)

Czeresnia (2003, p.45) diz que a prevenção difere da promoção, pois visa mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica. Seu foco principal é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que geram ou precipitam.

A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. As práticas educativas são voltadas para a divulgação de informações científicas e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. (CZERESNIA, 2003 p.45)

Czeresnia (2003, p.45) cita Ferreira (1986) para definir o significado do termo “promover”. “Promover tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar”. Cita Terris (1990) para definir o tipo de atividades educativas na promoção à saúde. “As estratégias de promoção de saúde enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam à estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial.”

Lefevre (2004) faz a diferenciação de prevenção e promoção da seguinte forma:

A prevenção deve, a nosso ver, ser reservado para toda medida que, tomada antes do surgimento ou agravamento de uma dada condição mórbida ou de um conjunto dessas condições, vise afastar a doença do doente ou vice-versa, para que tal condição não se manifeste...

A promoção, por outro lado, para se diferenciar da Prevenção, caracterizaria uma intervenção ou conjunto de intervenções que, diferentemente da prevenção, teria como o horizonte ou meta ideal a eliminação permanente, ou pelo menos duradoura, da doença porque buscaria atingir suas causas mais básicas, e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos e nas coletividades de indivíduos Lefevre (2004)

Segue um quadro comparativo entre Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças.

*DIFERENÇAS ESQUEMÁTICAS ENTRE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS*

<b>CATERGORIAS</b>	<b>PROMOÇÃO À SAÚDE</b>	<b>PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b>
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doenças
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas da saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionados e persuasivas
Direcionamentos das mediadas	Oferecidas à população	Impostas a grupos alvos
Objetivos dos programas	Mudanças nas situações dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais etc.	Profissionais de saúde

Fonte: adaptado de Stachtchenko & Jenicek (1990) in Buss (2003, p.35).

A promoção à saúde e prevenção de doenças não concerne exclusivamente ao setor saúde propriamente dito. Lefevre (2004) acredita que é um erro tentar deslocar a promoção da saúde do setor saúde e passá-la para os demais segmentos (espaços indeterminados) sob a alegação que sem habitação não se tem saúde e assim por diante, acredita que a partir do setor saúde podem surgir melhorias e influenciar outros setores para que realmente se promova a saúde. Porém não podemos negar que a promoção a saúde será o resultado de ações intersetoriais, agindo nos determinantes gerais da saúde e da qualidade de vida. Cada setor (educação, geração de trabalho e renda, habitação, lazer e cultura, transportes, meio ambiente, assistência social, e outros) deverá ter suas estratégias de atuação coordenadas por "políticas saudáveis". Com o setor saúde como norteador.

Essa dicotomia entre prevenção e promoção terá necessariamente que ser enfrentada no dia-a-dia junto aos colegas de trabalho concomitantemente com as ações voltadas ao cidadão, pois é uma proposição relativamente nova no rol de preocupações dos profissionais de saúde. O que significa dizer que nem todos têm conhecimento de seus significados e potencialidades.

Ambos os conceitos, Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças, podem ser trabalhados numa programação de rádio que desperte e indivíduos e comunidades da necessidade de melhorar as condições de vida e conseqüentemente de saúde. Trabalhar essas questões, sobretudo nos meios de comunicações, é de muita valia, pois assim estaremos enfrentando um problema de magnitude através de um meio que exerce grande influência nas pessoas e na sociedade.

Um Programa de Educação Popular em Saúde, seja via rádio ou não, necessariamente terá que ora ser preventivo e ora de promoção à saúde. Embora o tema do trabalho enfoque condições favoráveis para o autocuidado, mais condizentes com a promoção à saúde, haverá momentos em que os agravos específicos terão que ser abordados diretamente nas suas causas e medidas de controle (tratamento).

## **9. EDUCAÇÃO POPULAR: A BASE DA PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Dá instrução ao sábio, e ele se fará mais sábio...  
Pv. 9:9

O ponto de partida para a promoção à saúde e prevenção de doenças certamente passa pela educação popular. Paulo Freire, grande defensor da educação popular, criou "O Método Paulo Freire" de alfabetização de adulto. Embora o tema principal do trabalho não seja alfabetização de adultos, mas sim a educação em saúde, muitos dos pressupostos de Paulo Freire encaixam-se perfeitamente com a Educação Popular em Saúde, que implica em contribuir para conscientizar pessoas, que em sua grande maioria adultas, ajudando-as a libertar-se da opressão.

O objetivo do "Método Paulo Freire" é alfabetizar conscientizando, libertando o homem de sua opressão. Para tal ele procura usar as palavras, os ditos populares, os meios de expressão da comunidade em que está sendo aplicado. O método é dialogal, ativo, participativo e crítico e criticizador. Para a Educação Popular em Saúde, o método não foge muito disso, pois passa pelo diálogo, reflexão, participação e ação da população envolvida no



processo, abordando as necessidades locais, usando sua linguagem e formas de expressões, ou seja, o saber popular.

Barreiro (1980, p. 22) diz a respeito de Educação Popular:

A educação popular pode ser, concretamente, um instrumento de desenvolvimento da consciência crítica popular, na medida em que aporta instrumentos para os agentes populares de transformação sejam capazes de viver, ao longo de sua ação, essa dinâmica do concreto na realização ação-reflexão:

- Crítica da realidade social vigente;
- Ação mobilizadora de transformação da realidade social;
- Revisão crítica da ação realizada;
- Reformulação da ação transformadora; reavaliação crítica da realidade social.

Na prática diária percebemos que as comunidades usam de várias estratégias para o enfrentamento e as causalidades das doenças, como o uso da água, do descanso das ervas medicinais, da comida quente, da comida reinoso, “criança de sangue sujo” da necessidade das mulheres sangrarem todo mês para limpar o corpo, muitas das vezes são considerados credences popular, mas segundo Boff (1998), em seu livro *Como Trabalhar com o Povo*, salienta a necessidade de inserção direta com ela, respeitá-la e ter um compromisso de amor com a localidade aceitando sua cultura local.

A Promoção à Saúde ao utilizar o Método de Educação Popular respeita a população, entendendo que ela possui conhecimentos de saúde e desenvolve estratégias para enfrentamento de suas condições de vida. Porém, estes conhecimentos, que toda comunidade tem, algumas vezes são parciais e não necessariamente se traduzem efetivamente em práticas saudáveis no dia-a-dia.

Na maioria das vezes, no contato com os profissionais de saúde, os conhecimentos da comunidade são refutados e em seu lugar tenta-se inculcar novos e estranhos conhecimentos e valores, ditos técnicos e científicos, como se estes fossem verdades absolutas e, portanto, melhores do que a sabedoria popular. Esta atitude acaba por não contribuir com a melhoria da situação vivida nas periferias e nas pequenas cidades, pois além da equipe de saúde não ajudar o usuário a completar seus conhecimentos e correlacioná-los às dificuldades e/ou soluções vivenciadas no cotidiano, ainda tenta impor uma forma de vida que a população não interioriza e conseqüentemente não pratica, isso certamente não promove a saúde nem previne doenças.

Valla in Costa (1998 p. 167) afirma que “Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências que são divididas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos nosso saber por que pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior, quando na realidade é apenas diferente.”

Veja exemplo:

Dona Enezina<sup>10</sup> mora a pouco mais de 80 metros do Centro de Saúde, é portadora de diabetes mellitus e hipertensão. É fumante e está com anemia. Ela ficou três semanas com o resultado dos exames que o médico pediu. Em visita domiciliar, foi orientada a agendar uma consulta e levar os exames para o médico ver.

Ela respondeu que não levaria, pois o médico tinha muita pressa e não a deixava falar o que estava sentido.

---

<sup>10</sup> Nome fictício. Caso simulado baseado em situação Real. 2005.

Dona Enezina relatou esse descontentamento com o serviço de saúde. Mais do que descontentamento, a fala dela revela descrença no atendimento do profissional de saúde, neste caso o médico que não lhe deixa dizer o que sentia. Mas quantas mais Enezinas estão caladas? Quantas mais fizeram exames e não voltaram para mostrar os resultados por desacreditar do profissional de saúde ou desgostar de seu comportamento frio e distante?

É fato que são muitas as pessoas que não acreditam nos profissionais e mesmo nos recursos dos serviços oficiais, mas para o sistema, essas pessoas que abandonam o tratamento ou não comparecem aos programas preventivos são vistas como “relaxadas, desinteressadas e acomodadas” e não como descrentes em sua eficiência.

É preciso ter bem claro que não é a informação/educação apenas que vai conseguir resolver os problemas de saúde e de qualidade de vida da população<sup>11</sup>. “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.” (FREIRE, 1996. P.52) Também é preciso enfrentar os limites dos profissionais e do Sistema de Saúde e reconhecer que em alguns casos não conseguiremos êxito, por mais que nos esforcemos. Mas nestes casos ainda podemos estar presentes, demonstrar interesse, ser solidários. Em muitos casos é apenas isso que o usuário espera e disso que precisa.

Ajudar a população a construir seu saber no campo da saúde deveria ser o principal objetivo da Enfermagem profissional do campo da saúde coletiva. Assim ajudaria a população construir seu próprio processo de saúde/doença/autocuidado. Desta maneira, todo usuário insatisfeito poderia, por si mesmo, interpelar profissionais que lhes desrespeitam com tratamentos inadequados e/ou inoportunos.

Um programa de Educação Popular em Saúde é tão somente mais uma ferramenta para a construção de cidadãos conscientes de seus direitos e deveres, no caso específico, de seu papel fundamental e insubstituível na construção de um ambiente pessoal e social saudável. Seria um erro grosseiro acreditar que o fato de a população conhecer os princípios de uma vida saudável seja suficiente para que passe a viver a partir destes princípios. Saber não é necessariamente ter consciência. Um exemplo disso é que a maioria dos fumantes tem o saber de que o cigarro lhes faz mal à saúde e à saúde de quem está próximo deles quando fumam. No entanto, não param de fumar até que se conscientizem disso. (FREIRE, 1996. P44).

Portanto, não basta dar informação (educação em saúde) é preciso educar conscientizando (Educação Popular em Saúde). O desafio é incorporar a prática educativa no cotidiano dos profissionais de saúde, para que a população carente a ela tenha acesso. Neste sentido é que a incorporação dos meios de comunicação de massa, enquanto instrumentos educativos, mostra-se tão importante. Mas estes meios devem ser usados partindo do conhecimento da população, respeitando seus conhecimentos e procurando aprimorá-los em alguns aspectos ou até mesmo refutá-los em outros, mas sempre dialogando e respeitando os valores e os conhecimentos da comunidade.

Barreiro (1980, p. 20) afirma que os educadores terão que preparar os grupos populares para constituírem como agentes conscientes e críticos de todo processo de mudança, que promovam a libertação do homem como agente responsável por si e pela comunidade. Freire

---

<sup>11</sup> A informação/educação pode conscientizar o indivíduo e, assim, como cidadão buscar seus direitos e cumprir seus deveres. Uma vez consciente, o indivíduo pode reivindicar a melhora de outros determinantes da saúde e impulsionar mudanças na organização do SUS e do estado, motivando as autoridades a priorizar a questão da saúde também na prática e não só no discurso oficial.

(1982) diz que o profissional de saúde que pretende praticar a educação em saúde deve ter em mente que o processo de educar também é momento de aprender. “Quem ensina, aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.”. Freire, citado por Beisiel (1982), alerta sobre o risco do assistencialismo, ou seja, trazer tudo pronto para uma determinada população, achando ser assim o melhor.

O assistencialismo é uma forma de ação que rouba ao homem condições à consecução de uma das necessidades fundamentais da alma humana – a responsabilidade (...). Não há decisão só há gestos que revelam passividade e domesticação do homem. Freire (1982)

Ou seja, se o indivíduo não participa do processo de decisão sobre sua saúde, ele fica alienado, apenas cumprindo o que lhe foi dito. Esta relação de cima para baixo não pode ser bem sucedida, pois não há uma troca de saberes e nem compartilhamento de valores e responsabilidades. Neste caso o profissional que ditou o que o indivíduo tem que fazer corre o risco de cair em descrédito e o cidadão corre o risco de não ter seu problema bem tratado, além de não se sentir responsável em caso de falhas no decorrer de seu tratamento. Facilitar não é necessariamente fazer melhor, tampouco respeito à comunidade. Pelo contrário, na maioria das vezes, trazer tudo pronto é desacreditar na capacidade do usuário.

Vasconcelos (1987, p.193) diz que a maioria dos trabalhos de educação em saúde entende as pessoas como sendo um quadro negro em branco e pronto a ser escrito. E corroborando com Minayo (1997, p. 38)<sup>12</sup> afirma que a população já tem suas formulações sobre saúde e que não vão mudar apenas por que um “doutor” fez uma prescrição diferente. Alerta, ainda Vasconcelos, que os educadores em saúde não estão procurando compreender as vivências e aspirações da população e nem levam em conta suas opiniões a respeito do tratamento que devem seguir.

Freire (1987, p. 34) diz que:

Um dos elementos básicos na mediação opressores-oprimidos é a prescrição. Toda prescrição é a imposição de uma consciência sobre a outra. Daí o sentido alienador das prescrições que transformam a consciência recebedora no que vimos chamando de consciência “hospedeira” da consciência “opressora”.

Para Landin, citado por Barreiro (1980, p.3), é preciso que ocorra a conscientização de todos os agentes envolvidos no ato de educar. Conscientizar é, pois, o ato pelo qual uma pessoa comunicando-se com outra pessoa, dá a ela consciência sobre alguma coisa a qual ela intenciona como sujeito. A comunicação e o diálogo entram como o elo entre o educando e educador, sem preconceito mútuo, um compartilhando saberes com o outro, ambos se desenvolvendo.

O principal objetivo da Educação Popular é libertar a comunidade da opressão dominante do saber científico com suas fórmulas e regras preestabelecidas, centrada no modelo biomédico que cada vez mais vem falhando na tarefa de desenvolver saúde junto à população.

O profissional de saúde pode propor intercâmbios de informações e responsabilidades, com a participação efetiva da comunidade, na escolha de como querem cuidar da saúde. Além disso, o educador deve despertar na população a necessidade cada vez maior de ela participar da organização dos serviços de saúde, assumindo o papel de cidadão, vigiando os serviços de saúde a fim de garantir que seus saberes sejam preservados e valorizados na práxis cotidiana.

---

<sup>12</sup> Estes conceitos serão melhores discutidos no capítulo 3.3.2.6. O conceito de saúde hoje

Segundo Barreiro (1980, p.20):

As transformações estruturais devem se constituir como um verdadeiro “programa histórico” assumido pelo povo, como tarefa sua, pela qual se transforma progressivamente em sujeito de sua ação. Para tal o povo precisa passar a níveis de ação coletiva cada vez mais organizada, mais abrangente e mais crítica.

O profissional de saúde tem que compreender que muitas vezes faz o papel de opressor e que precisa se libertar de sua própria opressão, aceitando que os saberes, científico e popular, podem conviver e gerar consciência de saúde e de autocuidado em benefício de todos.

Freire (1987, p.35) diz: “A libertação, por isto, é um parto doloroso. O homem que nasce deste parto é um homem novo que só é viável na e pela separação da contradição opressores-oprimidos, que é a libertação de todos.”

Um Programa de Educação Popular em Saúde via ondas de Rádio destina-se principalmente à fazer a ligação entre o saber popular e científico, na tentativa de libertar opressores e oprimidos, como disse Paulo Freire. E é com essa perspectiva que se deve usar o instrumento rádio ou este acabará se tornando mais um meio de oprimir o cidadão.

## 2º PARTE

### O MEIO E A FERRAMENTA

#### 1. A COMUNICAÇÃO E SEUS MEIOS

“Sei  
Não é nossa culpa  
Nascemos já com uma bênção  
Mas isso não é desculpa  
Pela má distribuição  
Com tanta riqueza por aí, onde é que está  
Cadê sua fração”  
*ANDRÉ X. GUTJE e PHILIPPE SEABRA*

É difícil falar da comunicação, pois ela é uma destas coisas que todo mundo vive, sente seus efeitos e ao mesmo tempo passa despercebida.

Para Bordenave (1982, p. 19), a comunicação confunde-se com a própria vida, pois temos tanta consciência de que nos comunicamos quanto temos de que andamos ou de que respiramos, ou seja, só percebemos sua importância quando por alguns motivos somos dela privados.

Mas o que é mesmo comunicação?

Para começar, é preciso frisar que entendemos que a comunicação está na base de tudo, da própria existência humana ou no mínimo na consciência desta existência. Pode-se mesmo ir mais longe e dizer que a sociedade humana só existe pela comunicação e renovam-se todos os dias por ela.

A comunicação é inata ao homem, tanto que antes de nascerem os bebês já estão mandando sinais para suas mães, sejam através de movimentos no útero, pequenos chutes ou nas náuseas durante a gravidez. E a mãe também se comunica com seu filho antes de este vir ao mundo, através da palavra, em diálogos carinhosos, através do tato acariciando a barriga, alimentando-se de forma especial para beneficiar a futura criança. Ao nascer, o bebê comunica-se com os pais da maneira rudimentar, através do choro informa que está com fome, frio, sono ou dor. E a partir daí a comunicação da criança só vai evoluindo. Aprende a falar, ler, escrever, desenhar, cria e recria outras formas de comunicação com o mundo.

A fala foi o primeiro passo do homem rumo à dominação do seu ambiente e da natureza.

Cunha da Silva (2003) explica que o homo sapiens inventou uma linguagem para comunicar suas idéias e desejos e essa linguagem foi progressivamente enriquecendo-se.

Foi pela fala que o homem, provavelmente, convenceu o outro a colaborar entre si para conseguir mais alimentos, mais água, andar juntos para obter maior segurança. Depois vieram os sinais gráficos, com os desenhos nas cavernas e nas pedras, até que surgissem as primeiras escritas. Estavam formadas as bases para o que chamamos hoje de comunicação. Mas junto com a comunicação os homens desenvolveram também os meios de comunicação.

Se no início utilizavam-se as paredes das cavernas e as pedras, depois veio o pergaminho, o papiro, o papel. Se antes utilizavam carvão, sangue de animais, frutas coloridas, objetos corto-

contuso para entalhe, a pena e tinteiro, o lápis e a caneta esferográfica, hoje se utilizam impressoras a laser, canetas digitais, teclados sem fio. Com a escrita dominada vieram os correios, os livros, jornais, depois o telégrafo, o telefone, o teatro, o rádio, o cinema, a TV e a internet.

Hoje temos uma gama grande de meios de comunicação nos rodeando, o que muitas vezes dificulta a diferenciação entre comunicação e meios de comunicação. Porém não é uma coisa só.

Bordenave (1982, p.18), no livro *O que é comunicação*, alerta quanto ao que falamos e acrescenta que “a comunicação é muito mais que os meios de comunicação social. Estes meios são tão poderosos e importantes na nossa vida atual que às vezes esquecemos que representam apenas uma mínima parte de nossa comunicação total.”

O domínio da comunicação e dos meios de comunicação é exercido cada vez mais pelos grandes grupos de mídia, que dominam jornais, rádios, TV, cinema e internet e assim também monopolizam e determinam o que as pessoas devem ou não saber. Desta maneira, acabam também dominando a vontade das pessoas, pois, como já foi dito, a comunicação se confunde com seus meios. E como a comunicação explica a própria existência humana, muitas vezes a existência passa a ser em função dos valores propagados por estes grupos econômicos. O que na maioria das vezes não é positivo para o conjunto da sociedade.

Bordenave (1982, p. 100-101) nos alerta sobre a necessidade da participação da população nos meios de comunicação, como forma de inculcar novos valores para a sociedade: Segundo ele “... A transformação de uma sociedade liberal representativa numa sociedade participativa passa forçosamente pela participação pessoal, e esta passa forçosamente pela comunicação. “

Não são os meios de comunicação que vão mudar as relações humanas, mas é pela comunicação e pelo uso eficiente dos meios de comunicação que estas mudanças podem ocorrer.

Uso eficiente dos meios de comunicação não significa o mesmo uso e a mesma eficiência da classe que detêm o poder. Uso eficiente significa saber por em marcha uma comunicação que valorize e priorize a cultura popular e a informação não viciada pelo sistema atual. Precisamos hoje de meios de comunicação que estejam comprometidos com o bem estar dos seres humanos, com a preservação do meio ambiente para todos e não com os sistemas financeiros. Precisamos de meios de comunicação que substitua a falsa noção de que apresentam o que o povo quer ver e saber pela noção do que o povo precisa ver e saber para ter uma vida digna.

A Enfermagem há muitos anos faz uso da comunicação enquanto instrumento básico de seu trabalho e compreende como poucas profissões o seu valor de integração e interação com os usuários.

Inúmeros artigos e livros já foram escritos sobre o assunto pela Enfermagem, alguns deles inclusive citados neste trabalho. Mas sobre os meios de comunicação e sobre o quanto eles podem auxiliar na disseminação dos cuidados de Enfermagem, a produção é quase zero.

Antes de passar para o próximo capítulo, vamos discorrer um pouco sobre a comunicação enquanto instrumento básico de Enfermagem e de algumas técnicas que têm ajudado a Enfermagem no trabalho de levar o cuidado aos seus usuários.

## 2. A COMUNICAÇÃO ENQUANTO INSTRUMENTO BÁSICO DE ENFERMAGEM

“Quero ficar no teu corpo  
Como tatuagem  
Que é para te dar coragem”

CHICO BUARQUE e RUY GUERRA

A comunicação não se restringe apenas às palavras verbalizadas ou escritas. Todo o nosso corpo é usado para se fazer entender e interpretar as mensagens nas relações cotidianas. Estamos constantemente emitindo, recebendo e interpretando as mensagens que nos são enviadas das pessoas à nossa volta e do ambiente, e assim nos comunicando com o nosso meio. E para o trabalho da Enfermagem todos estes recursos são indispensáveis, pois quando um usuário não pode verbalizar temos que encontrar outra forma de nos comunicarmos com ele.

Paes da Silva (1996, p.53), em seu livro *A comunicação tem Remédio*, mostra estudo que comprova que apenas 7% do que pretendemos comunicar é feito por palavras, que 38% da nossa comunicação se realiza por sinais paralinguísticos tais como entonação e velocidade da fala, e que 55% da comunicação se dá por sinais corporais, tais como fisionomia e olhar, ou seja, não são só as palavras, mas todo o corpo comunica.

Conhecer este e outros estudos e as técnicas que facilitam ou dificultam nossa comunicação no dia-a-dia de nossa atividade profissional é, com certeza, uma ferramenta de aperfeiçoamento de nossa sociabilidade e cidadania, pois ajuda na correção de falhas na comunicação que muitas vezes atrapalham nossa interação com o meio e os usuários.

É natural que haja falhas nesta comunicação. E também é natural voltar atrás e pedir desculpas quando isso acontecer.

Um exemplo de falha na comunicação.

Dona Eneida<sup>1</sup>, 65 anos, constantemente esquece o nome das medicações. Em um dado atendimento do Programa de Hipertensão no Conjunto Residencial onde ela mora, foi advertida sobre a necessidade de saber o nome das medicações, pois se não sabia dizer o nome das medicações como poderia saber que horas tomar? Contrariada, ela foi a casa, a menos de 50 metros do local, e buscou as suas medicações para esclarecer.

Dona Eneida, em todo atendimento, demonstrava ficar confusa com as medicações e pelo nível de sua pressão era de supor que não conseguia tomar as medicações de forma correta, apesar das instruções e das visitas constantes do Agente Comunitário.

Porém, desta vez ela ficou ofendida com a insistência sobre a forma correta de se medicar.

Foi embora sem falar nada e na visita do Agente Comunitário disse que não iria mais ao programa, pois o Enfermeiro havia brigado com ela.

De fato ela deveria ter razão. Não me lembro de ter brigado com ela, mas o que importa é a percepção que ela teve do episódio, pois todo o corpo fala e não só a voz e nem sempre percebemos isso.

Seja como for, não tive dúvidas. Fui até sua casa e pedi desculpas e expliquei o porquê de minha insistência. Sem entrar no mérito de ter ou não lhe ofendido, o que não importava

---

<sup>1</sup> Nome fictício. Caso simulado baseado em situação Real. 2005.

mais naquele instante. O que eu queria era recuperá-la para o programa e ela talvez uma retratação.

Nos próximos tópicos vamos explicar algumas das mais importantes formas de comunicação para o trabalho da Enfermagem. Os conceitos citados aqui são de Pais da Silva e estão no Livro “Comunicação tem Remédio”.

## A COMUNICAÇÃO VERBAL

“O silêncio foi a primeira coisa que existiu  
O silêncio que Ninguém ouviu”

Carlinhos Brown e Arnaldo Antunes

A comunicação verbal, seja expressa por meio da linguagem escrita ou falada, é exercida através das palavras.

A fala é uma das formas mais poderosas de comunicação verbal. Pela fala todos que falam a mesma língua podem se entender, pois se dispensa qualquer tipo de aprendizado formal. Por exemplo: as crianças aprendem a verbalizar muito antes de aprender a escrever e, mesmo sem saber reconhecer os caracteres do alfabeto, elas são capazes de formar palavras e verbalizá-las. Mas as palavras também podem ser transcritas em formas de caracteres para os mais diversos tipos de materiais, tais como: papel, couro, pedra e tecido, constituindo o segundo meio da comunicação verbal, a linguagem escrita.

As duas linguagens, tanto a falada, quanto escrita, são importantíssimas na vida e especialmente para a prática de Enfermagem, haja vista que necessitamos interagir com os usuários para melhor cuidar deles.

## COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

“Aa  
Uu  
Aa  
Uu”

Sérgio Britto e Marcelo Frommer

Paes da Silva (1996, p.53) diz que a comunicação não-verbal é a que ocorre entre as pessoas, sem o uso de palavras. Esta comunicação se vale de gestos, posturas, expressões faciais, organização dos objetos no espaço e até mesmo entre a distância mantida entre os interlocutores.

Um exemplo prático disso: Em visita domiciliar pode ser observado o modo de organização da cozinha. Sal perto do fogão pode indicar alto consumo. Horta no quintal pode indicar que se valoriza alimentação saudável. Pode-se observar a localização das camas, as janelas, as cortinas, banheiro. Tudo isso pode indicar mais sobre a família do que suas informações verbalizadas.

Já citamos os estudos da mesma autora que fala que 38% dos pensamentos são transmitidos como sinais paralingüísticos. Para a Enfermagem, esta informação é importantíssima, pois possibilita, além de comunicar-se de forma alternativa com pessoas com problemas de fala, também saber decodificar informações contraditórias dos usuários, sobretudo quando os assuntos envolvem tabus sociais, tais como doenças venéreas, abortos, sexo, etc.



Mais adiante abordaremos especificamente o uso da comunicação pelos profissionais da Enfermagem, mas vale mencionar agora que para a Enfermagem a comunicação abrange um sentido mais amplo, que é o do relacionamento, este como processo terapêutico de interação, afinidade, conhecimento recíproco, compreensão e aceitação entre enfermeiros, usuários e suas famílias.

As formas de comunicação não-verbal que são usadas por todas as pessoas em menor ou maior grau devem ser decodificadas pelo pessoal de saúde, e pela Enfermagem em especial, são elas:

## **PARALINGUAGEM**

É qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. Estes sinais demonstram sentimentos, características da personalidade e atitudes.

## **CINESIA**

É a linguagem do corpo, ou seja, seus movimentos desde os gestos manuais, movimentos dos membros, meneios de cabeça, até expressões mais sutis como as faciais. Sabe-se que quanto mais encoberto for um sinal, um leve temor de mãos, por exemplo, mais difícil é ter consciência dele.

## **PROXÊMIA**

É o uso que faz do seu espaço enquanto produto cultural específico, como a distância mantida entre os participantes de uma interação.

O espaço entre os comunicadores pode indicar o tipo de relação que existe entre eles, diferenças de status, preferenciais, simpatias e relação de poder.

Características físicas: são a própria forma e aparência de um corpo, transmite informação sobre faixa etária, sexo, origem étnica e social, estado de saúde etc. Os objetos utilizados pela pessoa também são sinais de seu autoconceito (jóias, roupas, tipos de carro) e das relações mantidas (aliança, anel de graduação).

Entre as principais funções da comunicação não verbal temos os fatores do meio ambiente: são a disposição dos objetos no espaço e as características do próprio espaço, como cor, forma e tamanho.

## **TACÊSICA**

É tudo que envolve a comunicação tátil, pressão exercida, local onde se toca idade e sexo dos comunicadores. Está relacionada também com o espaço pessoal, a cultura dos comunicantes e as expectativas de relacionamento.

Entre as principais funções da comunicação não verbal temos:

1. Complementar a comunicação verbal: fazer qualquer sinal não-verbal que reforce, reitere ou complete o que foi dito verbalmente;
2. Substituir a comunicação verbal: fazer qualquer sinal não-verbal para substituir as palavras. Por exemplo, o movimento do dedo indicador de um lado para o outro, substituindo a palavra “não”.

3. Contradizer o verbal: fazer qualquer sinal não-verbal que desminta o que foi dito verbalmente. Por exemplo, dizer ao nosso usuário/paciente que não está com pressa ao mesmo tempo em que fica olhando para o relógio.
4. Demonstrar sentimentos: demonstrar qualquer emoção não por palavras, mas principalmente por expressões faciais. Por exemplo: rubor sinalizando vergonha ou raiva; a abertura dos olhos e o arquear das sobrancelhas demonstrando surpresa ou mesmo “saltar de alegria”, “ficar de pé firme”, “com os punhos cerrados”.
5. Estes conceitos e seu uso prático pela equipe e Enfermagem no dia-a-dia são bastante enfocados e de certa maneira interiorizados, tanto que perdemos a noção de que fazemos uso destas técnicas todos os dias sem pensarmos nela de forma ordenada. Empregamos de forma automática e com bom retorno da parte dos usuários.

### 3. A COMUNICAÇÃO E SEU USO PELA ENFERMAGEM

“Era um, era dois, era cem, era o mundo chegando e ninguém, que soubesse que sou violeiro, Que me desse um amor ou dinheiro. Era um, era dois, era cem, vieram prá me perguntar:”

Edu Lobo e Capinã

A comunicação é inerente ao ser humano, pois é por meio dela que todos nós expressamos nossos desejos e anseios. Por ela requeremos nossos direitos e, sobretudo, interagimos com o meio em que vivemos. A comunicação é algo que transcende os nossos desejos, pois comunicamos mesmo quando não queremos. Estamos sempre nos comunicando, mesmo quando calados, seja por gestos, comportamentos, por palavras ou pelo silêncio.

Luz Silva (1991, p.371) diz que “comunicação na Enfermagem abrange um sentido mais amplo, que é o de relacionamento, este como um processo terapêutico de interação afinidade, conhecimento recíproco, compreensão e aceitação entre Enfermeiro-cliente e familiares.” E ainda acrescenta que é importante a Enfermagem desenvolver a empatia com simpatia<sup>2</sup>. E ainda faz a ressalva de que empatia não é identificação, pois a identificação nos torna iguais ou desperta desejos de nos tornarmos iguais, sentimos e agimos como o outro. A empatia envolve sempre dois “eus” separados distintamente; a identificação resulta em um só.

É a comunicação o elo entre as competências da Enfermagem. E saber utilizar cada uma das formas de comunicação é essencial para o relacionamento terapêutico entre enfermeiros e usuários.

Dimensões estas que precisam ser compreendidas à luz da humanização do cuidado de Enfermagem. Humanização esta que passa necessariamente pelo uso de técnicas de comunicação e pelo uso dos meios de comunicação. De um modo geral, a Enfermagem conhece e utiliza algumas ferramentas da comunicação. O que há de novo em nosso trabalho, no tocante especificamente à comunicação e à Enfermagem, é a proposta de utilizar estes conhecimentos também através dos meios de comunicação.

---

<sup>2</sup> “Os Enfermeiros devem estar atentos para cada particularidade dos seus pacientes, levando a desenvolver com cada um deles um sentimento de empatia com simpatia, pois a simpatia implica em repartir sentimentos interesses e lealdades comuns, quando relacionamos a padrões e costumes sociais, a simpatia pode percorrer toda a escala da piedade e caridade até a sincera compaixão pelo outro, a simpatia é importante e às vezes necessária, mas é a não é a mesma coisa que empatia.” (LUZ SILVA 1991 p.371)

Conhecer a comunicação como processo, como a Enfermagem conhece, colabora com a qualidade dos relacionamentos que deverão ser estabelecidos no trabalho, seja com a equipe de saúde, seja no registro das atividades de enfermagem ou na assistência direta ou indireta ao usuário, família e comunidade, além de evitar que barreiras de comunicação comprometam a eficiência do processo de cuidar do próprio exercício da enfermeira. Os profissionais de Enfermagem devem compreender que a comunicação em Enfermagem pode ser vista como uma necessidade humana básica, uma competência que o enfermeiro deve desenvolver, ou um instrumento básico utilizado pela enfermeira. (CIANCIARULLO, 2000)

O uso da comunicação na Enfermagem serve, entre outras coisas, para criar uma situação empática terapêutica com o ser humano cuidado. Ser este que é complexo e indivisível e, sendo assim, para nos comunicarmos com ele de maneira eficaz é preciso considerar seus valores e crenças, prezar ou ajudar a recuperar sua auto-estima e a sua auto-imagem.

Cabe à Enfermagem buscar desenvolver a comunicação da melhor maneira possível, pois a qualidade dos cuidados prestados está diretamente ligada à capacidade de comunicar-se com eficiência e eficácia. O enfermeiro deve ser capaz de identificar todos os sinais da comunicação verbal, não verbal e paraverbal, e utilizar as informações colhidas nestas fontes de forma que as relações interpessoais, sejam entre usuário ou entre profissionais enfermeiros e os demais membros da equipe, aconteçam com harmonia.

É fato que em maior ou menor grau a grande maioria dos Enfermeiros dominam estas técnicas, mas não se pode dizer o mesmo sobre os meios de comunicação. Esses meios têm o poder de propagar os saberes da Enfermagem muito além dos muros das instituições de saúde e por isso é de suma importância saber trabalhar com eles.

Conhecer e saber usar estas ferramentas de mídia é fundamental. Mas esse conhecimento por si só não garante que possamos dispor delas para ajudar desenvolver nosso trabalho. Conhecê-las e até mesmo saber utilizá-las é um passo fundamental, mas para isso é preciso romper com algumas amarras históricas que envolvem os meios de comunicação no Brasil e no mundo.

Uma elite social controla com mãos de ferro as mídias no Brasil, e romper com o monopólio da elite que programa os meios de comunicação é fundamental para oxigenar o pensamento e os saberes da sociedade, e assim propor e propagar valores e saberes novos e fundamentais para a vida humana.

É nesta perspectiva que apresentamos os capítulos seguintes.

#### **4. O RÁDIO ENQUANTO VEICULO DE COMUNICAÇÃO POPULAR**

“Fui Pra Cidade do Rio de Janeiro, Trabalhei o ano  
inteiro e fiz ate Serão,  
A vida do Paraíba não foi brincadeira,  
Fui Servente de Pedreiro pra ganhar o pão  
Fiz economia, deixei de fumar, comprei um radio de  
pilha e mandei pro meu Bem”.

GENIVAL LACERDA

Lopes<sup>3</sup> define o rádio assim: “meio de comunicação popular por excelência, onipresente no cotidiano de todos, presta-se a múltiplas funções e responde às mais variadas demandas”.

---

<sup>3</sup> Lopes é presidente da Intercom e professora da ECA-USP - Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo.

(LOPES In: DEL BIANCO; MOREIRA, 1999, p.9) Del Bianco e Moreira ainda ressaltam “que o rádio desempenha inúmeros papéis e funções, e entre os quais se destaca a capacidade de influenciar o comportamento das pessoas, criar novos hábitos de consumo.”(DEL BIANCO; MORREIRA, 1999,p.11).

Meliani (2000)<sup>4</sup> considera que o rádio é o veículo que possui o maior alcance junto à população de baixa renda e nas regiões pouco industrializadas. Frisa ainda que o rádio tenha um altíssimo índice de recepção porque liberta o ouvinte para outras atividades paralelas.

O escritor e educador popular Frei Betto vê uma diferença básica entre o rádio e a TV, que nos importa muito, pois se trata de um intelectual que dedica sua vida à tarefa de realizar educação e conscientização para camadas populares da população, justamente o público que mais precisa do trabalho de educação em saúde: “o rádio, por exemplo, é universal; pode-se ouvi-lo dirigindo, cozinhando, plantando, etc. A televisão, não. Ela exige uma atitude de submissão, provoca hipnose. Tenho de estar diante do aparelho.” (FREI BETO, 2002)

Gália (1999) resalta que o rádio pode se sintonizado em casa ou no carro. E com as novas tecnologias agora já é possível ouvir rádio no celular, no computador e em qualquer lugar que tenha acesso a *internet*.

Outros fatores que dizem respeito a esta capacidade do rádio em atingir e interferir no comportamento das pessoas é ressaltado nas citações abaixo:

Entre os meios de comunicação de massa, o rádio é, sem dúvida, o mais popular e o de maior alcance público, não só no Brasil como em todo o mundo, constituindo-se, muitas vezes, no único a levar a informação para populações de vastas regiões que não têm acesso a outros meios, seja por motivos geográficos, econômicos ou culturais. ‘Este status’ foi alcançado por dois fatores congregados: o primeiro, de natureza fiso-psicológica – o fato de ter o homem a capacidade de captar e reter a mensagem falada e sonora simultaneamente com a execução de outra atividade que não a receptiva; o outro, de natureza tecnológica – a descoberta do transistor. (BELTRÃO In: ORTRIWANO, 1985, p.78 e 79)

BELTRÃO In: ORTRIWANO (1985), Ainda resalta as seguintes vantagens do rádio sob outros meios de comunicação:

- O rádio fala e para ouvir receber a informação basta ouvir, o que é uma grande vantagem se comparada a jornais, revista, panfletos, cartazes e outros;
- Em termos geográficos o rádio é o que chega mais longe;
- menor complexidade tecnológica, o que permite a instalação e manutenção de estações com custo baixo; (BELTRÃO In: ORTRIWANO, 1985, p.78 e 79)

Beltrão in Ortriwano (1985) acrescenta neste mesmo artigo que o rádio tem o poder de envolver o ouvinte numa espécie de dialogo mental com o emissor, e que os recursos de sonoplastia permitem que as mensagens tenham nuances individualizadas de acordo com a expectativa de cada ouvinte. Destaca ainda que é uma grande vantagem o rádio não depender de fios e cabo, o que deixa a pessoa livre para ouvi-lo em casa, fábricas, carros, hospitais e outros.

A versão oficial diz que o rádio nasceu no século XIX, na Inglaterra, inventado por um italiano de nome Guglielmo Marconi, e rapidamente teve sua evolução e popularização mundo a fora. Porém alguns estudiosos afirmam que o rádio foi na verdade inventado no Brasil pelo Padre Landell de Moura, em 1893.

---

<sup>4</sup> Meliane é jornalista, Mestre em Ciências da Comunicação pela (ECA-USP), título obtido em 1995 com a dissertação "Rádios Livres. O Outro Lado da Voz do Brasil"; e pesquisadora de rádios comunitárias desde 1988.

A primeira emissora de rádio no Brasil foi criada por Roquete Pinto na cidade do Rio de Janeiro ainda na década de 1920. Roquete Pinto defendia que o rádio deveria ser colocado a serviço da cultura do País e da educação, inclusive para ajudar a reduzir os altos índices de analfabetismo da população. Nesta época, as rádios eram mantidas por seus sócios, pois eram sociedades ou clubes e a publicidade era proibida.

O ideal de Roquete Pinto perdurou até os anos de 1930, quando a legislação pertinente ao rádio foi alterada e passou a permitir os anúncios publicitários. Neste mesmo período, a programação educativa/cultural cedeu lugar aos programas voltados ao lazer e ao entretenimento: programas de auditórios, humorísticos, novelas e os famosos concursos de reis e rainhas do rádio.

Ortiz (1988) afirma que nos anos 40 e 50 o rádio era o veículo mais popular, porém grande parte da população não era atingida por causa do pouco número de aparelhos de rádio, que tinham um alto custo e o alcance limitado das ondas.

Na década de 1960 o rádio começa a perder prestígio e duas causas são apontadas como as principais: a popularização da TV e o baixo padrão tecnológico da rádio AM.

Nos anos de 1970 o governo militar realiza esforços no sentido de popularizar as rádios FM no Brasil, que até então não despertavam interesses dos empresários. A estratégia do governo foi distribuir concessões de rádios e estimular a indústria nacional a fabricar os receptores.

Com a consolidação da FM, houve uma reordenação da programação das rádios. As emissoras que transmitem em AM passaram a dedicar sua programação a programas de variedades e prestação de serviços e as FM ficaram com a programação voltada para as músicas. E daquela época até os dias de hoje pouca coisa mudou.

Segundo Del Bianco (1999), os critérios de distribuição de concessão de rádio levaram à divisão dos radiodifusores em dois segmentos: os empresários do negócio rádio e os políticos e pastores que exploram o rádio para autopromoção ou divulgação de credos.

Hoje temos inúmeras rádios instaladas nas grandes e médias cidades brasileiras. Temos também várias redes de rádios que operam em todo o território nacional com uma única programação, geralmente musical. Mas na maioria das estações de rádio, o que determina sua programação são as cotas publicitárias e não o interesse da população.

Nos próximo capítulo vamos nos ater ao fenômeno das rádios comunitárias e livres, conceituado uma e outra.

## **5. RÁDIO COMUNITÁRIA: FINALIDADE E IMPORTÂNCIA**

“Disputar em cada frequência  
Um espaço nosso nessa decadência”

LUIZ SCHIAVON e PAULO RICARDO

A lei que institui as rádios comunitárias foi assinada em 19 de fevereiro de 1998, depois de décadas de reivindicações dos setores populares no Brasil. No entanto, a história das rádios livres e comunitárias remonta o início do século XX.

O rádio inventado por Guglielmo teve a primeira transmissão realizada na Inglaterra em 1896.

Com o início da 1ª Guerra Mundial o rádio tem um vertiginoso desenvolvimento, inicialmente como aparelho de guerra, pois possibilitava a comunicação entre as frotas e frentes de batalha. Com o fim da guerra, teve início a exploração comercial de aparelhos para montar as emissoras e os aparelhos receptores, tendo à frente uma empresa norte-americana. A invenção logo se espalhou pelo mundo.

Em pouco tempo os governos perceberem a extraordinária força de persuasão política das emissoras de rádio e passaram a regulamentar o direito de exploração das ondas sonoras.

O monopólio da concessão de direito de montagem de rádios é assegurado ao estado, que então decide se explora pessoalmente as emissoras de rádio ou passa este direito à iniciativa privada. No Brasil e em várias partes do mundo prevalece o sistema misto entre a exploração por iniciativa do estado e por empresas privadas.

Com a decisão do estado de regulamentar as rádios e decidir quem tem direito a expressão pública através das ondas sonoras, nasce o embrião das rádios livres e comunitárias - primeiramente chamadas de “sem autorização.”

Cria-se assim a figura da "voz oficial", separando o emissor do receptor, isto é, só podem ser emissores da comunicação social aqueles que atendem a condição de autorizados e que são reconhecidos legalmente. Essa característica de controle vai determinar que a radiodifusão passe a se comportar apenas como canal de distribuição de informação, numa difusão para as massas, revertendo a função principal da comunicação, que é a existência de uma relação dinâmica entre emissor e receptor, como aponta Enzensberger.(MELIANE, 1995)

Rapidamente as rádios não autorizadas se espalham por todas as partes do mundo, organizadas com as mais diferentes intenções.

Alguns exemplos são importantes para destacar a pluralidade das rádios nas mais diferentes regiões do mundo. Os exemplos também são importantes para demonstrar a força e o papel desempenhado por estas rádios na história recente dos homens e suas mais diversas lutas.

São estes os exemplos:

1. Nos anos de 1920, nos Estados Unidos, surgem as primeiras rádios não autorizadas, ligadas ao movimento sindical.

2. Na América Latina, uma das experiências mais significativas ocorreu a partir de 1948 com a instalação das rádios mineiras ligadas ao sindicato dos trabalhadores mineiros da Bolívia e outra rádio, também na Bolívia, que se opunha às rádios mineiras, por ver nelas a influência dos comunistas. Esta era a rádio P XII, ligada à igreja católica. Em 1965 o governo boliviano destrói todas as rádios não autorizadas, deixando apenas a rádio P XII, que, no entanto, passa a incorporar um discurso cristão de defesa do homem e acaba tendo uma grande influência na formulação da Teologia da Libertação<sup>5</sup>.

3. Em Cuba, por volta de 1958, é organizada a rádio rebelde, pelos revolucionários em luta contra a ditadura. Entre eles dois personagens importantes da história política do século XX: Che Guevara e Fidel Castro.

---

<sup>5</sup> A Teologia da Libertação é a teologia que nasceu na América latina. Tem fortes ligações com as populações pobres e marginalizadas. Foi um dos pensamentos filosóficos e religiosos mais influentes do século XX e influenciou inúmeros pensadores católicos e sociais ao redor do mundo. Inclusive desencadeando ondas de violência contra seus defensores, pois pela primeira vez na história unia o cristianismo aos princípios marxistas, isso em benefício de um trabalho organizativo dos povos oprimidos pelo capital. Tudo isso ocorrendo em plena era da guerra fria, que dividia o mundo entre capitalistas e socialistas, norte-americanos e soviéticos.

4. Em toda Europa eram organizadas rádios não autorizadas com a finalidade de fazer propaganda política sobre esta ou aquela posição ideológica. Muitas vezes estas rádios eram organizadas fora dos estados aos quais destinavam suas transmissões. Uma das mais famosas rádios com este perfil foi a rádio Espanha Independente, que transmitia inicialmente de Moscou, depois da Romênia. A rádio transmitiu até 1976, quando foi desativada.

5. No Brasil, a primeira transmissão não autorizada de que se tem registro ocorreu no Rio Grande do Sul em 1933, apenas 10 anos após a primeira transmissão oficial<sup>6</sup>, e 9 anos após a criação da primeira estação de rádio do Brasil.

O conceito de rádio pirata nasceu na Inglaterra e inicialmente tinha a proposta de combater o monopólio estatal das comunicações. Estas rádios eram organizadas por jovens inconformados com a programação elitista das rádios inglesas. O termo pirata era pelo fato de as rádios serem montadas em navios ancorados em águas internacionais e assim ficando livres de cumprir as leis nacionais da Inglaterra.

A programação era de músicas jovens, o nascente *rock in roll* e publicidade de multinacionais norte-americanas.

Este modelo de rádios não autorizadas espalhou-se pela Europa rapidamente, impulsionado pelo estímulo financeiro de empresas multinacionais, principalmente norte-americanas, que tinham interesse em vender seus produtos na Europa.

O conceito de rádios livres nasceu na Itália no final dos anos 60 com a instalação de várias rádios por estudantes universitários. Logo em seguida ganhou impulso na França, no bojo de inúmeras manifestações estudantis que, entre outras coisas, pretendiam transformar completamente o mundo e as relações humanas. Não conseguiram atingir todos os seus objetivos, mas como herança de “maio de 68” sobraram inúmeras rádios livres.

Estes novos conceitos de rádios não autorizadas espalharam-se por todo o mundo.

Em 1971, em plena ditadura militar no Brasil, no estado do Espírito Santos acontece a primeira transmissão de rádio com o perfil de rádio livre. Na verdade, os idealizadores da transmissão só a fizeram pela curiosidade, mas o governo os tratou como revolucionários interessados na derrubada do estado.

Enquanto movimento, as rádios livres nasceram no Brasil em 1982 na cidade de Sorocaba, estado de São Paulo. Montou-se, inclusive, o conselho de rádios clandestinas de Sorocaba, com a finalidade de regulamentar e disciplinar as rádios, que estavam em tão grande número que atrapalhavam umas as outras.

Também em São Paulo, no ano de 1985, nasce a Rádio Xilik, organizada por estudantes da PUC-SP. Nesta época, a maioria das rádios livres eram organizados por estudantes universitários e militantes políticos de partidos de esquerda, principalmente do Partido dos Trabalhadores. São montadas rádios livres também nos campos universitários da USP, UNICAMP, PUC-SP, UFSC e outras.

Em 1989 é organizado o Primeiro Encontro Nacional de Rádios Livres, na Universidade de São Paulo. Ficou definido que "rádios livres são aquelas que vão ao ar sem pedir autorização a quem quer que seja".

---

<sup>6</sup> A primeira transmissão de rádio no Brasil aconteceu em 20 de abril de 1923, transmitida do alto do Corcovado no Rio de Janeiro. A audiência foi garantida com a importação de 80 aparelhos de recepção e espalhados pela cidade.

"Isso mesmo, não vamos ficar aqui pedindo licença para usar aquilo que sempre foi nosso. O direito de falar" (FANZINE: SINAL DE FUMAÇA. In: MELIANE, 1995).<sup>7</sup>

Meliane (1995), em sua dissertação de mestrado **Rádios Livres, O outro lado da voz do Brasil**<sup>8</sup>, ressalta que é preciso ter critérios para classificar uma rádio comunitária ou livre, pois não é o fato de ter sua sede num bairro que a torna comunitária, mas sim o fato de a programação ser feita pela comunidade.

Guatarri e Rolnik (1986) acrescentam:

A rádio livre é uma utilização inteiramente diferente da mídia rádio. Não se trata de fazer como a rádio dominante - nem melhor, nem na mesma direção, que a rádio dominante. Trata-se de encontrar um outro uso, uma outra relação de escuta, uma forma de feedback e de fazer falar línguas menores. Trata-se ainda de promover um certo tipo de criação que não poderia acontecer em nenhum outro lugar.

Atualmente existem inúmeras rádios livres, comunitárias ou simplesmente clandestinas operando no País e a cada dia este número aumenta, isso sem contabilizar o fenômeno das web rádios, ou seja, estações de rádio que transmitem via *internet*. Meliane (1995) fez um levantamento de 50 emissoras livres e comunitárias, de 1994 a 1995, e constatou o seguinte: "44% têm caráter religioso/evangélico, 24% comercial/musical, 24% cultural e 8% não foram identificadas. Do total, 68% têm fins lucrativos, 24% são sem fins lucrativos e 8% não foram identificadas."

No entender de Meliane (1995), o que define uma rádio comunitária são os objetivos que persegue: "democratizar a palavra que está muito concentrada em muito poucas bocas e em muito poucas mãos para que nossa sociedade seja mais democrática." E acrescenta sua defesa das rádios comunitárias dizendo que elas poderão ser o braço mais importante da comunicação social, isso desde que cumpra com seus desígnios constitucionais e trabalhe na perspectiva de dar voz a comunidade. Um perigo que ela aponta é a desvirtuação da programação, coisa bastante comum hoje. Algumas rádios comunitárias nem mesmo estão se identificando como tal. Usam os baixos apenas com ponto de referência geográfica e mantêm uma programação idêntica a de qualquer rádio comercial. (MELIANE, 2000) acrescenta que a razão da existência de tantas rádios e com tantos propósitos distintos é a mesma: falta de espaço nos meios de comunicação para se expressar com liberdade as diferentes opiniões da sociedade. E ainda ressalva que esta falta de espaço é causada pelo oligopólio das grandes emissoras comerciais.

Este breve relato sobre as rádios comunitárias não pretende aprofundar uma série de questões, mesmos de fatos históricos e conceituais, pois é apenas uma introdução ao assunto para os profissionais de saúde. No entanto, ainda é necessário ressaltar que muito militantes e defensores das rádios comunitárias não vêem possibilidade de cumprir a lei. Alegam que a Lei 9.612/98 foi feita para impossibilitar a instalação das rádios.

---

<sup>7</sup> Neste sentido a constituição brasileira promulgada em 1988 dá razão aos grupos do Fazine Sinal de Fumaça: "É livre a expressão da atividade intelectual artística, científica e de comunicação, independente de censura ou licença". ((Item IX, Art. 5º) Constituição Brasileira, 1988, p. 36). A declaração dos direitos do homem, da ONU, em seu artigo XIX também confere razão aos fazineiros e defensores das rádios livres: "Todo homem tem direito à liberdade de expressão. Esse direito inclui a liberdade de receber e transmitir informações e idéias por quaisquer meios, sem interferências e independentemente de fronteiras." (DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM, citado por MACHADO; MAGRI; MASAGÃO, 1986, p. 7)

<sup>8</sup> Dissertação apresentada e defendida em 26 de abril de 1995 ao Departamento de Jornalismo e Editoração da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Comunicação, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rocha.



Prado (2003), presidente da ABRAÇO/BA<sup>9</sup>, em seminário de Rádios Comunitárias realizado em Curitiba nos dias 6 e 7 de dezembro de 2003, afirmou: “As rádios comunitárias só estão no ar porque desobedece a lei.”<sup>10</sup>

Num dos períodos mais tristes e lamentáveis da humanidade, quando o nazismo e o fascismo eram as formas de políticas dominantes na Europa, alguém disse que uma mentira muitas vezes repetida torna-se verdade. Isto é um fato. Então pode se supor que uma “verdade” repetida muitas vezes é capaz de colaborar com a conscientização da população. Ao propormos programas de educação em saúde via rádio, esperamos contribuir com a percepção do Usuário/Ouvinte quanto a seus conhecimentos e hábitos de saúde.

O rádio oferece capacidade técnica de fazer uma observação do profissional de saúde ser repetida muitas e muitas vezes e chegar a um número muito grande de pessoas ao mesmo tempo, coisa que não conseguiremos em anos de atuação nas instituições de saúde.

Dentro da mídia rádio, ainda há o fenômeno das rádios comunitárias e das rádios livres, que entendemos ser ideais para serem utilizadas em trabalhos de Educação Popular em Saúde.

Como demonstra a nossa pesquisa, existe uma enorme diversidade de propósitos entre os organizadores de rádios comunitárias e rádios livres. O que é um problema a ser enfrentado pelo profissional que se dispõe a utilizar uma destas rádios para desenvolver educação em saúde, porém a lei é clara com relação a isso: as rádios comunitárias não podem ter um dono ou finalidade de lucro financeiro e ainda é vedado o proselitismo religioso e político. No momento, o que impera é o vale tudo, até porque o estado alterna momentos de repressão violenta às rádios comunitárias com falta de disciplina em organizar, regulamentar e fiscalizar o setor. No entanto, onde as rádios funcionam em estreita relação com as comunidades, as vantagens organizativas são visíveis, e vão desde uma relação privilegiada entre os seus moradores e as autoridades municipais, até a uma melhor qualidade de vida e organização do espaço geográfico do bairro.

Mesmo com toda sorte de propósitos dos “proprietários” das rádios comunitárias, é difícil acreditar que seja negado espaço a um profissional de saúde. Principalmente se este profissional estiver trabalhando em uma unidade de saúde que tenha uma rádio comunitária em sua área de abrangência. E não é incoerente utilizar este espaço para realizar trabalhos de educação em saúde, mesmo se falando em utilizar parte do horário de atividade profissional para preparar e realizar este programa – que poderá ser realizado em parceria com os Conselhos Locais de Saúde, por exemplo.

O Brasil possui uma estrutura de comunicação enorme que atinge praticamente todos os municípios do território nacional, com um potencial educativo e cultural gigantesco, mas que infelizmente é extremamente mal aproveitado, seja pelo baixo compromisso social dos empresários do setor, seja por descaso das autoridades administrativas da República ou mesmo pela pouca compreensão do potencial destes meios pela sociedade civil organizada.

---

<sup>9</sup> ABRAÇO: Associação Brasileira de Rádios Comunitárias, SEÇÃO Bahia.

<sup>10</sup> Correspondência eletrônica do autor (15 de janeiro de 2004). Contendo o seguinte conteúdo: ... desculpa não ter respondido antes... Quanto à frase, pode usar à vontade. Os argumentos se encontram na própria lei: como é que iriam funcionar com 1 km de raio? Sem patrocínio? e outras coisas que agora infelizmente não vou ter condições de lhe enviar. Abraço e sucesso no seu trabalho. Dito” [Benedito Ballio Prado].

De qualquer forma, as rádios, sejam comunitárias, livres ou clandestinas, e ainda algumas rádios comerciais, podem e devem ser usadas no trabalho de conscientização da população sobre cuidados e autocuidados de saúde. E como qualquer instituição social só vai funcionar bem e dentro dos propósitos para os quais foi criada se a maioria das pessoas que a utilizarem não se fizerem omissas a assumirem efetivamente seu papel fundamental de cidadão, fiscalizando, denunciando e ajudando a corrigir eventuais equívocos e distorções.

### 3º PARTE

#### 1. O EXEMPLO COMO PRODUZIR UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O RÁDIO

“É preciso amar as pessoas com se não houvesse amanhã,  
porque se você parar para pensar, na verdade não há”

**Renato Russo**

A primeira coisa, a saber, é que educação em saúde é mais do que uma obrigação dos serviços de atenção básica de saúde. Se encarar as atividades de educação em saúde como um dever imposto pela secretaria estadual ou municipal de saúde, nada que fizer nesta área vai conseguir atingir a população de maneira eficaz. Portanto, é preciso encarar a educação em saúde como ela realmente é, ou seja, a protagonista do serviço de atenção básica em saúde.

É através das atividades de educação em saúde que se pode fazer a diferença para os usuários do serviço.

É preciso aproveitar todos os momentos – e todas as atividades podem e devem ser encaradas como um momento de exercitar Educação em Saúde. Mesmo aplicar uma injeção intramuscular de um antiinflamatório qualquer pode ser encarado como um momento de se fazer educação em saúde. Pois essa atividade é mais do que uma ação, é uma disponibilidade, é um modo de ser e ver a saúde. Em outras palavras, educação em saúde é uma postura do profissional. Mas essa postura tão fundamental nos serviços de atenção básica de saúde e, especialmente do PSF ainda não é a protagonista do serviço.

Pois bem, quando se entende educação em saúde e o serviço de atenção básica, especialmente o PSF como sendo essencialmente educação em saúde, não terá dificuldade em aproveitar os meios de comunicação para essa prática, pois os mesmos são apenas ferramentas.

Muito se estuda na saúde, especialmente a Enfermagem, sobre comunicação, mas pouco se estuda sobre os meios de comunicação. Quando muito os meios de comunicação, especialmente, jornais, revistas, rádios e TV, aparecem como um símbolo da manipulação e interesses capitalistas das elites econômicas e culturais contra a população eternamente explorada. Não que não seja exatamente isso, pois essa visão estereotipada representa muito do que são essas mídias, mas não é só isso: existe um lado que pode e deve ser bem usado para incentivar a transformação social. Especialmente nas cidades do interior e nas chamadas mídias alternativas: jornais de bairro, páginas na internet, boletins da Secretaria Municipal de Saúde, TVs comunitárias e Especialmente Rádios Livres e Rádios Comunitárias.

Os profissionais de saúde que trabalham em atenção básica estão acostumados a organizar reuniões com a comunidade para falar de hipertensão, diabetes, aleitamento materno entre outros assuntos. Também é comum utilizar cartazes, fotos, fazer visitas para passar sua mensagem. Incorporar a mídia rádio é apenas utilizar mais uma alternativa de fazer sua mensagem chegar até o usuário.

É comum nas reuniões poucos usuários comparecerem para ouvir sobre os riscos e benefícios de ter cuidados com sua saúde. Realizam-se reuniões com a perspectiva de ter 20, 30 usuários e aparecem 10, 15, quando não menos que isso. Algumas vezes isso acontece por-

que o usuário não se lembra, ou o evento não foi suficientemente divulgado ou não atraiu a atenção necessária do público alvo ou mesmo porque o horário ou o dia não era propício para tal. O fato é que menos pessoas do que julgamos necessário se mobilizam para participar de eventos direcionados exclusivamente à educação em saúde. Isso reforça nossa opinião de que todo e qualquer momento deva ser aproveitado para tal prática, pois se perdemos o momento de verificar uma pressão ou de fazer um curativo para sensibilizar o usuário sobre aspectos educativos, pode ser que não tenhamos outra chance de atingi-lo.

O rádio tem algumas características interessantes: pode ser ouvido em qualquer lugar e mesmo durante outras atividades e ainda assim transmitir sua mensagem ao ser captado até mesmo inconscientemente. O que torna essa mídia especialmente interessante para prática de educação em saúde.

Com o rádio, a mensagem que seria passada na reunião de 10 pessoas passará a ser ouvida por centenas de pessoas ou mais, a depender da audiência. E de verdade, ao contrário do que possa parecer, poucos ajustes precisam ser feito do discurso presencial para o discurso radiofônico.

Antes de passarmos a descrever a experiência de ser fazer educação em saúde no rádio, quero ressaltar que essa prática não pode nem deve substituir as outras práticas educativas do dia-a-dia do serviço. A educação em saúde através das ondas radiofônicas deve se alimentar das necessidades e realidades cotidianas do serviço e dos usuários e ser complementar às demais atividades educativas.

Outra coisa importante de se lembrar: não cair nas fórmulas fáceis e estereis de se agradar o ouvinte a qualquer custo e, sobretudo, os demais colegas do serviço ou gestores. Ou seja, ficar dando receitas de uma vida saudável. É preciso utilizar toda gama do conceito ampliado de saúde do SUS para que as atividades de educação em saúde surtam algum efeito na organização da comunidade e possa realmente intervir na realidade que se espera transformar. O que quer dizer, para simplificar, que a educação em saúde deve ser um recurso executado para atingir um objetivo. Acreditamos que o objetivo final de todo e qualquer atividade educativa deva ser auxiliar na construção da autonomia do usuário do SUS. Desta forma ele poderá construir seu processo de saúde. Portanto, o rádio, como instrumento educativo do serviço de saúde, não deve ser utilizado para impor regras ou dar informações pontuais e instrumentais para melhorar um aspecto isolado, não pelo menos num projeto de educação Popular em saúde, pois esse trabalho pontual, que algumas vezes causa desinformação, já é feito pela mídia tradicional. O que estamos propondo não é um programa de rádio com conteúdo de saúde, mas sim um programa de saúde via rádio, e isso faz muita diferença..

Educação em saúde deve ser mais do que instruções normativas de como evitar uma infecção ou como manter o diabetes sobre controle. Saúde é cidadania e para se ter cidadania é preciso ter conhecimento, sobretudo de direitos e deveres, e isso deve ser refletido num projeto de educação popular em saúde, ainda mais se atingir um público mais amplo do que o do dia-a-dia do serviço.

## 2. ALGUMAS EXPERIÊNCIAS DE PROGRAMAS DE RÁDIO SOBRE SAÚDE

“os negros apresentam suas armas  
as costas marcadas, as mãos calejadas  
e a esperteza que só tem quem tá  
cansado de apanhar”

HEBERT VIANA

Passaremos agora a citar algumas experiências de utilização de rádios para viabilizar programas com informação de saúde. Desses programas, tomamos conhecimento ainda na época da faculdade, logo depois de iniciar nosso projeto e os utilizamos como referência do que poderia ser feito. Porém nenhum serviu de base para nossa experiência acadêmica, uma vez que já tínhamos definido o formato de nosso programa quando descobrimos esses projetos.

Uma das duas experiências de programas de rádios, produzida por profissionais de saúde que conhecemos, e que se aproximava muito do que pretendíamos fazer, foi realizada em Guarabira, interior da Paraíba, onde o médico Eymard Mourão Vasconcelos, e sua esposa Nelsina, também da área médica, realizaram durante 3 anos, de 1979 a 1982, um programa semanal de orientação sobre saúde. O programa chamava-se “A Hora da Saúde”. Eram 30 minutos semanais, gravados um dia antes, e ia ao ar nas tardes de sábado. O programa era um dos líderes de audiência na região e só deixou de existir por pressão de políticos ligados ao governo militar de então, que não aceitavam a postura dos dois profissionais que viam nos problemas sócios-culturais-políticos e financeiros as raízes da problemática de saúde da região. Além disso, também fazia parte de uma organização de direitos humanos ligados a igreja católica, que não era bem vista na região, e apoiavam as nascentes organizações populares.

As orientações realizadas pelos dois médicos partiam sempre de um problema real, como a verminose, por exemplo, para discutir as causas da doença e as suas soluções. A estrutura conceitual do programa seguia as experiências de programas de rádios tradicionais, que já tinham mostrado boa penetração entre a população.

No livro: *A medicina e o pobre*, de Vasconcelos, toda uma experiência de medicina comunitária é descrita e entre elas o programa de rádio “A Hora da Saúde”. Nas palavras do autor:

É impressionante a penetração do rádio no cotidiano da vida das famílias rurais e das periferias das cidades. (...) E não é difícil para um profissional de saúde conseguir um espaço na programação das rádios do interior. (VASCONCELOS, 1987. p.194)

Apesar de mais de 20 anos separar esta afirmação dos dias de hoje, vemos que a situação não é muito diferente. As rádios no interior, e hoje há mais cidades com rádios no interior, ainda têm espaços à disposição dos profissionais de saúde. O que está faltando são profissionais de saúde que se dispõem a fazer este trabalho.

Essa afirmação é corroborada por nossa atuação na cidade de Rio Negro e também em outras experiências de rádios comunitárias na região de Curitiba.

Embora na faculdade não tivéssemos utilizado nenhum modelo aqui exposto para elaborar nosso programa de rádio, o programa A Hora da Saúde influenciou muito na hora de reformular o programa Saúde Comunitária para versão de 30 minutos ao vivo na cidade de Rio Negro e algumas experiências utilizadas com sucesso em Garabira foram utilizadas em Rio Negro.

A outra experiência de programa de rádio comandado por profissionais de saúde vem do Ceará. Mais especificamente da Universidade Federal do Ceará.

No período de 2000 a 2002, os acadêmicos do curso de medicina da UFC – Universidade Federal do Ceará idealizaram e conduziram um projeto de extensão universitária denominado PESCO: Projeto de Extensão em Saúde Comunitária, que conduzia um programa de nome “Saúde no dia-a-dia”, que ia ao ar todo sábado na rádio comunitária Brisa do Mar, na comunidade de Pirambu, em Fortaleza, Ceará.

Do estatuto do PESCO extraímos algumas explicações sobre o projeto, porém não há maiores detalhes na página da internet dos acadêmicos. O que se sabe é que o projeto se pretendia permanente, porém a atualização mais recente é de abril de 2001:

O PESCO tem como objetivo inicial desenvolver um trabalho de educação em saúde comunitária vinculada ao Projeto 4 Varas, no Bairro Pirambu. O PESCO é baseado em um programa de rádio e reuniões semanais. (...) O programa de rádio (envolvendo noções de saúde básica) terá como intuito passar noções básicas de saúde, visando melhorar as condições de vida da comunidade do Pirambu. As reuniões servirão para discussão dos assuntos a serem explanados nas apresentações semanais da rádio comunitária ( FM 90.7, Brisa do Mar ). (PESCO, 200)

Nesta experiência, os acadêmicos de medicina, pelo menos nos 15 programas analisados, não fazem nenhuma ligação entre a situação social da população e a instalação das doenças, limitando-se a realizar uma boa interação formal com o ouvinte através dos textos previamente preparados, as rádios novelas e as perguntas e respostas sobre determinadas doenças. Entre as informações tocam músicas.

A terceira experiência é a mais recente, e a que, na forma, mais se aproxima do trabalho que realizamos na faculdade. Chama-se “Plantão Saúde” e é realizada por uma empresa de projetos especiais em comunicação<sup>1</sup>, a OBORÉ. Os programas tiveram início em julho de 1999. Divulgam entrevistas de pesquisadores, médicos e especialistas que tratam de assuntos como piolho, sarna, tuberculose, dengue, AIDS, amamentação, parasitoses, febre amarela. Os programas atingem diretamente pequenos municípios do interior do Brasil - mais especificamente a área rural do nordeste, norte, centro-oeste e parte das regiões sudeste e sul. Os programas são repassados em CD ou fitas cassetes ou ainda baixados pela internet, sem custo para as rádios que se cadastram na página da empresa na internet, comprometendo-se a divulgar os programas. Em 2004 eram 614 emissoras transmitindo os programas em todo o Brasil. Cada programa “Plantão Saúde” tem 8 minutos de duração, com um intervalo para publicidade local, neste intervalo também é acrescentado o patrocinador da OBORÉ, que provavelmente arca com as despesas do programa.

### **3. A NOSSA EXPERIÊNCIA EM PRODUZIR PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O RADIO**

...Eu sei bem, quebro a corrente, e onde passo planto a minha semente.  
Gafanhotos nunca tomam de quem tem, predadores senhores que mentem.  
Esperem sentados a rendição, nossa vitória não será por acidente.

MARCELO D2 e B NEGÃO

---

<sup>1</sup> OBORÉ Projetos especiais em Comunicação e Arte. A OBORÉ é uma empresa prestadora de serviços que desde 1978 atua com comunicação popular. Presta serviços de comunicação: na área da imprensa sindical, fazendo jornais, boletins, revistas, campanhas e consultoria de planejamento de comunicação para sindicatos de trabalhadores urbanos. Há sete anos, passou a desenvolver projetos de comunicação para trabalhadores rurais, entidades populares com rádio.

Em 2004, durante a confecção do trabalho de Conclusão de Curso na graduação de Enfermagem, desenvolvida na cidade de Curitiba, defendemos um trabalho de educação em saúde que tinha como foco principal a utilização de rádios comunitárias e rádios livres. Na época desenvolvemos um programa de áudio para rádio chamado “Saúde Comunitária”. Este Programa foi produzido na Secretaria de Comunicação Social da prefeitura de Curitiba e distribuído gratuitamente para aproximadamente 10 estações de rádios comunitárias e livres dos estados de Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Minas Gerais e Sergipe. As despesas foram bancadas por seus realizadores, pela Faculdade e pelo Centro Acadêmico de Enfermagem Lays Neto do Reis, da PUC Paraná<sup>2</sup>. Os recursos foram em dinheiro, no caso do Centro Acadêmico e de seus Realizadores ou em serviços, como no caso da PUC e Prefeitura de Curitiba, que forneceu o Estúdio e os profissionais para gravação das 16 edições do programa.

O Programa Saúde Comunitária realizado durante a graduação tinha entre 3 e 8 minutos de duração e era distribuído em CD para as rádios interessadas em veiculá-lo.

As gravações foram realizadas no estúdio de áudio da Prefeitura Municipal de Curitiba, localizado nas dependências da Secretaria de Comunicação Social. Para tanto utilizamos os recursos materiais e humanos disponíveis, bem como o respaldo técnico da equipe da prefeitura. As gravações dos programas realizaram-se em maio e junho de 2004 e tiveram a colaboração e gravação de quatro programas pelo locutor de rádio profissional Sr. Boris Musialowski, um contou com a colaboração de Cirlei Aparecida Correa, quatro foram gravados por Raquel Rosenau, ambas auxiliares de enfermagem do Hospital Universitário Cajuru, os outros seis programas contaram com a voz da acadêmica de enfermagem da UFPR Milena Pessoa. A abertura foi realizada por Geraldo Isganzella. E o técnico de gravação e edição foi Paulo Sergio Schionato. À medida que eram realizadas as gravações, foram ocorrendo novas alterações no texto, no sentido de melhorar a regência e pronúncias das frases, com o intuito de melhorar a interpretação do texto pelo ouvinte. As alterações nos textos, no sentido de aprimorá-los só terminaram na edição final do material gravado.

A intenção era realizar, no futuro, os programas por séries específicas. Cada série teria um número determinado de assuntos, decididos conforme as necessidades da comunidade e também da maior abrangência possível do assunto.

Exemplo: série sobre direitos dos usuários do SUS; Série sobre alimentação saudável e outras.

Realizamos os programas pensando nas seguintes possibilidades, que acreditávamos ser as apropriadas:

- Cada programa poderia ser apresentado mais de uma vez e em horários diferentes, conforme a conveniência da programação da rádio;
- Alguns programas seriam direcionados a localidades específicas e outros seriam generalizados para servir a mais de uma localidade;
- Cada rádio ou localidade poderia solicitar os programas ou a série de programa que melhor adequasse a seus ouvintes;

---

<sup>2</sup> Atualmente o Centro Acadêmico de Enfermagem da PUCPR passou a chamar “Centro Acadêmico de Enfermagem Alice Michau”

- Poderiam também ser desenvolvidos programas específicos a um problema enfrentado em determinada comunidade, conforme a solicitação dos moradores ou das rádios. Para tanto seria necessários realizar pesquisas direcionadas a estas regiões e determinar os problemas e/ou assuntos específicos;

Na faculdade desenvolvemos os programas sem direcioná-los a uma localidade específica, mesmo que pensado para um problema detectado em determinada região. Neste caso foi feito o programa a partir do problema local, mas direcionando o debate para ser utilizado em outras localidades que enfrentam os mesmos problemas;

Como era um projeto acadêmico desenvolvemos de forma a ser uma demonstração de suas possibilidades, para tanto fizemos uma compilação de vários assuntos relacionados à saúde do cidadão, pois entendíamos que naquele momento o ideal era abranger uma gama variada de assuntos, e assim demonstrar as potencialidades educativas do programa e também nossa temática e o modo de abordá-la.

A forma do programa ficou assim:

- Cada programa tinha duração de 3 a 8 minutos, dependendo do tema a ser abordado.
- Não havia intervalo.
- Narração pausada sem fundo musical.
- O programa tinha uma forma bem simples: abertura/identificação do programa, seguido do nome do apoiador cultural. O próximo era o corpo do programa e por fim o encerramento com um texto padrão.
- Os nossos programas foram narrados por um Locutor profissional, uma acadêmica de Enfermagem e duas auxiliares de Enfermagem.

A escolha dos narradores se deu pelos seguintes critérios:

- Ter uma boa comunicação.
- Ser da Enfermagem.

No estúdio escolhemos realizar alguns programas com um locutor profissional para demonstrar o contraste entre a narração de um profissional da comunicação e os profissionais da Enfermagem. A escolha das pessoas para interpretar os textos serviu também a duas mensagens subliminares:

1. Rádio é simples de fazer, não exigindo grandes preparos.
2. Saúde é um tema que diz respeito a todos e por isso todos podem e devem contribuir.

Outro dado que deve ficar bem claro é que em momento nenhum pretendíamos atingir a perfeição estética de um produto profissional, pois desta maneira estaríamos passando a mensagem inversa à desejada, ou seja: fazer rádio é difícil e exige muito preparo.

O texto de abertura do programa era:

Está entrando no ar:  
Saúde Comunitária.  
O seu programa de saúde e cidadania.  
Apoio Cultural:  
Centro Acadêmico da PUC Paraná.



E o texto de encerramento era:

Você ouviu:  
Saúde Comunitária.  
O seu programa de saúde e cidadania.  
Obrigado pela sua audiência e até o próximo programa.

#### 4. DESENVOLVIMENTO DOS PROGRAMAS

“A favela é a nova senzala, correntes da velha tribo  
E a sala é a nova cela, prisioneiros nas grades do vídeo  
E se o sol ainda nasce quadrado, a gente ainda paga por isso”

LOBÃO e BERNARDO VILHENA

Cada tema escolhido para ser desenvolvido no programa acadêmico teve como base problemas detectados por meio de um diagnóstico situacional, tendo com foco o bairro Boqueirão em Curitiba e a cidade de Fazenda Rio Grande, na Região Metropolitana de Curitiba.

Optamos por dar prioridade a temas que fossem de caráter mais abrangente. Desta forma os temas ficaram divididos da seguinte maneira:

1. O programa de abertura foi uma definição do que é saúde.
2. Os programas dois e três continuaram debatendo o que é saúde, mas sobre a ótica da importância da alimentação para se manter a saúde.
3. Os programas quatro, cinco, seis e sete discutiam as medicações, sendo um programa sobre automedicação, um sobre crenças e credices e dois sobre medicações caseiras, pois detectamos em pesquisa que esse assunto era de grande interesse das pessoas.
4. O programa oito foi sobre doenças infecciosas, e o nove era sobre febre, o programa onze foi sobre tabagismo. Os três programas fecham o debate sobre doenças relacionadas com o aparelho respiratório.
5. O programa dez foi sobre alcoolismo, que é um problema de caráter universal, atingindo cidades pequenas e grandes e também todas as classes sociais, além de estarem relacionados com diversas doenças, como doenças hepáticas, cardíacas, respiratórias e neurológicas.
6. Os programas doze e treze debateram os benefícios e os maléficos do trabalho.
7. O programa quatorze foi sobre violência. Este programa foi desenvolvido para um problema especificamente detectado em Fazenda Rio Grande, mas que é sabidamente um problema extensivo às cidades grandes e médias.
8. O programa quinze foi sobre gravidez na adolescência, que é um problema que atinge intensamente as cidades grandes e pequenas.
9. O programa dezesseis foi sobre os direitos dos usuários do SUS.

Cada programa foi escrito tendo um texto base simplificado e posteriormente foram acrescentadas diferentes abordagens sobre o impacto de novas referências.

A idéia geral dos textos para os programas era aproveitar discussões que já estivessem sendo feitas na sociedade, sejam em livros, jornais, revistas, internet, conferências e adaptar

para o debate no rádio, tendo o cuidado de adaptar a linguagem, pois um texto para leitura é diferente de um texto para ser lido.

Esse programa, embora sendo apenas uma experiência, atingiu grande êxito e possibilitou que outras experiências fossem realizadas já na vida profissional.

## 5. A EXPERIÊNCIA NA CIDADE DE RIO NEGRO – MS

“Um homem pode se afobar  
E pegar o caminho errado  
Homem que é homem volta atrás  
Mas não se arrepende de nada  
Sabe que a vida é pra lutar  
Contra um dragão invisível  
Que mata os sonhos mais banais  
Que acha que é tudo impossível”

CAZUZA e LAURA FINOCCHIARO

Em 2005 teve início a segunda fase do programa Saúde Comunitária, desta vez na cidade de Rio Negro, interior de Mato Grosso do Sul.

Ao iniciar trabalho no PSF – Programa de Saúde da Família da área urbana e tendo a cidade uma rádio comunitária, teve início também o projeto de educação em saúde nas ondas do rádio. Inicialmente foi apresentado às 16 horas nas terças-feiras e tinha 10 minutos de duração. Era apresentado por mim, Enfermeiro, pelo Agente Comunitário de Saúde e pelo Auxiliar de Enfermagem.

A intenção, nesta fase, era aproveitar a experiência do projeto acadêmico, Saúde Comunitária, mas desta vez o programa era ao vivo e com mais vozes.

O curioso desta fase inicial foi que ninguém achou que isso não era função da Equipe de Saúde da Família e não houve medo da experiência nova. Todos os envolvidos aceitaram a proposta sem dificuldade ou precisar gastar tempo com longas argumentações. A única consideração que fizeram é que o horário não era bom: terça-feira à tarde, o que realmente era verdade.

Neste horário fizemos o programa por aproximadamente 60 dias. Tinha duração de 10 minutos e era uma versão ao vivo da experiência do programa gravado em Curitiba. Mesmo sendo uma cópia do projeto de faculdade, houve espaço para incorporar as demandas e exemplos do dia-a-dia. Assim nasceu uma das edições mais comentadas, ou seja, um programa sobre a solidão, tendo como exemplo as queixas de uma usuária.

Com o rearranjo das atividades da equipe de saúde da família e também a empolgação da equipe que conduzia o programa, passamos a realizá-lo nas sextas-feiras com duração de 30 minutos.

Nas sextas-feiras, o programa iniciava às 10h30min da manhã, ou seja, no horário nobre do rádio brasileiro. É neste horário que o rádio tem sua maior e melhor audiência, pois, como já citado antes, este veículo permite que se ouça sua mensagem enquanto se dedica a outros afazeres. Portanto, é neste momento, enquanto a dona de casa prepara o almoço, que o Programa Saúde Comunitária encontrou sua melhor audiência.

De início, o programa refletia o dia-a-dia do PSF – Programa de Saúde da Família da área urbana, uma vez que era realizado exclusivamente por esta equipe, mas sempre tendo a preocupação de dar visibilidade às atividades da comunidade e também de outros setores da Secretaria de Saúde. Posteriormente, com a minha transferência para Equipe da área rural, o programa passou a incorporar o PSF da área rural. E foi aí que se conheceu a grande audiência do programa.

Para melhor entender o que acontecia com a audiência do Programa Saúde Comunitária é preciso descrever um pouco a rádio e as condições da cidade de Rio Negro.

## **6. RIO NEGRO E A RÁDIO FM COMUNITÁRIA RIO NEGRO**

“Seu rosto cansado esconde  
A idade de seu coração  
E quando ele dorme, ele sonha com  
Campos, praias e loucas paixões”

EDGARD SCANDURRA

O município de Rio Negro fica a aproximadamente 150 km de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul. A cidade é situada em um terreno acidentado, fica em uma baixada rodeada de morros. Na cidade só pega três estações de TV, isso por causa das torres instaladas na cidade<sup>3</sup>. Estação de rádio só pega a FM Rio Negro, comunitária e outras estações em AM, porém com muita dificuldade.

O IBGE (2005) diz que em Rio Negro tem 5.432 pessoas. Destas, 1.038 declararam ganhar até 1 salário mínimo, 1.879 declararam não ter renda certa e 766 pessoas declaram ganhar entre 1 e 2 salários mínimos.

Trinta e cinco por cento da população de Rio Negro, segundo o IBGE, não têm renda certa, 19% têm renda de até um salário mínimo. Somando-se as pessoas que ganham até 1 salário, e os que declaram não ter renda, temos 2.917 pessoas. Ou seja: 54% da população de Rio Negro sobrevivem em condições muito precárias de qualidade de vida, portanto, em condições precárias de saúde.

A principal atividade econômica da cidade é a pecuária. O IBGE (2003) calculou em 126.976 o número de cabeças de gado na cidade. Grande parte dos proprietários rurais tem poucas terras, pequeno rebanho de corte e algumas vacas leiteiras. A terra é arenosa e mal cuidada. A cidade conta com várias fontes d'água, porém não há saneamento básico e a população do centro da cidade ligou os esgotos domésticos à rede de águas pluviais. Os rios, apesar de abundantes ou talvez por isso, não são valorizados. Suas margens quase não têm mata ciliar e o assoreamento é praticamente generalizado. Além disso, a população, que frequenta muito os balneários, não tem cuidado e jogam todo tipo de rejeitos.

Existem grandes fazendas na região, mas são poucas. Os grandes proprietários moram, geralmente, fora de Rio Negro. Andando nas ruas da cidade é comum ver ao lado de demonstrações da miséria da população grande número de carros importados, mostrando que ao menos para uma minoria a criação de gado na cidade de Rio Negro gera lucros consideráveis.

---

<sup>3</sup> O número de estações de TV sintonizadas pode aumentar com o uso de antena parabólica.

A Rádio, desde que entrou em funcionamento em 2002, passou por muitas transformações, porém a linha editorial básica permanece a mesma: uma rádio voltada para programação musical, sem nenhuma variação. Repete as mesmas músicas que qualquer rádio FM comercial e em alguns horários repete o mesmo CD três a quatro vezes, com um agravante: o equipamento sucateado e sem manutenção ou um técnico habilitado para fazer ajustes deixa o som extremamente ruim. E essas características prejudicavam muito a qualidade técnica do Programa Saúde Comunitária e afastava a audiência da rádio. Além disso, descobriu-se depois que uma parte das fazendas nem mesmo conseguiam sintonizar a rádio. A culpa disso era o fato de a antena ficar na parte mais baixa da cidade.

A rádio é mantida financeiramente por doações da câmara de vereadores e da prefeitura local. Segundo o coordenador da rádio, essas doações frequentemente atrasam, principalmente quando alguma crítica é levada ao ar. O que é raríssimo acontecer, uma vez que a direção da rádio e da associação mantenedora é vinculada explicitamente ao executivo municipal.

Na rádio FM Rio Negro, na época de nossa atuação, não havia uma direção centralizada ou atuante. Também não havia nenhum profissional que tivesse experiência prévia com rádio e soubesse manejar tecnicamente, o que dificultava a divulgação de nossas campanhas de saúde, avisos e divulgação do Programa Saúde Comunitária no horário de outros locutores. Esse tipo de divulgação tinha que ser negociado com cada um dos “mandatários” do horário e nem sempre eles atendiam às solicitações ou faziam os avisos durante do tempo necessário.

A rádio não refletia as contradições e os problemas da cidade, deixando de lado sua verdadeira função comunitária. Algumas vezes, por alguns locutores éramos vistos como invasores, porém, a rádio tinha um vínculo financeiro muito estreito com a prefeitura, o que causava receio na direção e em alguns locutores em criar maiores dificuldades ou constrangimento a nossa permanência.

Nós, no PSF, fazíamos divulgação de nosso programa nos encontros de Diabéticos e Hipertensos, colocávamos cartazes no comércio e distribuíamos panfletos nas visitas domiciliares, mas a verdade é que acreditávamos que a audiência não era muito boa, fato desmentido com uma pesquisa realizada posteriormente.

Fora do Programa Saúde Comunitária, o aproveitamento do potencial de comunicação da rádio também era grande, apesar das dificuldades já apresentadas: algumas vezes enviávamos recados para usuários através das ondas sonoras e tínhamos um retorno rápido. Certa vez uma gestante de 19 anos, mãe já de 4 filhos, veio para dar início ao pré-natal e não trouxe documentos. Sem os números da identidade não era possível realizar o exame de triagem neonatal e ela ficou de trazer no dia seguinte, mas ao trazer esqueceram de pegar-lhe a assinatura e o exame ficou parado. Era uma questão importante, pois ela já estava de 5 meses de gestação e ainda não havia feito nenhum exame. Ela morava a mais de 30 km de distância da zona urbana e não tinha telefone. Pedimos para avisar na rádio e no dia seguinte ela voltou para assinar a autorização de exame.

A audiência da rádio FM Rio Negro era muito grande, provavelmente por ser a única opção em rádio, o que facilitava nosso trabalho de comunicação. Mas chamava atenção o

fato de o potencial da rádio ser subestimado constantemente, como ficou provado durante a segunda etapa da campanha de vacinação contra poliomielite em julho de 2005. Realizamos uma pesquisa de opinião para determinar qual meio de comunicação melhor atingia a população de Rio Negro. Foi dada prioridade aos moradores da Zona Urbana, uma vez que a pesquisa foi conduzida por esta equipe. Ao contrário do que esperávamos, foi a TV o meio mais citado pela população, ficando o rádio em segundo lugar. A pesquisa era dividida em duas partes. Na segunda perguntávamos qual outro meio, além do principal, a pessoa tinha visto/e ou ouvido sobre a campanha de vacinação, e mesmo neste item a resposta foi surpreendente: primeiro lugar TV, repetindo a vitória da primeira questão, em segundo lugar cartazes, o que surpreendeu muito, uma vez que tínhamos distribuídos menos de 100 cartazes e em terceiro lugar a rádio local. Essa pesquisa surpreendeu ao não trazer a rádio em primeiro lugar, o que, se não demonstrava claramente a baixa audiência da rádio, demonstrava que seus comunicadores não divulgaram com eficiência a campanha de vacinação, fato que já havíamos constatado durante audiência ao longo da semana.

Outro problema da rádio era a falta de uma coordenação centralizada. Cada locutor fazia seu programa individualmente e só divulgava assuntos da saúde se assim desejasse, o que faziam com que em alguns horários nada fosse divulgado.

Essas características da rádio foram sendo alteradas durante o tempo. Quando saí da cidade, em março de 2006, a programação da rádio já havia sofrido grande alteração, incorporando locutores voluntários, programas educativos e informativos. Essas alterações foram facilitadas pela instalação de internet banda larga na cidade, mas principalmente pela tensão gerada por reflexões a respeito da verdadeira função de uma rádio comunitária. Tensão essa trazida pela existência do Programa Saúde Comunitária, que confrontava os demais programas da rádio, pela participação de membro do PSF na Conferência Municipal de Cultura, Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador e pela instituição de uma coordenação que deveria centralizar e coordenar a programação da rádio. Com o tempo, os mesmos programadores que viam na equipe uma interferência, passaram a nos ver como colaboradores e interessados no desenvolvimento da rádio e não só no nosso programa. O reconhecimento de instâncias da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, da importância do programa e da rádio, também ajudou a quebrar essa resistência, uma vez que se sentiam prestigiados por isso. Durante esse período, a direção da rádio recebeu a visita da ANATEL – Agência de Telecomunicações, que advertiu sobre irregularidades. Em visita, o advogado especializado em legislação de rádio comunitária, foi informado de que o Programa Saúde Comunitária era um dos 3 únicos que justificavam que a rádio fosse classificada como comunitária. A rádio funcionava das 4 às 22 horas de segunda a sexta-feira, o que contabiliza 504 horas de programação semanal. Esses 3 programas citados ocupavam juntos pouco mais 4 horas semanais.

Todos esses eventos contribuíram para aumentar nosso prestígio junto à direção da rádio e abrir mais espaço para programas educativos.

Quando saí de Rio Negro, uma nova Enfermeira assumiu a coordenação do Programa Saúde Comunitária. Sobre esse fato ainda voltamos a falar em capítulo posterior.

## 7. SAÚDE COMUNITÁRIA NO HORÁRIO NOBRE

“El tesoro que no ves  
La inocencia que no ves  
Los milagros que van a estar de tu lado  
Cuando comiences a leer de los labios  
Y a ignorar los embustes y gustar  
Con tu lengua de las aguas que son dulces  
Aunque te sientas mal”

CARLOS "INDIO" SOLARI

Após dois meses no horário da tarde, o Programa Saúde Comunitária passou a ser apresentado às 10h30 da manhã, na sexta-feira. Aproveitamos a mudança de horário para alterar o formato do programa. Neste novo formato, o programa Saúde Comunitária era dividido em duas partes: na primeira parte trazíamos as saudações e apresentação dos participantes do programa; em seguida vinha um texto com o tema do dia. Também divulgávamos o telefone e pedíamos que a audiência ligasse para fazer perguntas; na segunda parte, após um intervalo de 2 a 3 minutos, voltávamos com os recados do serviço de saúde, outros quadros específicos, como o **Horóscopo da Saúde** ou **O momento controle social**, depois vinham os **Recados, Avisos e “Abraços”** para audiência.

Os abraços foram uma forma de cativar o Usuário/Ouvinte. Nas visitas domiciliares e nas reuniões pegávamos o nome de alguns usuários para lhes enviar abraços no rádio. Isso cativava a audiência e ajudava na divulgação do programa. Era comum algum ouvinte ligar para dizer que tínhamos esquecido de mandar abraço para ele.

Os textos eram preparados por mim, geralmente nos fins de semana, seguindo o calendário de eventos do Ministério da Saúde ou a demanda surgida no dia-a-dia.

Na segunda-feira que antecedia o programa, o roteiro era distribuído para os participantes, assim eles podiam se preparar, seja fazendo leitura antecipada, seja adaptando as palavras para seu modo de falar. Os recados e abraços também eram preenchidos pelos Agentes Comunitários participantes do Programa.

Mesmo com esse novo formato, ainda era muito burocrático o programa e isso por conta das condições técnicas da própria rádio. Não havia na verdade nenhum profissional que soubesse como operar tecnicamente um programa de rádio. Não havia vinhetas ou fundo musical para fazer a transição dos tópicos, o que dificultava a compreensão dos ouvintes, uma vez que falávamos o tempo todo para não deixar espaço vazio no ar. O nosso aprendizado foi feito na prática e nas experimentações empíricas.

Como pretendíamos que o Saúde Comunitária fosse parte das atividades do PSF, as decisões da Secretaria de Saúde e da coordenação de uma das equipes influíam diretamente no andamento do programa. Assim sendo, em determinado período, a Secretaria de Saúde dispensou os Agentes de Saúde de Trabalhar no período da tarde e desta maneira os Agentes passaram a não querer fazer parte do programa nas manhãs de sexta-feira, uma vez que tinham que fazer visitas neste horário ou então teriam que fazer visitas complementares no período da tarde, horário em que estavam dispensados do trabalho.

Outros problemas diziam respeito à pouca responsabilidade e/ou compreensão da importância da educação em saúde e do potencial da rádio. Em reunião com a equipe de Em-

demias, foi acertado que a equipe passaria a ter um quadro de 3 a 5 minutos por semana no programa, no qual fariam orientações sobre como se prevenir contra dengue. O quadro “Endemias em Ação” ficou a cargo de ser produzido pela equipe de endemias do município. A ela caberia apenas elaborar e narrar os textos semanalmente. Tudo acordado e acertado, porém no dia da estréia não apareceu nem deu satisfação. O quadro acabou indo ao ar com orientações padrão do Ministério da Saúde, baixadas da internet.

Situação semelhante aconteceu com a Fonoaudióloga, que se ofereceu para participar do programa e no dia e horário acertados não apareceu, obrigando a improvisar outro assunto no horário. Na transição de minha saída do Programa Saúde Comunitária, quando voltei para o Paraná, ficou acertado que o quadro “Momento Controle Social” seria coordenado pela Assistente Social ao lado na nova coordenadora do Programa, mas no dia combinado, com tudo pronto, inclusive com o texto já ensaiado, ela disse que não poderia ir, pois tinha coisas importantes para fazer.

Comportamentos como esses evidenciam uma situação já descrita ao longo do trabalho, qual seja, a pouca importância que os profissionais dão à educação em saúde. Esta é feita se der tempo, se não tiver outra coisa para fazer. Demonstra também que não viam claramente no rádio um instrumento deste processo, mas apenas como uma concessão ou um favor que faziam para população.

Como se vê, o Programa Saúde Comunitária sofria dos mesmos problemas que sofre o serviço de atenção básica, ou seja, os profissionais de saúde não compreendem a força da educação em saúde e não têm essa prática como sendo prioritária em seus serviços. No máximo, a educação em saúde é feita quando a coordenação regional cobra ou quando sobra um tempo nos “afazeres” cotidianos. Mas essa visão só vai mudar com a persistência sistemática dos que acreditam na educação em saúde.

Com as férias da equipe da rádio e dos ACSs que integravam a equipe do programa, em dezembro de 2005 e janeiro de 2006 os programas foram gravados em um computador pessoal. Com essa técnica foi possível aprimorar o formato dele e corrigir as falhas. Durante esse período foi possível também um membro do programa aprender a fazer sonoplastia e assim melhorar sua qualidade no programa ao vivo. Com a gravação era possível corrigir as falhas de dicção, pronúncia e as falhas de operação de mesa de som. Neste período também pudemos desenvolver uma trilha sonora para ocupar o fundo das narrações e criamos algumas vinhetas.

Veja no próximo capítulo um exemplo de roteiro do Programa Saúde Comunitária no formato de 30 minutos, com trilha sonora e vinhetas.

## **8. CONSIDERAÇÕES SOBRE O ROTEIRO**

Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça  
É preciso ter sonho sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania de ter fé na vida

MILTON NASCIMENTO e FERNANDO BRANT

A abertura do programa Saúde Comunitária era gravada e repetida toda semana, assim como o encerramento. Após a vinheta de abertura, iniciávamos sempre com a mesma

música. Ela servia para identificar a introdução do programa e marcar as pausas. Durante toda introdução, usávamos a música de fundo, assim podíamos fazer pausas para reflexão do ouvinte, assim ele tinha mais tempo para guardar as informações.

Em cada fase (abertura, narração, transição para o intervalo, volta do intervalo e momento dos abraços e recados) colocávamos uma música de fundo. Cada momento era marcado por uma música diferente. Esse dispositivo ajuda o ouvinte a marcar o tempo dentro do programa: ao ouvir determinada música, ele já sabia se era o momento da saudação, dos recados ou da narração do tema do dia.

Onde o roteiro assinala “Sobe a música”, indica que é a pausa para o ouvinte pensar no que foi dito. Durante as falas a música é abaixada.

No início escrevíamos todas as falas, o que facilitava a realização do programa, mas tornava as narrações monótonas. Com o tempo passamos a escrever apenas as orientações do que deveríamos dizer e cada um falava com suas próprias palavras. Mas para iniciar o trabalho acredito ser importante escrever todas as falas, assim evita um branco na hora do programa e acostuma a equipe com as falas, que em pouco tempo passa a ficar automática.

Para esse roteiro servir de orientação para outras pessoas, colocamos as orientações e as falas, bem como os textos de um de nossos programas. As orientações estão em letras minúsculas e o texto com letras maiúsculas.

De um modo geral o texto deve ser claro e não deixar ambigüidades. Não se deve evitar palavras difíceis ou termos técnicos longe da compreensão dos ouvintes, porém sempre se deve explicar o que significa cada uma dessas palavras e evitar colocar muitas em um mesmo programa, pois muitas vezes as explicações acabam dificultando o entendimento da mensagem. Alguns termos que não são usados no cotidiano, mas são importantes na narração, sem, no entanto alterar a compreensão do que se quer passar, não precisam ser explicados, pois ficam subentendidos no contexto geral. Exemplo: “houve no mundo três grandes PANDEMIAS de gripe, o que causou muitas mortes. Acredita-se que com a vacinação contra gripe, pode-se evitar que a gripe cause mortes”. Não é necessário explicar o que é pandemia, pois fica subentendido para população e mesmo que nem todos entendam exatamente o termo, isso não interfere na mensagem que se segue.

Nenhum assunto deve ser evitado, por mais complicado que possa ser. É preciso confiar na capacidade de compreensão da população e de um modo geral a grande maioria consegue entender qualquer assunto. É importante criar um diálogo com o ouvinte. As pessoas em casa têm que ter a impressão que você está falando com elas. Por isso no nosso programa preferimos utilizar a maior parte do tempo termos no singular, assim cada ouvinte tem a impressão que a narração é feita para ele.

Para facilitar a leitura por parte do narrador é apropriado usar fonte tamanho 14, espaço duplo, no mínimo. Para as pausas curtas, que seriam sinalizadas com vírgulas, deve-se usar uma / e para as pausas maiores, sinalizadas com ponto final, deve-se usar duas // barras, pois isso facilita a leitura no ar. Pode-se também sinalizar no texto alguma observação mais incomum, como dúvidas, risadas ou alguma interjeição. Em caso de perguntas, o sinal de interrogação deve ser usado no início e no final da frase, assim o leitor já sabe, antes de ler, que se trata de uma pergunta e prepara a entonação correta. Deve-se evitar que um parágrafo passe de uma folha para outra, pois isso dificulta a leitura no ar. Se o parágrafo não couber na mesma folha, inicia-se em outra.



Essas orientações são regras gerais, porém pode ser que sua equipe não precise das barras para ver as pausas. Em nosso caso só utilizamos as barras no início, depois ficou mais simples acompanhar as vírgulas e pontos. Porém a fonte 14 e o espaço duplo sempre foram fundamentais. Uma leitura prévia em grupo, antes de o programa ir ao ar, é importante para deixar tudo acertado.

O texto para rádio não é igual ao texto para leitura. No rádio a chance de entender uma mensagem é única, por isso deve sempre resgatar o texto, assim o ouvinte não esquece o que se está ouvindo.

### **Exemplo:**

“De um modo geral o diabético pode comer de tudo/ a diferença do diabético para outras pessoas é que não pode comer à vontade// ou sempre que tiver vontade// A palavra chave para o diabético é: redução// deve reduzir a frequência e a quantidade dos alimentos.

Quer um exemplo do quanto o diabético tem que reduzir de alimentação? No café da manhã: se você come 1 pão/ passe a comer meio// se toma um copo de café com leite e açúcar/ passe a tomar meio copo e com adoçante no lugar do açúcar/ pois é o açúcar o principal inimigo do diabético// Se na hora do almoço costuma comer 6 conchas de arroz e feijão/ passe a comer só 4// Se come sempre batata/ macarrão/ mandioca/ carne frita/ passe a comer menos quantidade e menos vezes na semana// E nunca como mandioca/ batata e macarrão no mesmo dia// Coma um desses alimentos cada dia e sempre em pequenas porções// mandioca/ batata e macarrão são carboidratos e os carboidratos depois de ingeridos se transformam em glicose/ o que é um veneno para o diabético// A glicose é a forma do açúcar no nosso organismo// aliás/ tudo que tem trigo vira glicose depois de ingerido e por isso é bom evitar ou diminuir seu consumo.”

Como se percebe, o texto é redundante e se repete em várias passagens, e é essa a intenção mesmo. Desta maneira quem ouve tem mais chance de entender, principalmente se estiver ouvindo o rádio e fazendo outras atividades.

As fontes de pesquisa são os materiais do Ministério da Saúde, folhetos, protocolos, textos informativos e também a internet, mas principalmente sua experiência. A sua leitura cotidiana de jornais, revistas e livros podem dar idéia para muitos programas. O importante é utilizar a demanda do dia-a-dia na elaboração dos textos. As dúvidas, manifestações, tabus, falas e crenças dos usuários e também dos servidores da saúde são uma fonte inesgotável de matéria a ser trabalhada nos programas.

Alguns quadros podem e devem ser criados no programa. No início tínhamos o quadro dos avisos e dos abraços. Esses quadros ficavam a cargo dos Agentes Comunitários de Saúde. No roteiro, entregueado a cada semana, estava sinalizada a parte em que eles deveriam introduzir os recados e o nome dos usuários que receberiam os abraços naquela semana.

Depois vieram os **horóscopos da saúde** e posteriormente o **Momento Controle Social** e o **Endemias em ação**. O importante é cada quadro ficar a cargo de um membro da equipe. Importante também é que nem toda a equipe precisa ficar na frente do microfone. Alguns podem escrever para outros falarem, outro anotar os recados, atender ao telefone, fazer sonoplastia. Mas é importante que todos conheçam o todo. Desta forma um poderá substituir o outro em momentos apropriados.

## **9. EXEMPLO DE ROTEIRO**

### **SAÚDE COMUNITÁRIA - INTRODUÇÃO<sup>4</sup>**

#### **VINHETA DE ABERTURA**

A vinheta de abertura, no caso do Saúde Comunitária, era gravada. Foi produzida ainda no trabalho de conclusão do curso de Enfermagem em 2004. Uma nova edição possibilitou ser utilizada em Rio Negro.

#### **Texto de abertura da vinheta:<sup>5</sup>**

ESTÁ ENTRANDO NO AR: SAÚDE COMUNITÁRIA – SEU PROGRAMA DE SAÚDE E CIDADANIA

#### **MÚSICA DE FUNDO**

A música de fundo inicial fica alta por aproximadamente 8 segundos. Decorrido este tempo, abaixa-se o volume lentamente, deixando-a em um volume adequado para som de fundo. Este procedimento é repetido a cada momento indicado no roteiro.

#### **ERNANDE<sup>6</sup>**

CUMPRIMENTAR AOS OUVINTES E USUÁRIOS DO SUS<sup>7</sup>

FALAR O NOME DO PROGRAMA E OS CRÉDITOS

APRESENTAR-SE

#### **Texto de exemplo:**

BOM DIA RIO NEGRO/ SAÚDE COMUNITÁRIA É UM PROGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/ DO PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DO SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.  
EU SOU ERNANDE VALENTIN DO PRADO/ ENFERMEIRO DO PSF DA ÁREA RURAL E COORDENADOR DO PROGRAMA SAÚDE COMUNITÁRIA AQUI NA SUA RÁDIO COMUNITÁRIA.

#### **SOBE A MÚSICA DE FUNDO**

Deixar a música alta por aproximadamente cinco segundos e voltar a abaixar o volume. Então se inicia a fala.

#### **ERNANDE:**

APRESENTAR E CUMPRIMENTAR O PARCEIRO

#### **Texto de exemplo:**

ESTÁ AQUI COMIGO O JÚNIOR/ ELE QUE É AGENTE COMUNITÁRIO NA REGIÃO DA COHAB 2//  
BOM DIA JÚNIOR.

---

<sup>4</sup> Utilizamos neste exemplo uma adaptação de alguns roteiros reais apresentados no Programa Saúde Comunitária da cidade de Rio Negro – MS. Algumas orientações são adicionais e não constavam no original. Estas orientações extras estão em letras minúsculas neste exemplo. A formatação do roteiro deve ser no mínimo fonte catorze, caixa alta, espaço duplo. Fontes menores e/ou espaçamento menor dificulta a leitura no ar. Neste exemplo utilizamos fonte 10, pois não faz diferença nesta leitura. Esse roteiro resulta em um programa de aproximadamente 30 minutos.

<sup>5</sup> A nossa abertura era gravada e repetida toda semana, mas a falta de uma gravação não inviabiliza que o texto seja repetido toda semana ao vivo.

<sup>6</sup> Neste exemplo foi utilizado o meu nome como no original, mas o importante é saber que existe um âncora que conduz o programa e faz a apresentação, introdução, encerramento e outros momentos chaves.

<sup>7</sup> As frases sublinhadas são orientações que substituíam o texto. Isso quer dizer que eram falas improvisadas no ar.

**JÚNIOR:**

RESPONDER O CUMPRIMENTO E CUMPRIMENTAR O OUVINTE  
FALAR AO TELEFONE E PEDIR PARA OS OUVINTES LIGAREM  
FALAR O ENDEREÇO PARA AS CARTAS  
FALAR O ENDEREÇO ELETRÔNICO

**Texto de exemplo:**

BOM DIA ERNANDE / BOM DIA SENHORES E SENHORAS OUVINTES E USUÁRIOS DO SUS.  
PARTICIPE DO PROGRAMA SAÚDE COMUNITÁRIA// A FORMA DE PARTICIPAÇÃO O AMIGO E A  
AMIGA OUVINTE JÁ SABEM DECOR/ MAS VOU REPETIR PARA QUEM CHEGOU AGORA.  
VOCÊ PODE ESCREVER SUA CARTA E ENTREGAR PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SUA  
ÁREA/ SEJA NA ZONA URBANA OU ZONA RURAL// ENTREGUE A CARTA PARA O AGENTE E ELE  
ENTREGA AQUI.

**SOBE A MÚSICA DE FUNDO**

Deixar a música alta por aproximadamente cinco segundos e voltar a abaixar o volume. Então inicie a fala.

**ERNANDE:**

APRESENTAR E CUMPRIMENTAR O SEGUNDO PARCEIRO

**ADRIANA:**

RESPONDER O CUMPRIMENTO E CUMPRIMENTAR O OUVINTE  
INTRODUZIR O TEMA DO DIA

**Texto de Exemplo:**

BOM DIA ERNANDE E A TODOS OS USUÁRIOS DO SUS.  
HOJE VAMOS CONVERSAR SOBRE ECONOMIA E SAÚDE/ É ISSO MESMO AMIGO E AMIGA  
OUVINTES E USUÁRIOS DO SUS// VAMOS CONVERSAR SOBRE ECONOMIA E SAÚDE.  
NA SEGUNDA PARTE DO PROGRAMA AINDA TEM O MOMENTO DO CONTROLE SOCIAL E  
NOSSOS RECADOS E AVISOS DO DIA-A-DIA.

**SOBE A MÚSICA DE FUNDO**

Deixar alta por aproximadamente cinco segundos e voltar a abaixar o volume. Então se inicia a fala.

**ERNANDE:**

APRESENTAR O TERCEIRO PARCEIRO

**ADEMAR:**

RESPONDER O CUMPRIMENTO  
CUMPRIMENTAR AOS OUVINTES E OS COLEGAS DE ESTÚDIO

**ERNANDE:**

ESPECIFICAR QUAL SEU PAPEL NO PROGRAMA<sup>8</sup>

**Texto de exemplo:**

O ADEMAR VAI ATENDER SUA LIGAÇÃO/ AMIGO E AMIGA OUVINTES E USUÁRIOS DO SUS// E NA SEGUNDA PARTE DO PROGRAMA ELE VOLTA COM OS NOSSOS RECADOS E AVISOS.

**ERNANDE:**

REFORÇAR A INTRODUÇÃO DO TEMA DO DIA

**Exemplo de texto:**

O TEMA QUE SEPARAMOS PARA HOJE É MUITO IMPORTANTE/ MAS O AMIGO E A AMIGA PODEM ATÉ ESTRANHAR UM POUCO.

**JUNIOR:**

HOJE NÓS VAMOS FALAR DE ECONOMIA// VOCÊ ESTÁ ACHANDO QUE ECONOMIA NÃO TEM NADA A VER COM O SUS/ ENTÃO FIQUE LIGADO QUE VAMOS QUEBRAR ESSE MITO.

**SOBE A MÚSICA DE FUNDO**

Neste ponto deixar a música tocar por uns 10 segundos e ir abaixando a música de introdução e elevando a música do início do tema. Como já dito antes, cada momento do programa tem uma música fixa que se repete toda semana.

**MÚSICA DO INÍCIO DA NARRAÇÃO<sup>9</sup>**

Deixar a música alta por uns 8 segundos. Depois vai abaixando e introduzindo o texto.

É interessante que a música seja instrumental.

**ERNANDE<sup>10</sup>:**

O AMIGO E A AMIGA OUVINTES E USUÁRIOS DO SUS JÁ DEVEM TER OUVIDO MUITO FALAR EM SUPERÁVIT PRIMÁRIO/ NÃO É MESMO?

**ADRIANA:**

TUDO DIA NO JORNAL NACIONAL FALA-SE QUE O SUPERAVIT PRIMÁRIO É TAL / OU QUE HOVE PROTESTOS DE EMPRESÁRIOS OU DE TRABALHADORES CONTRA O SUPERÁVIT PRIMÁRIO DO GOVERNO/ OU AINDA QUE O FMI ELOGIOU A DECISÃO DO MINISTÉRIO DA FAZENDA EM ELEVAR O SUPERÁVIT PRIMÁRIO.

---

<sup>8</sup> Neste exemplo o terceiro parceiro tem uma função específica dentro do programa. O Ademar atendia ao telefone e dava os recados na segunda parte do programa. Essa é uma boa estratégia para desenvolver o gosto do colaborador em participar das atividades no rádio. foi difícil convencer O Ademar a soltar sua voz no rádio, embora tivesse e, ainda tenha, a melhor voz entre todos os servidores da saúde. Aos poucos, tomou gosto pelo “microfone”. Hoje ele continua em Rio Negro, realiza o Saúde Comunitária e mais um programa de Humor aos sábados com o Únior e o Ronaldo, também, ele, servidor da saúde de Rio Negro.

<sup>9</sup> A depender do tempo utilizado para o desenvolvimento do tema, pode ser necessária mais de uma música. Em Rio Negro utilizávamos três músicas diferentes, uma após as outras, mas por questão de segurança tínhamos cinco músicas selecionadas.

<sup>10</sup> Neste ponto do programa evitávamos improvisações e seguíamos o texto.

**ERNADE:**

SÃO MUITAS PALAVRAS COMPLICADAS/ E PARECE QUE TEM UM MONTE DE GENTE INTERESSADA EM COMPLICAR MAIS AINDA/ NÃO É MESMO?

MUITAS VEZES FICAMOS ATÉ DESINTERESSADOS EM PRESTAR ATENÇÃO / NESTE MONTE DE FRASES E PALAVRAS APARENTEMENTE DESCONECTAS E SEM SENTIDO.

**ADRIANA:**

MUITA GENTE ACREDITA QUE ESSA CONVERSA DE MINISTÉRIO DA FAZENDA / BANCO CENTRAL / FMI / JUROS / BOLSA DE VALORES / SUPERAVIT PRIMÁRIO / TAXA SELIC / NADA TEM A VER COM A GENTE TRABALHADORA AQUI DE RIO NEGRO // PIOR AINDA / QUE ESSAS INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS E A POLÍTICA ECONOMICA NADA TEM A VER COM A SAÚDE E O SUS / E MUITO MENOS COM O PSF // MAS ISSO É UM GRANDE ENGANO.

**ERNADE:**

AMIGO OUVINTE E USUÁRIO DO SUS.

TAXAS DE JUROS E SUPERÁVIT PRIMARIO / POLITICA FINANCEIRA E FMI INFLUENCIAM MAIS NA SAÚDE DO QUE A GENTE CONSEGUE VER A OLHO NU.

A POLÍTICA ECONOMICA DO GOVERNO INFLUENCIA NO SUS DO MESMO JEITO QUE AS BACTÉRIAS E OS VIRUS INFLUENCIAM EM NOSSO CORPO.

**ADRIANA:**

E O MAIS FANTASTICO // PARECE QUE OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO:/ RÁDIOS / TVS E OS JORNAIS / NÃO QUEREM QUE A GENTE SAIBA DISSO.

**ERNADE:**

?E PORQUE SERÁ QUE NÃO QUEREM QUE A POPULAÇÃO ENTENDA QUE AS DECISÕES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA E DO BANCO CENTRAL/ MUITAS VEZES SÃO MAIS INFLUENTES NA SAÚDE DA GENTE / DO QUE AS AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA SECRETARIA DE SAÚDE AQUI DE RIO NEGRO OU DE QUALQUER OUTRO LUGAR.

**ADRIANA:**

COMO FALAMOS SEMPRE AQUI NO PROGRAMA SAÚDE COMUNITÁRIA / O CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE É FUNÇÃO DA SOCIEDADE/ E PARA CONTROLAR COM EFICIÊNCIA É PRECISO SIM / AMIGO OUVINTE E USUÁRIO DO SUS / ENTENDER DE ECONOMIA E ACOMPANHAR OS NOTICIÁRIOS POLITICOS / E AÍ DEBATER ESSAS QUESTÕES NO CONSELHO DE SAÚDE.

**ERNADE:**

O AMIGO OUVINTE PODE AGORA ESTAR PENSANDO / ENTÃO É MUITO DIFICIL EXERCER ESSE CONTROLE SOCIAL.

E EU TENHO A ACRESCENTAR QUE NÃO É FÁCIL FAZER ISSO / EXIGE TEMPO / PACIÊNCIA E PRINCIPALMENTE MUITA / MAS MUITA FORÇA DE VONTADE/ E SOBRETUDO/ PERSISTÊNCIA.

MAS AMIGO E AMIGA USUÁRIOS DO SUS / TENHO A DIZER QUE FAZER O CONTROLE SOCIAL É MUITO MAIS SIMPLES DO QUE PODE PARECER/ E É A ÚNICA MANEIRA DO SUS FUNCIONAR COMO QUEREMOS E PRECISAMOS.

O ÚNICO JEITO DO SUS SER COMO PRECIMOS É EXERCENDO O CONTROLE SOCIAL.

**ADRIANA:**

NESTE PROGRAMA VAMOS EXPLICAR UM POUCO DE TODAS ESSAS PALAVRAS DIFÍCEIS SOBRE ECONOMIA E CONVERSAR SOBRE A INFLUÊNCIA DA POLÍTICA ECONÔMICA NAS AÇÕES DE SAÚDE.

**ERNANDE:**

VAMOS COMEÇAR COM O SUPERÁVIT PRIMÁRIO.

SUPERAVIT PRIMÁRIO PARECE SER UM A COISA DO OUTRO MUNDO/ DIFÍCILÍMO DE ENTENDER POR PESSOAS COMUNS / NÃO É MESMO?

E É ISSO QUE A MAIORIA DOS ECONOMISTAS QUEREM QUE PENSEMOS / MAS SUPERÁVIT PRIMÁRIO É UMA COISA MUITO SIMPLES.

**ADRIANA:**

SUPERÁVIT PRIMÁRIO É A SOMA DE TUDO QUE O GOVERNO ECONOMIZA DEPOIS DE PAGAR SUAS CONTAS // ESSE CÁLCULO É FEITO DA SEGUINTE MANEIRA: / TODO ANO O GOVERNO FAZ UMA PREVISÃO DE TUDO QUE VAI GASTAR / ISSO É O ORÇAMENTO // TUDO QUE O GOVERNO GASTA / SEJA CUSTEANDO OS SERVIÇOS OU FAZENDO INVESTIMENTOS / GERA UM CUSTO.

DO MESMO JEITO QUE A GENTE COMPRANDO FARINHA / ARROZ / FEIJÃO / TUDO ISSO GERA CUSTO / NÃO É MESMO?

TUDO QUE O GOVERNO FAZ TAMBÉM TEM QUE SER PAGO // TUDO QUE O GOVERNO DEIXA DE GASTAR / MESMO QUE DEIXANDO DE FAZER ALGUMA COISA MUITO IMPORTANTE / COMO O ASFALTO QUE LIGARIA RIO NEGRO À CAMPO GRANDE / É O SUPERAVIT E VAI PARA PAGAR A DÍVIDA EXTERNA OU FINANCIAR AS EXPORTAÇÕES E IMPORTAÇÕES QUE O PAÍS FAZ.

**ERNANDE:**

SE A SENHORA DEIXAR DE COMPRAR UM PACOTE DE CAFÉ VAI ECONOMIZAR O DINHEIRO / NÃO É VERDADE? / MAS TAMBÉM VAI FICAR SEM BEBER CAFÉ // E É ISSO QUE O GOVERNO FAZ MUITAS VEZES / DEIXA DE COMPRAR ALGUM EQUIPAMENTO PARA O SUS OU DE CONTRATAR UM SERVIÇO / E ESSA ECONOMIA VIRA SUPERÁVIT PRIMÁRIO / OU SEJA / NÓS TODOS FICAMOS SEM UM SERVIÇO PARA PODER ECONOMIZAR.

**ADRIANA:**

A META DO GOVERNO PARA ESSE ANO<sup>11</sup> ERA ECONOMIZAR QUATRO POR CENTO DO ORÇAMENTO PARA FAZER SUPERÁVIT/ MAS JÁ CONSEGUIU ECONOMIZAR BEM MAIS DO QUE ISSO.

SÓ NO MÊS DE DEZEMBRO, O GOVERNO ADIANTOU QUINZE BILHÕES DE DÓLARES DE DÍVIDAS QUE AINDA NÃO TINHAM VENCIDO // ISSO PODE ATÉ PARECER BOM / POIS SIGNIFICA QUE O GOVERNO ESTÁ HONRANDO SUAS DÍVIDAS / NÃO É VERDADE?

OS BANQUEIROS E OS MEIOS DE COMUNICAÇÕES FICAM FELIZES COM ISSO / MAS É O POVO QUE SOFRE // COM ESSE DINHEIRO DO SUPERÁVIT PODERIA SER CONTRUÍDO MAIS HABITAÇÃO POPULAR / URBANIZAR BAIROS DA PERIFERIA/ INVESTIR EM SANEAMENTO BÁSICO E NA ESTRUTURA DO SUS.

---

<sup>11</sup> 2005.

**ERNANDE:**

A ONU CALCULA QUE CADA UM REAL INVESTIDO EM SANEAMENTO BÁSICO ECONOMIZA OUTROS TRÊS REAIS EM TRATAMENTO DE SAÚDE. ESSE INVESTIMENTO SIM É QUE VALERIA A PENA SER FEITO / ATÉ PORQUE ESSA DÍVDA É IMPAGÁVEL E OS BANQUEIROS NEM QUEREM RECEBER // O QUE QUEREM MESMO É RECEBER JUROS / É POR ISSO QUE SE PAGA MUITO E A DÍVIDA SÓ AUMENTA.

**ADRIANA:**

ESTÃO LEMBRADOS QUE O GOVERNO PASSADO VENDEU AS COMPANHIAS TELEFÔNICAS / VENDEU AS COMPANHIAS DE ENERGIA / A VALE DO RIO DOCE E MUITAS OUTRAS EMPRESAS E SÓ NÃO VENDEU A PETROBRAS PORQUE PERDEU AS ELEIÇÕES // E TUDO ISSO POR QUÊ? PORQUE QUERIA PAGAR A DÍVIDA EXTERNA.

AGORA VEJA / NÃO PAGOU A DÍVIDA EXTERNA / E ELA CONTINUA CRESCENDO / SEM PARAR / E AINDA POR CIMA NÃO TEMOS MAIS ESSAS EMPRESAS.

POR ISSO, O GOVERNO DEVERIA É PEGAR ESSE DINHEIRO DO SUPERÁVIT PRIMÁRIO E INVESTIR NO PAÍS / INVESTIR NO CIDADÃO.

**ERNANDE:**

POR ISSO, QUANDO OUVIR QUE O GOVERNO CONSEGUIU FAZER UM SUPERAVIT DE TANTOS BILHÕES / SAIBA QUE É A CUSTO DE SEU SACRIFÍCIO.

ESTÃO TIRANDO DINHEIRO DO SEU BOLSO PARA PAGAR BANQUEIROS ESTRANGEIROS E NACIONAIS.

**ADRIANA:**

OUTRO ASSUNTO QUE SE OUVI MUITO NOS NOTICIÁRIOS DA TV É SOBRE A REUNIÃO DO COPOM E TAXA SELIC.

**ERNANDE:**

MUITA GENTE DEVE FICAR COM A PULGA ATRÁS DA ORELHA COM ESSAS COISAS / NÃO É VERDADE?

UMA VEZ POR MÊS O COPOM SE REÚNE PARA DECIDIR A TAXA SELIC.

MAS O QUE É COPOM E O QUE É TAXA CELIC?

**ADRIANA:**

COPOM É COMITE DE POLÍTICA ECONÔMICA.

É FORMADO POR UM GRUPO DE ECONOMISTAS E TÉCNICOS DO MINISTÉRIO DA FAZENDA E DO BANCO CENTRAL // ESSE GRUPO SE REÚNE UMA VEZ POR MÊS PARA DETERMINAR A TAXA BÁSICA DE JUROS DO PAÍS // ESSA TAXA É A SELIC/ OU SEJA / É A TAXA DE JUROS QUE O GOVERNO PAGA POR SUAS DÍVIDAS/ INCLUINDO AÍ A DÍVIDA EXTERNA E INTERNA.

ESSA TAXA TAMBÉM ORIENTA O MERCADO SOBRE O QUANTO COBRAR AO EMPRESTAR DINHEIRO PARA AS PESSOAS E OS JUROS QUE AS LOJAS COBRAM NO CREDIÁRIO.

**ERNANDE:**

A TAXA DE JUROS DO BRASIL É A MAIS ALTA DO MUNDO E OS EMPRESÁRIOS VIVEM DIZENDO QUE ISSO INVIABILIZA A ECONOMIA / O QUE NÃO É MENTIRA.

COM JUROS TÃO ALTOS, O BRASIL GASTA MAIS PAGANDO JUROS E NÃO CONSEGUE INVESTIR EM INFRAESTRUTURA / COMO CONSTRUÇÃO DE ESTRADAS / ENERGIA E SANEAMENTO BÁSICO.

PARA OS EMPRESÁRIOS, ESSES JUROS INVIABILIZAM EMPRÉSTIMOS PARA FINANCIAR SEUS NEGÓCIOS E AUMENTAR A PRODUÇÃO.

MAS JUROS NESTAS ALTURAS SÃO MUITO BONS PARA BANQUEIROS/ QUE VÊEM SEUS LUCROS CRESCENDO ANO APÓS ANO.

**ADRIANA:**

? ENQUANTO ISSO O QUE ACONTECE COM O SERVIÇO DE SAÚDE?

NÃO TEM DINHEIRO PARA AMPLIAR OS SERVIÇOS / EQUIPAR AS UNIDADES DE SAÚDE OU CONTRATAR SERVIDORES ESPECIALIZADOS/ COMO UMA NUTRICIONISTA PARA O PSF / POR EXEMPLO.

**ERNANDE:**

OS ECONOMISTAS DO MINISTÉRIO DA FAZENDA RECEITAM ESSES JUROS PARA CONTROLAR A INFLAÇÃO / O QUE ATÉ FUNCIONA / MAS ESSES JUROS JOGAM O PAÍS EM UMA RECESSÃO ECONÔMICA SEM FIM.

É MAIS OU MENOS COMO MATAR AS VACAS COM AFTOSA PARA ACABAR COM A DOENÇA/ MAS ,NESTE CASO, AO ACABAR COM A INFLAÇÃO/ CORRE-SE O RISCO DE ACABAR COM O PAÍS.

MATA-SE A INFLAÇÃO E OS BRASILEIROS MAIS POBRES. // JUROS COMO ESTES AJUDAM QUEM JÁ TEM MUITO DINHEIRO A FICAR BILHONÁRIO A CUSTO DA POBREZA DA MAIORIA.

**ADRIANA:**

OUTRA PALAVRA QUE USAMOS AGORA QUE É UM MISTÉRIO PARA MUITA GENTE É RECESSÃO ECONÔMICA.

MAS ESSA É MUITO FÁCIL // RECESSÃO ECONÔMICA É QUANDO O PAÍS NÃO CONSEGUE CRESCER // QUANDO A MAIORIA DAS PESSOAS NÃO TEM DINHEIRO OU TEM MUITO POUCO PARA COMPRAR OU CUSTEAR SEUS GASTOS BÁSICOS.

TUDO FICA PARADO E NÃO HÁ GERAÇÃO DE EMPREGO // OS JOVENS VÃO ENTRANDO NA IDADE DE TRABALHAR, E SE NÃO HÁ EMPREGO, A SITUAÇÃO FICA MUITO RUIM / OU SEJA/ É A RECESSÃO.

DESSE QUADRO VEM A DESESPERANÇA / A FALTA DE PERSPECTIVAS / A MARGINALIZAÇÃO / O USO DE DROGAS / FALTA DE OPORTUNIDADES.

A RECESSÃO ECONÔMICA CRIA GRAVÍSSIMOS PROBLEMAS DE SAÚDE PARA O PAÍS E SEU POVO // POR ISSO, AMIGO OUVINTE, DISCUTIR ECONOMIA É TAREFA DO SUS TAMBÉM.

**ERNANDE:**

EMPREGO E RENDA PARA TODOS É UMA FORMA DE GARANTIR SAÚDE OU, NO MÍNIMO / PREVENIR MUITAS DOENÇAS/ SEJAM ESSAS DOENÇAS SOCIAIS OU ORGÂNICAS.

**TROCAR A MÚSICA:**

Neste ponto, vai abaixando uma música e iniciando outra. Deixar tocar por uns 8 segundos. Essa transição, além de marcar o fim de um período e início de outro na narração, serve também para possibilitar que o ouvinte reflita sobre o que ouviu.

**JUNIOR:**

CARO AMIGO E AMIGA USUÁRIOS DO SUS/ SE AINDA ACHA QUE AS TAXAS DE JUROS / O PRODUTO INTERNO BRUTO DO PAÍS / OS IMPOSTOS / O SUPERÁVITE PRIMÁRIO A POLÍTICA E OS POLÍTICOS NADA TÊM



A VER COM A SAÚDE / ENTÃO OUÇAM A HISTÓRIA<sup>12</sup> DA VIDA DE UMA CRIANÇA QUE MORREU DE FOME / NUM PAÍS RICO / ANTES DE COMPLETAR DOIS ANOS DE IDADE.

**ADRIANA:**

A CRIANÇA DESSA HISTÓRIA É MEXICANA / MAS NÃO SE ILUDA PELA DISTÂNCIA // ISSO ACONTECE TODO DIA EM NOSSO PAÍS E, QUEM SABE, ATÉ EM NOSSA CIDADE.

**JUNIOR:**

E ACONTECE PORQUE MUITAS VEZES DIARRÉIAS E VERMINOSES NÃO SÃO CAUSADAS SÓ PELA FALTA DE HIGIENE OU POR ÁGUA CONTAMINADA.

HISTÓRIAS COMO ESSA, ACONTECEM PORQUE A DESNUTRIÇÃO NEM SEMPRE TEM COMO CAUSA PRINCIPAL A ESCASSEZ DE ALIMENTOS // E A CAUSA DA ALTA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NEM SEMPRE É RESULTADO DA COMBINAÇÃO DE INFECÇÕES / DESNUTRIÇÃO E FALTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

**ADRIANA:**

ÀS VEZES A CAUSA DE TUDO ISSO É A MISÉRIA A QUE AS PESSOAS SÃO EMPURRADAS.

**JUNIOR:**

A FAMÍLIA DA CRIANÇA QUE MORREU ANTES DOS DOIS ANOS DE IDADE ERA / E AINDA É / MUITO POBRE. O PAI ERA AGRICULTOR / MAS SÓ CONSEGUIA PLANTAR PARA COMER, E AINDA ASSIM COM MUITA DIFICULDADE.

TODOS OS ANOS / O PAI TINHA QUE PEDIR MILHO EMPRESTADO DE UM DOS GRANDES FAZENDEIROS DA REGIÃO / E PARA CADA SACO DE MILHO EMPRESTADO NA ÉPOCA DO PLANTIO // ELE TINHA QUE DEVOLVER TRÊS SACOS NA ÉPOCA DA COLHEITA // COM ISSO A FAMÍLIA FICAVA CADA VEZ MAIS ENDIVIDADA.

**ADRIANA:**

POR MAIS QUE O PAI TRABALHASSE O ANO TODO, O DE SOL A SOL / A PARTE DA COLHEITA ENTREGUE PARA SALDAR A DÍVIDA IA CRESCENDO SEM PARAR / MAIS OU MENOS COMO A NOSSA DÍVIDA EXTERNA. A CADA ANO, O PAI PRECISAVA EMPRESTAR MAIS SACAS DE MILHOS E DEVOLVER O TRIPLO / OU SEJA / SÓ TRABALHAVA PARA PAGAR JUROS.

ASSIM COMO ACONTECE COM OS BRASILEIROS POBRES/ QUE SÓ VIVEM PARA DAR LUCRO EM FORMA DE JUROS PARA BANQUEIROS E AGIOTAS.

**JUNIOR:**

CADA DIA MAIS INDIVIDADA, A FAMÍLIA VENDEU AS POUCAS GALINHAS E PORCOS / E DEPOIS VENDEU O FEIJÃO PLANTADO NA ENCOSTA DE UM MORRO.

SEM OVOS / NEM FEIJÃO PARA COMER / A MÃE FOI FICANDO CADA VEZ MAIS DESNUTRIDA.

NÃO TINHA MAIS LEITE PARA O FILHO / DAVA PARA ELE A ÚNICA COMIDA QUE SOBRAVA / FARINHA DE MILHO E ÁGUA / E ASSIM A CRIANÇA FOI FICANDO FRACA / DESNUTRIDA / DOENTE E, FINALMENTE, MORREU.

---

<sup>12</sup> História adaptada de WERNER, David. **Onde Não Há Médicos**. São Paulo: Paulinas, 1981.

**ADRIANA:**

O PROBLEMA FICOU MAIS GRAVE, PORQUE O PAI PASSOU A BEBER DE VEZ EM QUANDO.

**JUNIOR:**

SE EMBRIAGAR É LAMENTÁVEL E NÃO AJUDA EM NADA A RESOLVER OS PROBLEMAS / MAS VEJA A VIDA DESSE TRABALHADOR / DESSE HOMEM E PAI.

NUNCA DESCANSOU UM MINUTO DE SEU TRABALHO PESADO, DE SOL- A- SOL E TUDO QUE CONSEGUIU FOI FICAR MAIS E MAIS ENDIVIDADO.

NÃO CONSEGUIU SUSTENTAR SEU FILHO QUE TANTO AMAVA O QUAL MORREU DE FOME.

AINDA POR CIMA, SENTIA-SE CULPADO POR SUA POBREZA E PELA MORTE DE SEU FILHO.

**ADRIANA:**

A APARENTE FALTA DE SAÍDA DA SITUAÇÃO QUE ELE VIVIA / A FALTA CONSTANTE DE ALIMENTOS E DE UM PAGAMENTO JUSTO PELO PRODUTO DE SEU TRABALHO / TUDO ISSO É UM FARDAMENTO MUITO PESADO PARA QUALQUER UM.

NÃO! // REALMENTE NÃO PODEMOS CULPAR ESSE HOMEM POR PERDER A CABEÇA ÀS VEZES E SE EMBEBEDAR / MESMO SABENDO QUE O ÁLCOOL NÃO VAI AJUDAR EM NADA E AINDA VAI PIORAR AS COISAS.

**JUNIOR:**

NA REALIDADE, NINGUÉM PODE SER CULPADO PELA SITUAÇÃO QUE VIVEU ESSA FAMÍLIA E NA QUAL VIVEM MILHÕES DE PESSOAS NO MUNDO TODO.

OU MELHOR / TODOS NÓS SOMOS CULPADOS POR ESSA SITUAÇÃO ABSURDA // NÓS QUE VIVEMOS COM MAIS DO QUE O NECESSÁRIO / QUE NOS CALAMOS DIANTE DA INJUSTIÇA/ QUE NÃO PROTESTAMOS CONTRA OS JUROS ALTOS QUE O PAÍS PAGA AOS BANQUEIROS.

NÓS SOMOS CULPADOS, PORQUE VOTAMOS EM POLÍTICOS EM TROCA DE EMPREGO E OUTRAS VANTAGENS PESSOAIS / MESMO SABENDO QUE SÃO DESONESTOS E QUE SÓ QUEREM SE DAR BEM À CUSTA DO SOFRIMENTO ALHEIO.

**ADRIANA:**

SOMOS CULPADOS PORQUE VAMOS A IGREJA / REZAMOS E LOUVAMOS E NO DIA-A-DIA, MAS ESQUECEMOS DOS INSINAMENTOS DE CRISTO E VIVEMOS O “CADA UM POR SI E DEUS PRA TODOS”, OU O “SALVE-SE QUEM PUDE MESQUINHO E EGOÍSTA”.

DE QUALQUER FORMA / NÃO ESTÁ CERTO / NÃO É HUMANO CALAR NUM MUNDO ONDE ALGUMAS PESSOAS ENRIQUECEM CADA VEZ MAIS COM O TRABALHO DE OUTROS QUE PASSAM FOME.

**ERNANDE:**

EXISTEM MILHARES DE CRIANÇAS COMO A DESTA HISTÓRIA EM NOSSO MUNDO // ALGUMAS MORTAS OUTRAS ESPERANDO A MORTE.

NO MUNDO TODO / SEGUNDO A ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - / UMA CRIANÇA A CADA QUATRO ESTÁ DESNUTRIDA // A MAIORIA DELAS POR RAZÕES SEMELHANTES AS DA CRIANÇA DESTA HISTÓRIA.

OS PROBLEMAS DESTAS CRIANÇAS NÃO SERÃO RESOLVIDOS COM REMÉDIOS / COM BANHEIROS / COM CENTROS DE NUTRIÇÃO OU PLANEJAMENTO FAMILIA / EMBORA TUDO ISSO SEJA IMPORTANTE E POSSA AJUDAR.

O QUE ESSAS PESSOAS PRECISAM MESMO É DE UMA OPORTUNIDADE JUSTA PARA VIVER DE SEU PRÓPRIO TRABALHO E UMA DISTRIBUIÇÃO JUSTA DO QUE A TERRA PRODUZ.

### **SOBE A MÚSICA DE FUNDO**

Deixar a música tocar alta por alguns segundos. Depois ir abaixando a música de narração e elevando a nova música. Essa nova música será utilizada para realizar a transição para o intervalo. Serve também para assinalar o fim do tema do dia.

### **ERNANDE:**

FALAR QUE TERMINOU O TEMA DO DIA

FALAR QUE VAI ENTRAR O INTERVALO

AVISAR O QUE VAI TER APÓS O INTERVALO

### **Texto de Exemplo:**

ESSE FOI NOSSO TEMA DE HOJE // ECONOMIA E SAÚDE.

VAMOS AO INTERVALO E LOGO APÓS VOLTAMOS COM O MOMENTO DO CONTROLE SOCIAL E NOSSOS AVISOS E RECADOS.

### **JUNIOR:**

PEDIR A PARTICIPAÇÃO DO OUVINTE;

### **Texto de exemplo:**

SE O AMIGO OU A AMIGA OUVINTES TÊM ALGUMA DÚVIDA A RESPEITO DO ASSUNTO DE HOJE / É SÓ ENTRAR EM CONTATO COM A GENTE.

AS FORMAS DE CONTATO VOCÊ JÁ SABE // CARTA / TELEFONE

CORREIO ELETRÔNICO OU PESSOALMENTE.

E VOCÊ PODE TAMBÉM SUGERIR ASSUNTOS PARA NOSSO PROGRAMA.

### **SOBE A MÚSICA**

Deixar a música alta por aproximadamente cinco segundos e voltar a abaixar o volume. Então se inicia a fala.

### **ADRIANA:**

PEDIR SUGESTÃO DE ASSUNTOS PARA OS OUVINTES

### **Texto de exemplo:**

? QUER QUE A GENTE FALE DE ALGUM ASSUNTO DE SEU INTERESSE?

ENTÃO NÃO PERCA TEMPO // VENHA FALAR CONOSCO OU FALE COM O AGENTE DE SAÚDE DA SUA ÁREA.

**ERNANDE:**

FALAR QUE VAI ENTRAR O INTERVALO;  
AVISAR O QUE VAI TER APÓS O INTERVALO;

**Texto de exemplo:**

AGORA VAMOS PARA UM INTERVALO RAPIDINHO E VOLTAMOS EM SEGUIDA, COM O MOMENTO DO CONTROLE SOCIAL E OS AVISOS E RECADOS.

**INTERVALO**

No intervalo pode ser veiculado apoio cultural ou propagandas da rádio. Em Rio Negro, divulgávamos no intervalo material informativo gravado e baixado da internet. A rádio câmara ou senado ou o ministério da saúde, cultura e educação têm muito material interessante de curta duração que podem ser utilizados. Especialmente o site do ministério da cultura que disponibiliza a Rádio Palmares, com informações sobre cultura, educação e saúde da população negra. Esse site pode ser acessado em: <http://www.palmares.gov.br/>

**FIM DO INTERVALO**

**INICIAR MÚSICA DE FUNDO<sup>13</sup>**

Deixe a música tocar por uns 8 segundos. Depois ir abaixando lentamente o volume e se inicia a fala.

**ERNANDE:**

FALAR O NOME DO PROGRAMA

**Texto de Exemplo:**

ESTAMOS DE VOLTA RIO NEGRO // ESSE É O PROGRAMA SAÚDE COMUNITÁRIA / SEU PROGRAMA DE SAÚDE E CIDADANIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO NEGRO E DO PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO**

Deixar a música alta por aproximadamente cinco segundos e voltar a abaixar o volume. Então iniciar a fala.

**JUNIOR:**

FALAR A HORA;  
FALAR O ASSUNTO QUE FOI CONVERSADO ANTES DO INTERVALO<sup>14</sup>;

---

<sup>13</sup> Este momento pode ser iniciado com a mesma música da abertura do programa ou ter uma nova só para esse momento. No Saúde Comunitária de Rio Negro, utilizávamos uma música diferente.

<sup>14</sup> Se houver tempo ou se o assunto for de difícil compreensão, neste ponto pode-se fazer um resumo do que foi falado na primeira parte do programa. Pode-se também abrir espaço para participação do ouvinte. Tudo depende do tempo que ainda resta de programa. Quando o ouvinte se manifesta e o assunto “rende” boa discussão, vale a pena improvisar e cortar alguns quadros ou diminuir o tempo deles.

**Texto de Exemplo:**

SÃO EXATAMENTE DEZ HORAS E QUARENTA E CINCO MINUTOS / HOJE ESTIVEMOS CONVERSANDO SOBRE ECONOMIA E SAÚDE // FALAMOS SOBRE O QUE É SUPERÁVIT PRIMÁRIO, RECESSÃO ECONÔMICA, TAXA SELIC E O QUE TUDO ISSO TEM A VER COM O SUS.

**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO**

Deixar a música alta por aproximadamente cinco segundos e voltar a abaixar o volume. Então iniciar a fala.

**ERNANDE:**

FALAR QUE É HORA DO MOMENTO CONTROLE SOCIAL

FALAR O QUE É O MOMENTO DO CONTROLE SOCIAL E SUA FINALIDADE

**Texto de exemplo:**

VAMOS AGORA AO MOMENTO DO CONTROLE SOCIAL:

O MOMENTO DO CONTROLE SOCIAL FOI CRIADO PARA ESCLARECER AO AMIGO OUVINTE E USUÁRIO DO SUS SOBRE SEUS DIREITOS E DEVERES NO QUE DIZ RESPEITO À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DE SAÚDE.

**JUNIOR:**

PEDIR A PARTICIPAÇÃO DO OUVINTE;

**Texto de exemplo:**

ESPERAMOS ESTAR CONTRIBUINDO COM O ESCLARECIMENTO DAS DÚVIDAS SOBRE SEUS DIREITOS // CASO TENHA AINDA ALGUMA DÚVIDA SOBRE APOSENTADORIA, SOBRE MEDICAÇÕES, SOBRE TRATAMENTOS DE SAÚDE OU QUALQUER OUTRA, ESCREVA PARA A GENTE.

**ABAIXAR A MÚSICA DE FUNDO**

**ENTRA A VINHETA DO QUADRO MOMENTO DO CONTROLE SOCIAL**

**INICIAR A MÚSICA DO MOMENTO CONTROLE SOCIAL:**

Deixar a música tocar por aproximadamente 8 segundos. Aí ir abaixando a música e deixando-a de fundo.

**ADRIANA<sup>15</sup>:****DOCTRINAS DO SUS?**

O SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ESTÁ ASSEGURADO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E FAZ PARTE DE UM SISTEMA MAIS AMPLO DE SEGURIDADE SOCIAL / QUE ENVOLVE TAMBÉM O INSS.

**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO:**

Deixar alta por aproximadamente cinco segundos e voltar a abaixar o volume. Então iniciar a fala.

---

<sup>15</sup> Em nosso exemplo, o quadro Momento do Controle Social é realizado por apenas uma pessoa. No entanto, pode ser realizado da mesma maneira que a narração inicial. Quando se usa apenas uma voz é interessante que os momentos de pausa, ou seja, música com som elevado, repita-se com mais frequência. Isso possibilita que o ouvinte tenha uma pausa e reflita sobre o que ouviu nos últimos minutos.

**ADRIANA:**

O SUS TEM ALGUMAS DOUTRINAS OU PILARES DE SUSTENTAÇÃO DE SEU MODELO DE SAÚDE. / SÃO ELAS A UNIVERSALIDADE, A INTEGRALIDADE E A EQUIDADE.

**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO:**

Deixar alta por aproximadamente cinco segundos e voltar a abaixar o volume. Então iniciar a fala.

**ADRIANA:**

A UNIVERSALIDADE QUER DIZER QUE TODAS AS PESSOAS TÊM DIREITO À ATENÇÃO À SAÚDE/ CABE AO ESTADO GARANTIR AS CONDIÇÕES PARA O EXERCÍCIO DESTES DIREITOS. / A UNIVERSALIDADE QUER DIZER, TAMBÉM, QUE O SUS É PARA TODOS, OU SEJA, ELE NÃO É SÓ PARA POBRES, COMO MUITOS QUEREM FAZER A GENTE PENSAR // ALGUNS PROFISSIONAIS DO SUS AGEM COMO SE ISSO FOSSE VERDADE. PARECE QUE ESTÃO NOS FAZENDO UM FAVOR / MAS ELAS ESTÃO ERRADAS. / O SUS É PARA TODOS E NENHUM SERVIDOR ESTÁ NOS FAZENDO FAVOR. / ELAS RECEBEM SALÁRIO PARA NOS ATENDER. // SE VOCÊ VAI A UM PROFISSIONAL QUE FAZ DIFERENÇA ENTRE O ATENDIMENTO DO SUS E O PARTICULAR / SAIBA QUE É ELE QUE ESTÁ ERRADO, / NÃO O SUS / POIS ÉTICA CABE EM QUALQUER LUGAR / BASTA TER.

**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO:**

Deixar alta por aproximadamente cinco segundos e voltar a abaixar o volume. Então iniciar a fala.

**ADRIANA:**

INTEGRALIDADE É A SEGUNDA DOUTRINA DO SUS E QUER DIZER QUE TODAS AS UNIDADES DE SERVIÇO DE SAÚDE DEVEM ESTAR INTEGRADAS A UMA REDE MAIOR / E ASSIM OFERECER UM TRATAMENTO INTEGRAL / OU SEJA / A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E AS MAIS COMPLEXAS TAMBÉM/ ISSO ACONTECE ATRAVÉS DAS REFERÊNCIAS E CONTRA-REFERÊNCIAS. / UM EXEMPLO DISSO É QUE QUANDO A GENTE PRECISA DE UM EXAME QUE NÃO TEM AQUI EM RIO NEGRO, A GENTE MARCA PARA FAZER EM CAMPO GRANDE. / QUANDO A GENTE PRECISA DE UM PROFISSIONAL ESPECIALISTA QUE NÃO TEM AQUI / A GENTE É ATENDIDA EM OUTRO LUGAR QUE TEM / ISSO É A INTEGRALIDADE DO SUS.

**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO:**

Deixar alta por aproximadamente cinco segundos e voltar a abaixar o volume. Então iniciar a fala.

**ADRIANA:**

OUTRA DOUTRINA DO SUS É A EQUIDADE.

ESSA PALAVRA É COMPLICADA. A GENTE NÃO OUVI TODO DIA / MAS É SIMPLES: // EQUIDADE QUER DIZER QUE TODAS AS PESSOAS TÊM DIREITOS DE TER SUA NECESSIDADE ATENDIDA / MESMO QUE ESSA NECESSIDADE SEJA DIFERENTE DA NECESSIDADE DA MAIORIA // ISSO QUER DIZER QUE CADA PESSOA É DIFERENTE E TEM DIREITO A UM ATENDIMENTO PERSONALIZADO/ QUE ATENDA SUAS NECESSIDADES ESPECÍFICAS//

É O MESMO PRINCÍPIO DO CRISTIANISMO: A CADA UM SERÁ PEDIDO O QUE PUDER DAR E OFERECIDO O QUE PRECISA.

**ERNANDE:**

E NÃO SE ESQUEÇA AMIGOS USUÁRIOS DO SUS...

VIVA SEUS DIREITOS E CUMPRA SEUS DEVERES COM SUA SAÚDE. SAIBA QUE ESTAMOS AQUI A SUA DISPOSIÇÃO/ AFINAL DE CONTAS, É VOCÊ QUEM PAGA NOSSOS SALÁRIOS.

**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO:**

Deixar a música alta por aproximadamente cinco segundos. Neste ponto deve-se trocar a música, pois é o início de outro quadro, ou seja, de outro momento dentro do programa. Se houver uma nova vinheta ela pode ser usada. No Saúde Comunitária não tínhamos uma vinheta para os avisos, por isso, simplesmente começávamos com uma música tema que era repetida toda semana.

**ERNANDE:**

AVISAR QUE VÃO COMEÇAR OS AVISOS E RECADOS DA SEMANA;

**Texto de exemplo:**

AGORA VAMOS AQUELE MOMENTO QUE MUITA GENTE EM CASA FICA ESPERANDO // OS NOSSOS AVISOS E RECADINHOS AOS OUVINTES DE CARTEIRINHA.

**ADEMAR:**

O ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ÁREA RURAL DO BAIRRO SANTA FÉ É TODO DIA DAS 7 ÀS 17 HORAS, OU DAS 7 DA MANHÃ ÀS 5 DA TARDE // SÓ TEM UMA PARADINHA DAS 11 ÀS 13 HORAS PARA O ALMOÇO.

**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO:**

Deixar alta por aproximadamente cinco segundos e voltar a abaixar o volume. Então iniciar a fala.

**ADEMAR:**

TODOS OS DIAS PELA MANHÃ TEM MÉDICO NA UNIDADE DE SAÚDE DA ÁREA RURAL / MAS NA TERÇA À TARDE E NA QUINTA-FEIRA À TARDE O MÉDICO NÃO ATEND //  
TODA TERÇA-FEIRA NO PERÍODO DA TARDE O ATENDIMENTO DO MÉDICO É NO PATRIMONIO SÃO FRANCISCO //  
TODA QUINTA-FEIRA À TARDE O ATENDIMENTO DO MÉDICO É NO PERDIGÃO // E NA QUINTA-FEIRA PELA MANHÃ TEM ATENDIMENTO DO HIPERDIA NO PERDIGÃO.

**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO:**

Deixar alta por aproximadamente cinco segundos e voltar a abaixar o volume. Então iniciar a fala.

**ERNANDE:**

AVISAR QUE É HORA DOS RECADINHOS AOS OUVINTES DE CARTEIRINHA

**Texto de exemplo:**

AGORA VAMOS AOS NOSSOS RECADINHOS ESPECIAIS DOS NOSSOS OUVINTES DE CARTEIRINHA.

**ADEMAR:**

QUERO MANDAR UM ABRAÇO E AGRADECER A AUDIÊNCIA LÁ DO CONJUNTO HABITACIONAL NOVO HORIZONTE / NA COHAB UM / DOIS E TRÊS.

**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO:**

Deixar alta por aproximadamente cinco segundos e voltar a abaixar o volume. Então iniciar a fala.

**ADEMAR:**

UM ABRAÇO TAMBÉM PARA SEU GABRIEL NO SÍTIO BELA ROSA // UM ABRAÇO TODO ESPECIAL PARA O GRUPO DE HIPERDIA DO PERDIGÃO / AGORA TODA QUINTA FEIRA TEM ATENDIMENTO DO HIPERDIA NAQUELA REGIÃO.

**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO:**

Deixar a música alta por aproximadamente cinco segundos. Então voltar a abaixar o volume e iniciar a fala.

**ADEMAR:**

UM ABRAÇO PARA SEU SEBASTIÃO LÁ DO PATRIMÔNIO SÃO FRANCISCO.

**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO:**

Deixar alta por aproximadamente cinco segundos. Então voltar a abaixar o volume e iniciar a fala.

**ADEMAR:**

SE EU TIVER ESQUECIDO SEU NOME, AVISE O AGENTE COMUNITÁRIO DE SUA ÁREA QUE VOCÊ É OUVINTE DE CARTEIRINHA E QUER UM ABRAÇO ESPECIAL.

**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO:**

Deixar a música alta por aproximadamente cinco segundos. Então voltar a abaixar o volume e iniciar a fala.

**JUNIOR:**

FALAR QUE O PROGRAMA ESTÁ TERMINANDO  
FALAR QUE DIA É HOJE

**Texto de exemplo:**

ESTAMOS CHEGANDO AO FINAL DE MAIS UMA EDIÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE COMUNITÁRIA DESTA SEXTA-FEIRA DIA TRÊS DE MARÇO DE 2006.



**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO:**

Deixar a música alta por aproximadamente cinco segundos. Então voltar a abaixar o volume e iniciar a fala.

**ERNANDE:**

CONFIRMAR QUE O PROGRAMA ESTÁ CHEGANDO AO FIM  
DESPEDIR-SE DA ADRIANA

**Texto de exemplo:**

CHEGAMOS AO FIM DO PROGRAMA SAÚDE COMUNITÁRIA, MAS NÃO SE ESQUEÇA: / NA SEXTA-FEIRA ÀS 10 E 30 ESTAREMOS DE VOLTA // ADRINA / OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO E ATÉ SEMANA QUE VEM.

**ADRIANA:**

DESPEDIR-SE DOS COMPANHEIROS  
DESPEDIR-SE DOS OUVINTES E USUÁRIOS DO SUS

**Texto de exemplo:**

TCHAU ERNANDE / TCHAU JUNIOR E ADEMAR // ATÉ SEMANA QUE VEM AMIGO E AMIGA OUVINTE E USUÁRIOS DO SUS.

**ERNANDE:**

DESPEDIR-SE DO ADEMAR

**ADEMAR:**

DESPEDIR-SE DOS COMPANHEIROS  
DESPEDIR-SE DOS OUVINTES

**ERNANDE:**

DESPEDIR-SE DO JUNIOR

**JUNIOR:**

DESPEDIR-SE DOS COMPANHEIROS  
DESPEDIR-SE DOS OUVINTES

**ERNANDE:**

NOVAMENTE AGRADECER A PARTICIPAÇÃO DOS COMPANHEIROS  
AGRADECER A EQUIPE DA RÁDIO  
AGRADECER A SECRETARIA OU DEMAIS AUTORIDADES  
AGRADECER A AUDIÊNCIA  
AVISAR QUE O PROGRAMA ESTARÁ DE VOLTA NA PRÓXIMA SEMANA

**Texto de exemplo:**

OBRIGADO AO JUNIOR / AO ADEMAR E A ADRIANA // OBRIGADO AO UEBSTER E TODA DIREÇÃO DA RÁDIO RIO NEGRO. /OBRIGADO POR SUA AUDIÊNCIA E ATÉ SEMANA QUE VEM. TCHAU

**SUBIR A MÚSICA DE FUNDO:**

Deixar a música alta por aproximadamente 8 segundos. Então abaixar a música e colocar no ar a vinheta de encerramento.

**VINHETA DE ENCERRAMENTO**

A vinheta de encerramento foi obtida da mesma forma que a vinheta de abertura.

**TEXTO DA VINHETA DE ENCERRAMENTO:**

VOCÊ OUVIU // SAÚDE COMUNITÁRIA / SEU PROGRAMA DE SAÚDE E CIDADANIA // OBRIGADO PELA SUA AUDIÊNCIA.

**10. A PESQUISA SOBRE O SAÚDE COMUNITÁRIA EM RIO NEGRO<sup>16</sup>**

Esta foi uma pesquisa de opinião de cunho descritivo. Foram entrevistadas 101 famílias divididas entre área urbana e rural, sendo 53 famílias da área rural e 48 da área Urbana. Eram para serem entrevistadas 55 famílias em cada área, no entanto dois formulários foram descartados da área urbana e sete da área rural, porque apresentavam falhas no preenchimento.

O instrumento foi dividido em três partes:

Perfil e interesse dos Usuários/Ouvintes pelo rádio;

Conhecimento sobre o Programa Saúde Comunitária; e

Interesse pelo programa Saúde Comunitária.

Foram sete perguntas, sendo seis fechadas e uma aberta.

Além das perguntas específicas sobre o programa de educação em saúde, os usuários responderam sobre faixa etária, sexo e local de moradia. A identidade do usuário foi mantida em segredo e apenas o bairro foi considerado no quesito local de moradia. Além destes dados, foi colhida a identificação do entrevistador.

A coleta de dados aconteceu durante 60 dias e foi realizada pelos seguintes profissionais: Agentes Comunitários de Saúde da área urbana e rural, Agente do Serviço de Endemias, Auxiliares de Enfermagem.

A coleta de dados ocorreu durante visitas domiciliares e também nos atendimentos na Unidade de Saúde da Família da Área Rural e em dois Postos de Saúde de Distritos da área rural.

Todos os entrevistadores foram treinados para coletar os dados sem interferir nas respostas.

---

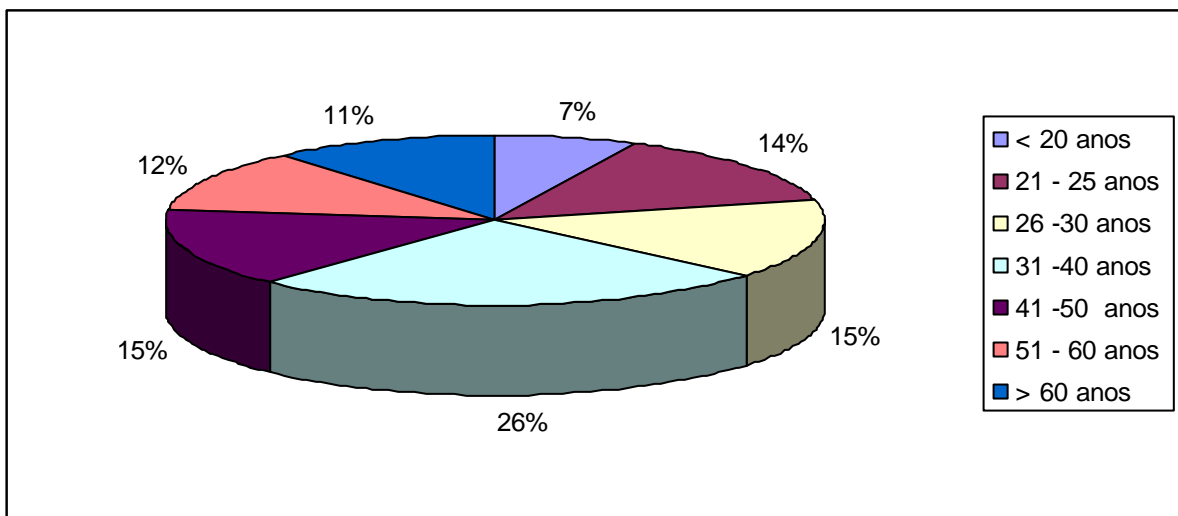
<sup>16</sup> Estes dados foram originalmente publicados na revista O MUNDO DA SAÚDE São Paulo: 2007: jul/set 31(3):394-402

A escolha dos pesquisados foi aleatória, porém cada família entrevistada deveria estar no mínimo a cinco casas de diferença uma da outra. Como critério de exclusão, os entrevistadores foram orientados a evitar usuários menores de 15 anos e usuários que sabidamente eram ouvintes do programa Saúde Comunitária. Outra orientação era evitar ouvir usuários um na frente do outro, para evitar influência da resposta de uma sob o outro entrevistado.

A Rádio FM Rio Negro é Comunitária, sem profissionalismo e com dificuldades financeiras e técnicas, causando dificuldade de sintonia em algumas áreas. Por isso foram excluídas, da pesquisa, famílias que moravam em áreas de sombra da transmissão, ou seja, em área onde a recepção da rádio era esporádica ou inexistente.

Os resultados obtidos foram os seguintes:

**GRÁFICO 1: FAIXA ETÁRIA DOS OUVINTES DO PROGRAMA SAÚDE COMUNITÁRIA, RIO NEGRO-MS, 2006**

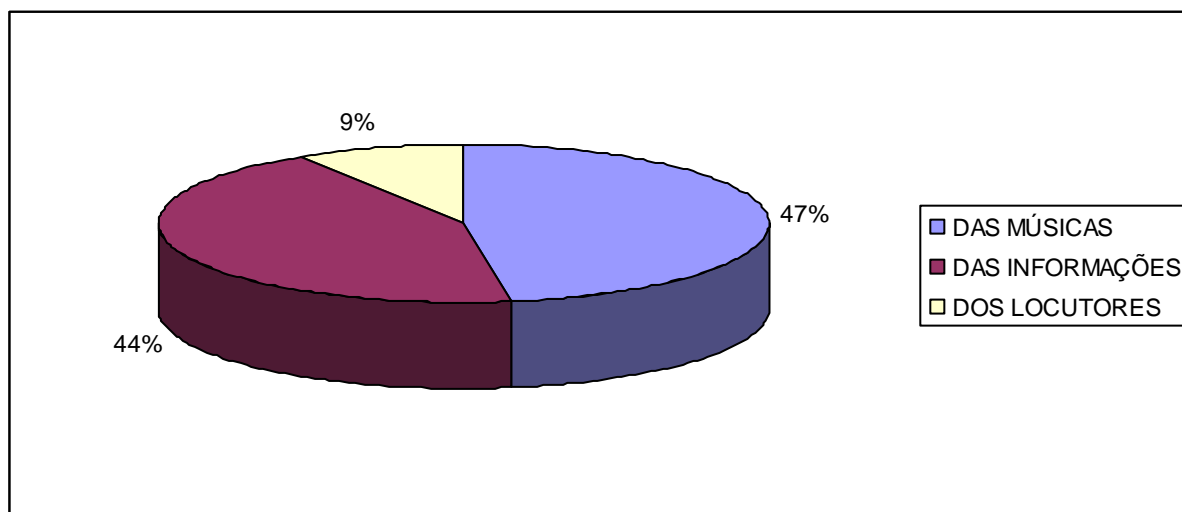


A faixa etária dos pesquisados abrangeu da adolescência à maior idade. O índice de audiência entre adolescentes, apesar de ser o menor entre os ouvintes, surpreendeu positivamente, pois acreditávamos que o programa despertava interesse ainda menor entre os ouvintes desta faixa etária.

Apuramos que são as mulheres as principais ouvintes de rádio no período da manhã na cidade de Rio Negro. 79% da audiência era feminina. Marcel (2006) diz que o horário nobre do rádio vai das 7 às 19 horas, ou seja, o horário de maior audiência. Esperávamos que a audiência no horário da manhã fosse realmente majoritariamente feminina, uma vez que em Rio Negro as mulheres não têm boas perspectivas de emprego, além do trabalho doméstico, e por isso ficam em casa cuidando dos afazeres domésticos e das crianças, bem mais tempo que os homens. E o rádio convive melhor com essas características, uma vez que uma das características do rádio é permitir que o ouvinte possa ouvi-lo e ainda assim fazer outras coisas (MELIANE, 2000). Essa evidência de que a mulher fica mais em casa foi reforçada com a pesquisa, uma vez que a grande maioria dos pesquisados foram abordados em domicílio.

A mulher também é mais presente nas atividades de saúde, seja na demanda espontânea ou nos programas de prevenção, constatação corroborada por Vasconcelos (1999, p. 2003), que chama a Centro de Saúde de “espaço predominantemente das mulheres.”

**GRÁFICO 3: REFERÊNCIA DE INTERESSE DOS OUVINTES DE RÁDIO EM RIO NEGRO-MS, 2006**



O número de respostas não é necessariamente o mesmo que os entrevistados, uma vez que cada entrevistado poderia optar por uma, duas ou três respostas simultâneas.

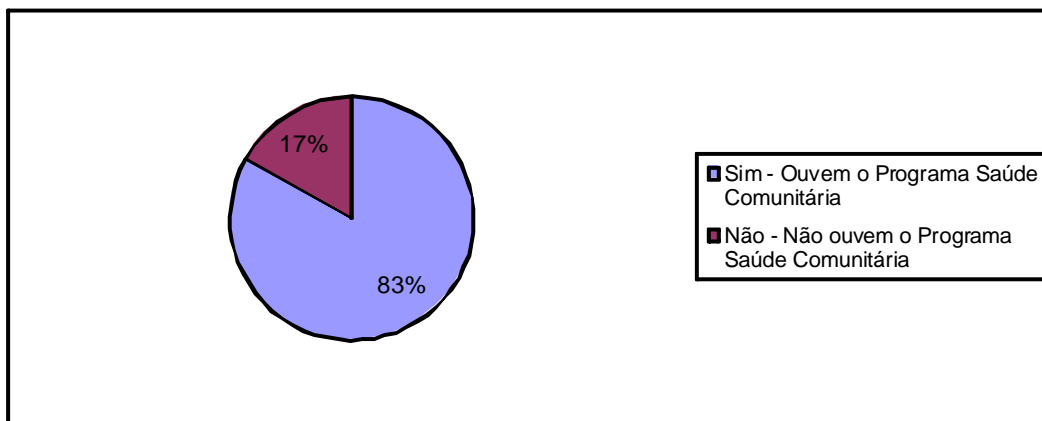
A população de Rio Negro liga o rádio para ouvir música e informações. Os locutores foram pouco citados, contrariando nossa expectativa, uma vez que acreditávamos que existia um vínculo maior entre o ouvinte e o locutor. Outra característica interessante é que a população da área rural procura no rádio mais informação do que a população da área urbana: 48% da população rural ligam o rádio para ouvir informação, e na área urbana esse número é de 39%.

Essa diferença pode ser causada pelo fato de a área rural, as fontes de informação ser mais restritas. Essa resposta é coerente também com a assiduidade do ouvinte com o programa Saúde Comunitária, uma vez que 52% dos usuários/ouvintes da área rural dizem ouvir sempre o programa, contra 39% dos usuários/ouvintes da área urbana.

Essa diferença de percentual encontrada em nossa pesquisa reforça a observação de Meliani (2000), que disse que o rádio é o veículo que possui o maior alcance junto à população de baixa renda e nas regiões pouco industrializadas.

Descobrimos na pesquisa que 81% da população sabiam da existência do programa Saúde Comunitária. Fato que surpreendeu, pois acreditávamos que apenas os usuários mais assíduos do serviço de saúde conheciam o programa de rádio, uma vez que ele não era divulgado em outros horários da programação. Mesmo sendo surpreendente o fato de 81% dos entrevistados saberem da existência do programa, consideramos que 19% da população não saber da existência dele é um número elevado, uma vez que Rio Negro tem apenas uma estação de rádio e que outras rádios não são sintonizadas por causa da topografia da região. Mesmo os moradores da área rural, que conhecem o programa Saúde Comunitária, sendo maioria, na área rural o número de pessoas que desconheciam a existência do programa foram maiores que a média do município. Na área rural foi de 24% o percentual de ouvintes que desconheciam o programa de saúde do PSF, e na área urbana foi 10%.

**GRÁFICO 5: DISTRIBUIÇÃO DE AUDIÊNCIA DO PROGRAMA SAÚDE COMUNITÁRIA, DENTRE OS QUE AFIRMAM CONHECER O PROGRAMA, RIO NEGRO-MS, 2006**

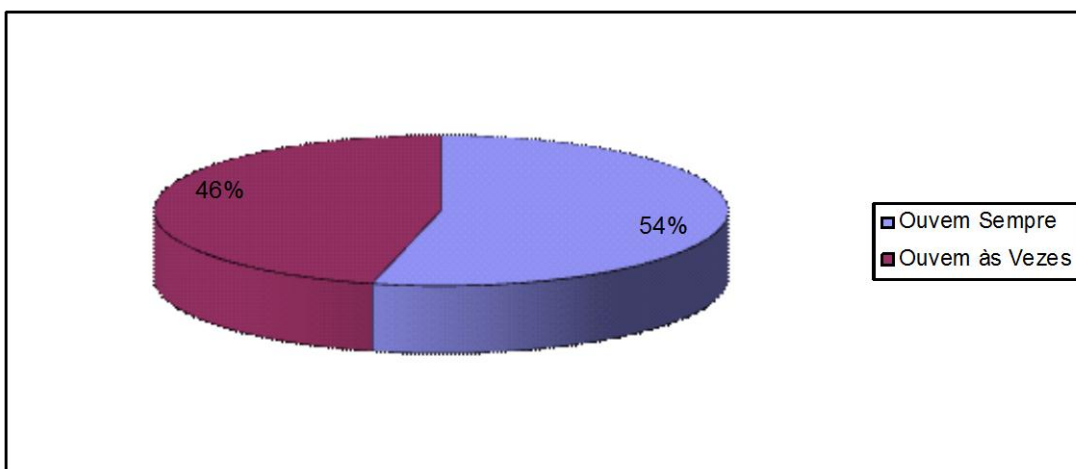


Nesta questão foram considerados apenas os entrevistados que disseram saber da existência do Programa Saúde Comunitária.

Do total de pessoas que disseram saber da existência do programa de saúde do PSF na rádio Comunitária Rio Negro, 83% disseram ouvi-lo.

Não há grande diferença entre os números da área rural e urbana, o que contraria uma expectativa prévia, pois acreditávamos que o programa tinha maior audiência na área rural. Na área rural 83% das pessoas que sabiam da existência do programa se declararam ouvi-lo e na área urbana esse número foi de 82%.

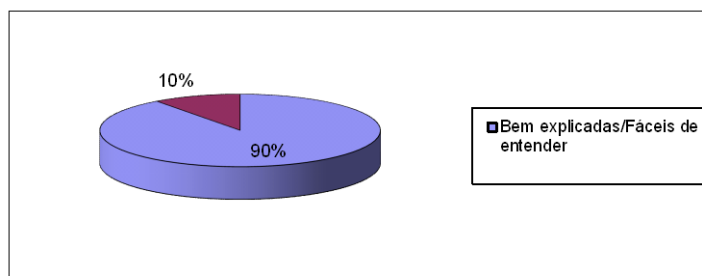
**GRAFICO 7: FREQUÊNCIA DA AUDIÊNCIA DO PROGRAMA SAÚDE COMUNITÁRIA, RIO NEGRO-MS, 2006**



São consideradas nesta questão apenas as respostas das pessoas que disseram ouvir o programa Saúde Comunitária.

Na média do município, 46% dos entrevistados que disseram ouvir o programa Saúde Comunitária, disseram ouvir sempre e 54% disseram ouvir apenas às vezes. No entanto, esse percentual muda significativamente quando separamos as áreas. Na zona rural o percentual de assiduidade de audiência é de 52% e na urbana é de 39%. Essa diferença é coerente com a resposta que deram os entrevistados sobre o que procuram no rádio. Os resultados mostram que os moradores da área rural, mais que os moradores da área urbana, ligam o rádio para receber informações. Outra explicação é que na cidade a vida é mais agitada e os diversos compromissos urbanos dificultam uma maior assiduidade dos usuários/ouvintes. Porém a assiduidade ao programa é grande. Uma ouvinte da área urbana chegou a declarar que sai do trabalho apressada toda sexta-feira para ouvir o programa, uma vez que não tem rádio em seu trabalho.

**GRÁFICO 8: OPINIÃO DOS OUVINTES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DOS TEMAS DO PROGRAMA SAÚDE COMUNITÁRIA, RIO NEGRO-MS, 2006**



São consideradas nesta questão apenas as respostas de pessoas que disseram ouvir o programa Saúde Comunitária.

Esse índice de resposta, considerando serem as questões discutidas no programa bem explicadas e fáceis de entender, foi o mais surpreendente de todos, uma vez que havia, seja por parte da equipe de saúde seja por parte de alguns gestores, o temor de que os assuntos eram demasiadamente complexos para os ouvintes.

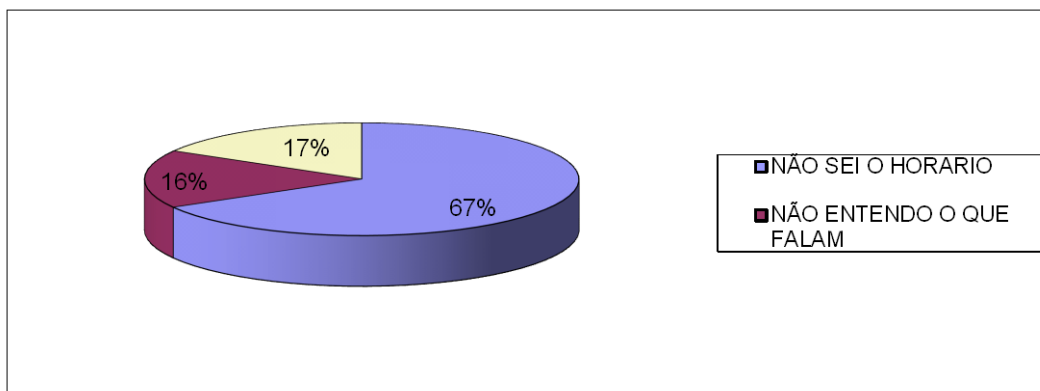
Era esse um temor real até por conta dos assuntos e as formas de abordagem, uma vez que não poupávamos assuntos ácidos, tais como: conceito de saúde, economia e saúde, autonomia dos usuários e outros. Tampouco evitávamos aprofundar algumas questões mais complexas.

As diferenças de opinião entre os ouvintes da área rural e urbana foram irrelevantes. Na zona rural, 89% consideram os assuntos bem explicados e fáceis de entender e na área urbana 90%.

Esse índice de pessoas que consideram os programas fáceis de entender corrobora nosso ponto de vista, ou seja, todo e qualquer assunto pode ser entendido pela grande maioria da população, tenha essa população passado pelo sistema educacional formal ou não.

Segundo Vasconcelos (1999, p. 208), algumas práticas de educação em saúde simplificam tanto a mensagem que a torna uma caricatura e assim afasta o público. Vasconcelos também diz que a dificuldade de entendimento do público não está tanto na linguagem técnica, mas na escolha dos temas. E nossa observação às conclusões de Vasconcelos é que a dificuldade de entendimento ou de interesse dos temas passa muito pelo tipo de abordagem que se dá a eles.

**GRÁFICO 9: EXPLICAÇÃO DA NÃO AUDIÊNCIA DO PROGRAMA SAÚDE COMUNITÁRIA PELAS FAMÍLIAS CONHECEDORAS DO PROGRAMA, RIO NEGRO-MS.**



São consideradas apenas as pessoas que disseram saber da existência do programa do PSF na rádio.

Na área rural, 60% das pessoas que não ouvem o programa disseram não ouvir por não saber o horário ou o dia – e na área urbana 72% disseram não saber o horário do programa.

Durante o período de pesquisa, não havia divulgação do horário e do dia do programa Saúde Comunitária durante toda a programação da rádio, porém logo após foram viabilizadas gravações com mensagens de saúde, seguidas da divulgação do dia e horário do programa.

O índice de pessoas que disseram não ouvir o programa por não entender os assuntos foi de 17% na média: 20% na área rural e 14% na urbana. Das pessoas que consideraram o programa chato, também 17% na média: na área rural 20% e na urbana 14%.

## **11. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

O programa de rádio, Saúde Comunitária, foi concebido para levar informações sobre saúde para as famílias que não acessam regularmente o serviço, seja por falta de disponibilidade de tempo, pela distância e pela precariedade dos transportes na zona rural, seja pela falta de tradição em participar de atividades educativas nos serviços de saúde, uma vez que a grande maioria dos usuários e dos profissionais de saúde consideram desnecessário ir ao serviço sem estar doente.

E este objetivo, levar informações de saúde até o usuário do SUS, esta pesquisa demonstrou que o Programa tem conseguido cumprir.

Alguns usuários ouvidos pela pesquisa disseram o seguinte sobre o Programa:

1. “É muito bom porque nós precisamos ficar bem informadas para nós cuidar”. (Mulher, 36 anos – Área Urbana).
2. “Quando os assuntos são interessantes para meus afazeres para prestar atenção”. (Mulher, 62 anos – Área Urbana).
3. “Antes ouvia direto, agora tenho que ir para escola... Gostaria de ouvir sobre câncer de mama e de útero.” (Mulher, 17 anos – Área Urbana)
4. “Gosto porque ouço as informações na minha própria casa”. (Mulher, 21 anos – Área Rural).

Alguns Usuários/Ouvintes também citaram problemas no programa, tais como a fala muito rápida, o não entendimento de algumas informações por serem técnicas e/ou formais.

Na pesquisa, os Usuários/Ouvintes sugeriram assuntos a serem abordados, tais como: Acidente com animais peçonhentos, anemia, doenças sexualmente transmissíveis e leishmaniose. O programa de educação em saúde via rádio não pode e não deve substituir outras atividades educativas do serviço. O rádio deve ser veículo para divulgar os serviços e programas da equipe. No entanto, cabe ressaltar que poucas pessoas, proporcionalmente ao número de usuários do SUS, participam de atividades educativas, mas essas mesmas pessoas ouvem rádio. O GPR - Grupo de Profissionais de Rádio (2005) divulgou os seguintes dados:

A influência que o meio Rádio exerce sobre a população brasileira é inquestionável. Segundo o Instituto de Pesquisas Marplan, sua penetração é praticamente igual à televisão, sendo consumido por mais de 90% da população.

A credibilidade da rádio também é alta. No texto *Porque o Rádio dá mais Resultados que a Tevê*, Leal (2006) diz o seguinte a respeito da credibilidade do rádio:

Todos os anos são realizadas pesquisas para aferir a credibilidade dos vários setores da sociedade junto ao público e todos os anos o rádio brilha. Ele é o **segundo em credibilidade**, logo atrás da Igreja Católica, 7 posições acima dos jornais e 17 posições acima da televisão. Ou seja: as pessoas acreditam muito mais no que é veiculado no rádio do que nos telejornais e isto se reflete também na **credibilidade** de sua propaganda, aceita com mais facilidade.

É bom frisar que o programa é apenas uma das atividades que se realiza no rádio. Outras atividades também são desempenhadas, tais como: recados, avisos e campanhas específicas durante toda semana e em todos os horários.

Ainda segundo pesquisa divulgada pelo GPR (2006), o horário nobre da rádio vai das 7 da manhã às 19 horas, período em que tem uma audiência maior do que a TV.

Os três objetivos da pesquisa foram atingidos:

1. Conhecer a opinião dos Usuários/Ouvintes.
2. Demonstrar para os servidores a aceitação dos Usuários/Ouvintes e assim conseguir maior apoio.
3. Demonstrar para os gestores a importância do Programa Saúde Comunitária para o desenvolvimento do cidadão.

Com a pesquisa conseguimos detectar a percepção do Usuário/Ouvinte a respeito do programa e assim inserir adequações para continuar bem se comunicando. O resultado, já divulgado entre a Equipe de Saúde da Família da Área Rural e Urbana e também junto aos Gestores, demonstrou claramente a eficiência do programa em levar informações de saúde para população. Isso, no entanto, não quer dizer que houve mudanças perceptíveis por parte dos gestores e da equipe. Porém há que considerar que as mudanças não são imediatas, o que não quer dizer que os servidores e gestores não tenham sido sensibilizados pelos resultados.

## **12. COMO PRODUZIR O SEU PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O RÁDIO**

Se o programa é seu, na verdade você vai ter que achar seu modo de fazer. Tudo que podemos fazer aqui é dar algumas orientações de como isso pode ser feito.

Em primeiro lugar é importante não agir como dono da verdade ou ter uma postura de professor “sabe tudo” falando para crianças que nada sabem. Essa preocupação é a mesma que deve ter ao fazer educação em saúde em qualquer lugar, seja no rádio, na Unidade de Saúde da Família ou na Associação de Moradores.

Comece de maneira o mais simples possível. Não faça um programa muito longo. Pense no que quer dizer e calcule o tempo de que precisa, sempre lembrando que no rádio é tudo muito rápido.

É importante preparar o conteúdo com antecedência, mesmo que decida improvisar na hora, um texto é importante, pois no ar não há espaço para ficar em dúvida do que dizer. Também não dá tempo de pensar muito: um segundo sem nada dizer, no rádio é muito. Por isso é sempre bom ter uma música de fundo; na ocorrência de um imprevisto, eleva-se o volume.



Importante: mais do que ter um texto, é fundamental ter um roteiro bem estruturado e testado com antecedência. Até mesmo para quebrar o roteiro ele é importante.

Formar uma equipe para dividir as funções é fundamental. Lembrar: nem sempre poderá estar pessoalmente no rádio na hora do programa, mas um compromisso assumido deve ser cumprido e é aí que entra a equipe. Além disso, dividir funções é um bom exercício de trabalho em grupo.

A cada transmissão é necessário ter um assunto para conversar com os ouvintes, e pode acreditar que assunto não vai faltar. E sempre vai ter avisos do serviço para divulgar. Estes avisos e outros recados podem ficar sob responsabilidade de um membro da equipe. Isso só tem que ficar assinalado no roteiro e bem claro para equipe de quem é a responsabilidade, para que não chegue na hora e não esteja preparado. Mandar abraços para os ouvintes é também um expediente interessante, uma vez que cativa a audiência e faz com que a pessoa lembrada sintam-se importante. Esses recados podem ficar a cargo de outra pessoa.

É imprescindível preparar o maior número de pessoas para fazer o programa, independentemente qual sua função: Exemplo: O sonoplasta deve estar preparado para dar os recados e o responsável pelos recados, por sua vez, estar preparado para fazer a sonoplastia.

Ficar atento ao dia-a-dia é fundamental, uma vez que os acontecimentos corriqueiros do serviço fornecem temas e/ou formas de abordá-lo. Exemplo: uma Usuária queixou-se de solidão durante um atendimento e isso motivou um programa sobre o assunto, por sinal um dos mais comentados na cidade.

Uma coisa que deve ser esquecida, sempre que possível, são os defeitos de sua voz. Se por acaso tiver em sua equipe uma pessoa que tem facilidade para falar ou voz potente, pode aproveitá-la, mas caso não tenha, não se preocupe. Mais importante do que ter uma voz potente é ter o que dizer e o ouvinte reconhece isso. Basta que não queira se passar por profissional de rádio, mas que sempre deixe claro que esse é um programa de Saúde no Rádio e não um programa de Rádio sobre Saúde. Pode até parecer à mesma coisa, mas não é. Com isso também não estamos dizendo que se deva descuidar dos aspectos técnicos, mas apenas que a mensagem é mais importante do que o meio.

Um programa de saúde ideal tenha de 10 a 30 minutos. Isso evita que tenha de tratar de modo muito superficial os problemas e/ou soluções apresentadas e também que tenha que ficar esticando os assuntos além do que é possível a pessoa apreender em casa. Caso tenha interesse de fazer um programa com maior duração, é preciso criar intervalos ou colocar música a cada 15 minutos, assim dá tempo para pessoa pensar no que está sendo dito.

Mas estas orientações precisam ser avaliadas à luz do seu público. Por exemplo: se seu programa pretende atingir prioritariamente a juventude, precisa pensar em um programa mais ágil e com mais músicas, brincadeiras, sátiras, pois é isso que o jovem busca na rádio em primeiro lugar.

Outro expediente seria fazer uma programação curta todos os dias, mas isso é difícil quando se pensa em introduzir o programa de rádio como uma atividade da rotina do serviço, mas cada localidade apresenta uma demanda diferente e assim uma solução diferente. Para usar deste expediente, seria preciso gravar os programas, o que também não é difícil, principalmente se houver profissionais de rádio ou estúdios de gravação na sua região, porém, não havendo esses profissionais, basta alguns treinos e qualquer um poderia fazer as

gravações em um computador doméstico, basta para isso ter um microfone e um programa de edição de áudio, tipo Sound Forge, por exemplo.

Uma abertura, encerramento e algumas vinhetas, mesmo que o programa seja ao vivo, são importantes. Abertura, encerramento e vinhetas podem ser encomendadas para alguma produtora de áudio, para a própria rádio ou feito em um computador pessoal, basta ter um microfone e um programa de edição de som, como o Sound Forge, por exemplo. Essas gravações são importantes para dar um aspecto radiofônico ao programa, mas caso não seja possível, basta escolher uma música que identifique o programa e sempre começar com ela. Com o computador, o microfone e um programa de edição de som, é possível realizar todo tipo de gravação. Porém, o programa ao vivo é mais interessante, pois podem ser incorporados improvisos e recados de última hora.

Essas dicas são interessantes e melhoram o aspecto técnico e a aparência do produto que se quer apresentar, porém se não se sentir capaz de fazer essas vinhetas em um primeiro momento, não se preocupe, pois o mais importante é a mensagem. O fundamental é ter um assunto e apresentá-lo aos usuários/ouvintes. Com isso não quero dizer que a forma do programa não seja importante, pois quanto mais bem acabado e agradável for o seu programa de rádio, melhor conseguirá passar a mensagem. E a forma ideal vai ser alcançada com a prática. O rádio é um meio de comunicação fantástico, cativante e diria mesmo que seja viciante. Fazer o programa de educação em saúde via rádio, além de atingir um público considerável e colaborar com o desenvolvimento da qualidade de vida da população, dá prazer ao realizador. Pode ter certeza disto.

## **QUANTO AO CONTEÚDO**

A verdade é que o conteúdo é vasto e a própria equipe e os ouvintes vão sugerir assuntos. É importante incluir no conteúdo os temas de preocupação do Ministério da Saúde, conforme o calendário oficial. Exemplo: em dezembro tem que ter um programa com conteúdo de HIV e outro de Dengue; em junho Campanha contra Poliomielite e assim por diante. Outro fato interessante é que um mesmo tema pode ser abordado e desdobrado de várias formas. Exemplo: Diabetes pode ser desenvolvida de forma geral, explicando o que é diabetes, as formas de prevenção, males que causa e tratamento. Isso tudo rende um programa, mas pode ser desenvolvido, como foi feito em Rio Negro, em três programas específicos. 1. Prevenção do Diabetes; 2. Diabetes – a doença; 3. Tratamento do diabetes.

Não precisa ter medo de repetir os temas, pois quanto mais falar de um assunto, maiores são as chances de o ouvinte compreender a mensagem. Basta lembrar que a pessoa ouve o rádio enquanto faz outras coisas simultaneamente. Poucas são as pessoas que param para prestar atenção só no que está ouvindo, portanto as chances de ter uma informação fragmentada são grandes. Por isso, se o tema for reprisado ou repetido com outro enfoque, contribui para desfragmentar a informação.

Um expediente que quase sempre dá certo é contar história e dar exemplos do dia-a-dia. Essa forma causa identificação imediata do ouvinte com a mensagem, porém é preciso ter o cuidado de sempre omitir situações, nomes ou qualquer outra coisa que identifique os casos reais e exponha os usuários e/ou servidores.

Fundamental é fugir da armadilha de ficar só falando em doenças e problemas. Saúde é mais do que doenças e, portanto, isso deve ser refletido no rádio. Uma boa dica de conteúdo

é investir em preparar o usuário sobre seus direitos e deveres dentro da saúde. Explicar o que é SUS e como funciona e as funções da equipe de saúde. Isso pode ser um problema a ser contornado se tiver uma coordenação imediatista ou uma equipe que pouco entende destes assuntos. A verdade é que as pessoas, usuários e profissionais de saúde estão acostumados com a programação da TV com dicas de saúde de 30 segundos sempre prescritivas. Deve-se fugir das prescrições e receitas fáceis, seja no rádio ou nos grupos. O interessante é levar os ouvintes/usuários a pensar e refletir sobre o que está ouvindo, só assim vão aceitar, ou não, de forma consciente e viver as informações.

Vasconcelos (1999, p. 192) diz que o ato de apenas ouvir não quer dizer passividade por parte do ouvinte. Segundo ele, o ouvinte recebe a informação e se a compreende, adota uma postura responsiva ou não, mas jamais passiva. A mensagem é rejeitada, aproveitada na totalidade ou parcialidade, mas não ignorada.

Hoje a internet disponibiliza muito conteúdo, seja impresso, ou em áudio, e muitas vezes é mais fácil baixar da internet e veicular do que produzir seu próprio programa, mas desta forma não se está falando diretamente ao usuário de seu serviço. Muitas vezes esse material pode fazer parte de seu programa, servindo para iniciar a discussão, assim nos comentários da equipe introduz-se a preocupação da localidade. O mesmo pode ser dito sobre notícias de jornais ou algum tema da novela. Utilizando esse expediente, conseguirá atingir e chamar atenção de seus Ouvintes/Usuários. Outro problema de baixar programas prontos da internet, é que eles falam de uma forma genérica, causando pouca empatia com os ouvintes, deixando de lado a reflexão. Uma mensagem padrão, como são os produtos preparados fora da realidade da comunidade, funciona com uma forma de levar informação ao ouvinte, o que é sempre bom, mas com um programa preparado pensando na sua comunidade, pode-se contribuir para conscientização dos Usuários/Ouvintes, e conscientizar é o objetivo e não apenas levar informação.

Pensando neste nesta reflexão importante, vou repetir um dado fundamental que não deve ser esquecido: a proposta é fazer um programa de educação em saúde via rádio e não um programa de rádio com conteúdo de saúde. Programas prontos e genéricos sejam de produtoras como a OBORÉ, o Ministério da Saúde, ou mesmo o Programa Saúde Comunitária, feito por nós na faculdade e distribuído para diversas cidades, são importantes e têm contribuição a dar, mas nunca conseguirão ter um aproveitamento melhor que um programa local, feito com a cara dos servidores e usuários da região.

Outro expediente que pode funcionar bem é dar voz a lideranças locais: padres, pastores, presidentes de associações de moradores, benzedeiros, conselheiros de saúde e outros. Sempre que possível incluir essas lideranças no programa é importante.

Produzir programa de educação em saúde para veicular no rádio não é tão fácil de início, embora seja infinitamente mais simples do que parece, mas a cada programa produzido fica mais e mais fácil e cada vez mais rápido. Portanto, a falta de tempo não será um problema muito sério a ser resolvido.

Outro detalhe: o programa gravado para o rádio pode depois ser reproduzido na sala de espera da unidade de serviço e em outras atividades do dia-a-dia.

## **OUTRAS ATIVIDADES EDUCATIVAS**

Além das atividades no rádio, a educação em saúde era levada muito a sério na rotina da Unidade de Saúde. Como afirmado anteriormente, um projeto de educação em saúde via rádio não pode substituir outras iniciativas nesta área e sim andar em paralelo, de forma a uma iniciativa complementar a outra.

Embora esse trabalho se restrinja à questão de educação em saúde via rádio, vamos citar algumas outras atividades e programas desenvolvidos na cidade de Rio Negro, no Mato Grosso do Sul, para ilustrar o que afirmamos e dar um exemplo prático de suas possibilidades.

Além de todas as atividades rotineiras de uma Unidade de Saúde, tais como vacinação, curativos, consultas médicas, odontológicas, consultas de Enfermagem, visitas domiciliares, reuniões, relatórios dentre outras, ainda desenvolvíamos em paralelo ao programa de educação em saúde via Rádio, os seguintes programas:

### **CONVERSANDO SAÚDE**

Acontecia toda sexta-feira no período da tarde. Era um programa de educação em saúde que envolvia toda comunidade e os Servidores do PSF e do Centro de Saúde. Cada semana era abordado um assunto específico levantado entre os participantes da semana anterior. A preparação dos encontros era dividida entre os Agentes Comunitários de Saúde e coordenada pelo Enfermeiro. Dentro deste projeto também ocorriam as reuniões do Comitê de Incentivo ao Aleitamento Materno e Prevenção de Mortes Maternas.

### **REUNIÃO DE AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO**

Essas reuniões aconteciam toda semana com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliar de Enfermagem da Equipe. Nestas reuniões eram avaliadas a semana de trabalho, as atividades desenvolvidas, planejamento das atividades da semana seguinte e levantamento das demandas para as atividades educativas voltadas à população e também para própria equipe.

### **HIPERDIA COLETIVO**

Reuniões mensais com a população, divididas por área, para evitar um número muito grande de participantes ao mesmo tempo. Nestas reuniões eram debatidos Hipertensão e Diabetes, sempre numa perspectiva de prevenção e qualidade de vida. Era estimulada a participação de familiares dos portadores destas doenças. O grupo de HiperDia continuava acontecendo toda semana com atendimento individualizado. Aproveitávamos especialmente datas que antecediam feriados ou posteriores ao feriado para realizar as atividades coletivas, pois desta forma evitávamos ficar mais de 30 dias sem atender o Hipertenso e o Diabético.

### **PLANTANDO SABER**

Esse programa era desenvolvido em parceria com o MOVA - Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos. Era voltado para usuários que não sabiam ler e escrever. Auxiliávamos na captação dos alunos e após esse momento acompanhávamos sua formação, introduzindo assuntos ligados à Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças.

## **PROGRAMA DA GESTANTE**

Esse programa era desenvolvido pela Igreja Católica e pelo Serviço Social. Acontecia uma vez por semana no período da tarde. Tinha como participantes gestantes. Cada semana o tema era desenvolvido por um profissional diferente, porém a equipe do PSF se envolvia toda semana, auxiliando na organização, convidando as gestantes e realizando busca ativa nas gestantes faltosas, além de participação ativa nas reuniões.

## **CAMPANHAS ESPECÍFICAS**

Essas eram desenvolvidas conforme o calendário do Ministério da Saúde ou datas designadas por nós. Exemplo: Semana de Combate à Hanseníase, Semana de combate à Tuberculose, Campanhas de Vacinação, Dia Mundial de Combate à AIDS, Dia Mundial da Água, Dia da Consciência Negra, Dia de Combate à Violência Contra Mulher e outras. Em cada uma destas datas foram desenvolvidas atividades específicas no serviço, tanto presenciais, quanto para o rádio. Uma das maiores atividades foram a de combate à tuberculose, que envolveu um grande número de atendimento em 15 dias de atividades em vários pontos da cidade. As atividades de comemoração ao Dia da Água foram as mais modestas, levando a todas as escolas das atividades com os Agentes Comunitários de Saúde. Todas essas atividades foram descritas em relatórios específicos e quase sempre fotografadas. Essas fotografias eram expostas para a comunidade, como forma de prestar contas e incentivar a participação dos usuários em futuras atividades.

Todos esses programas educativos eram potencializados pelo programa de rádio e ao mesmo tempo o complementavam, uma vez que servia como veículo de mobilização para as atividades presenciais e posterior divulgação dos resultados para um público maior.

## **SAÚDE COMUNITÁRIA PARA ALÉM DE SEUS CRIADORES**

De maio ao fim de outubro, trabalhei na Equipe de Saúde da Família da Área Urbana e de novembro a fim de março na Equipe de Saúde da Família da Área Rural da Cidade de Rio Negro, no Mato Grosso do Sul. Em primeiro de abril de 2006, o PSF da área Rural ganhou uma nova Enfermeira coordenadora. Eu completara um ano na cidade e retornava para o Paraná para assumir uma vaga em Campo Largo, cidade da Região Metropolitana de Curitiba. Entre os vários projetos e programas implantados na cidade, o que temia não ter continuidade era justamente o Saúde Comunitária. Mais do que o programa em si, acreditava que havia desenvolvido entre a Secretaria de Saúde e a Rádio FM Comunitária Rio Negro uma co-responsabilidade em trabalhar a questão saúde, em especial a educação em saúde.

O potencial sociocomunitário da rádio Rio Negro sempre foi subestimado, tanto pelos gestores da rádio, quanto pela comunidade e pelas instituições civis e governamentais da cidade. Porém, neste período, à frente da Coordenação do Programa Saúde Comunitária e como colaborador da Rádio em outras atividades, foi possível desenvolver esse senso de responsabilidade social em alguns colaboradores da rádio e também na Secretaria de Saúde. Tanto que a nossa secretaria era a única a fazer um trabalho sistemático de divulgação através da rádio, quanto ter suas atividades divulgadas.

Com o meu afastamento da cidade já estava acertado, a nova Enfermeira, recém-formada, esteve na cidade e quis acompanhar os trabalhos por uma semana, antes de iniciar seu

contrato. Neste período passei a ela minha filosofia de trabalho, as atividades que estavam sendo desenvolvida, a burocracia, as dificuldades e os canais onde procurar soluções. Entre os programas e projetos, passei em especial a minha expectativa de não deixar o programa Saúde Comunitária sair do ar.

Eu sempre disse que fazer programa de rádio é coisa simples, que não exige grandes preparos, e passei isso para a Enfermeira Leidionara, porém não esperava que ela levasse tão a sério.

Na semana em que trabalhamos juntos lhe expliquei a parte técnica, a parte política e os detalhes do roteiro. Fizemos juntos um programa Saúde Comunitária e lhe mostrei em outro horário como operar a mesa de som, os microfones, o computador e os demais equipamentos.

Três semanas depois, conversando com o Júnior e o Ademar, via comunicador instantâneo (MSN), fiquei ainda mais surpreso em saber que o Programa continuava com o mesmo ritmo, que os textos estavam muito bons e ainda haviam inaugurado um segundo programa de saúde nas segundas-feiras, programa de entrevistas com profissionais de saúde.

Isso mostra que fazer rádio é simples e que todos os profissionais de saúde podem utilizar este instrumento com facilidade.

Em junho de 2006, na sua edição de número 46, a Revista Radis<sup>17</sup>, da FIOCRUZ, publicou, na página 2, um curto relato da experiência de Rio Negro. Esse relato em uma revista de grande circulação e credibilidade despertou a curiosidade de outros profissionais de saúde interessados em repetir a programa em suas comunidades.

---

<sup>17</sup> Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/>

## 4º PARTE

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

#### 1. CUIDADO - O PRINCÍPIO E O FIM NA ENFERMAGEM

“Viver é uma arte... é um ofício... só que é preciso cuidado.”  
NANDO REIS

Quebrando a cabeça pensando em como concluir esse trabalho de forma a fechar todas as pontas abertas de maneira satisfatória, mas a verdade é que é difícil fechar todas as pontas que abrimos, até porque o melhor é o leitor fazer isso.

Pensávamos em deixar de fora todo um capítulo já pronto sobre o cuidado no trabalho da Enfermagem. Foi aí que veio a idéia de aproveitá-lo como forma de concluir este livro. Se é o cuidado o objetivo primeiro da Enfermagem, que melhor conclusão pode ter um trabalho sobre Educação em Saúde que não falar de cuidado?

Hoje vivemos um tempo em que o descaso está generalizado, seja no âmbito institucional com os pobres serviços de saúde prestado pelo estado ou pelos convênios médicos e sua filosofia do lucro máximo com atenção mínima; seja no âmbito da família, com as milhares de crianças abandonadas logo ao nascer ou nos primeiros anos de vida ou ainda com os idosos internados em casas de repouso e nunca visitados pelos filhos e parentes. Ou ainda a violência generalizada, tanto por parte de facções criminosas, quanto por parte dos órgãos de segurança pública ou privada. Poderíamos ainda citar os inúmeros conflitos armados ao redor do mundo ou a exploração sistemática da África pelos países centrais, deixando para trás discursos humanitários e deixando um rastro de sangue e abandono.

Paradoxalmente a isto, nós nos pretendemos profissionais do cuidado.

Mas o que é o cuidado? Tem como qualificar ou conceituar o nosso trabalho em saúde coletiva enquanto cuidado?

Um das maiores dificuldades para conceituar o trabalho do Enfermeiro de Saúde Coletiva enquanto cuidado diz respeito à idéia de cuidado como um procedimento a ser executado pelo Enfermeiro: um curativo, uma mudança de decúbito, um banho no leito, a verificação da pressão ou aplicação de uma vacina, ou seja, está implícita a idéia do fazer pelo ou para o usuário. Mas é o cuidado simplesmente um procedimento?

Boff (1999, p. 90-91) define cuidado e sua natureza da seguinte maneira:

Cuidado significa então desvelo, solicitude, diligência zelo, atenção, bom trato. Por sua própria natureza, cuidado inclui, pois duas significações básicas, intimamente ligadas entre si. A primeira, a atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro. A segunda, de preocupação e de inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro.

Em saúde coletiva, as atividades do Enfermeiro são muito diluídas e variadas. O planejar uma atividade coletiva, reunir-se com a equipe de trabalho, realizar um programa de orientação no rádio, participar de reuniões de gestão, entre outras coisas, faz parte do dia-a-dia do Enfermeiro do PSF. Serão todas essas atividades cuidados?

Em termos hospitalares, e é assim que aprendemos na faculdade, é fácil conceituar o cuidado. Mas na Saúde Coletiva as coisas são muito diferentes.

O cuidado do Enfermeiro de saúde coletiva, muitas vezes, é dirigido a uma pessoa que ele nem “vê”. Exemplo: quando o Agente de Saúde lhe informa que determinada criança de uma família está com baixo peso e o Enfermeiro vai à busca de soluções para o problema, muitas vezes na própria comunidade, antes mesmo de ver a criança já está cuidando dela, não é mesmo? Ou não? Pode essa atenção ser considerada cuidado? E quando o Enfermeiro pensa uma determinada atividade na creche do bairro para prevenir atraso de vacinas: é o planejamento da atividade cuidado ou cuidado é só a execução da atividade? E se o Enfermeiro não vai pessoalmente a essa atividade, não participou do cuidado? E apresentar uma atividade educativa no rádio é ou não cuidado?

O cuidado é ou deveria ser aquele que procura evitar a doença e os agravos à saúde. Porém, a idéia de cuidado parece mais ligada à questão do doente sendo cuidado em um hospital ou mesmo no domicílio, mas sempre um doente/paciente. Mas se pensarmos o cuidado como zelo, como diz Boff, aí sim podemos compreender e aceitar que o trabalho do Enfermeiro de Saúde Coletiva é todo ele cuidado.

O conceito de Heidegger, aliado ao conceito de Boff, complementa nossa visão de cuidado e se encaixa melhor ao modo de trabalho que defendemos. Heidegger descreve o cuidado autêntico entendendo-o como uma forma de propiciar independência nas pessoas. Para Heidegger, o cuidado autêntico é o exercício do poder do ser, que necessita cuidado, para cuidar de si mesmo. O cuidado autêntico não é uma forma de ensinar autocuidado, mas uma forma em que os cuidados (a) sutilmente possibilitam ao outro conhecer e utilizar suas próprias capacidades, jamais criando dependência, tão comum nas situações de cuidados. (HAIDEGGER In: WALDOW, 1998, p. 135)

Pensando em proporcionar autonomia e independência ao usuário do Sistema Único de Saúde, podemos afirmar então que um programa de rádio ou uma reunião educativa em que os usuários são informados de seus direitos e de como funciona o SUS é sim cuidado, por mais estranho que pareça esta visão para muitas pessoas e até para muitos profissionais ligados ao cuidado/atividade/procedimento.

No cotidiano do trabalho em PSF, é comum deparar-se com usuários que estão totalmente dependentes da família, do serviço e dos profissionais de saúde. Manter essa dependência não é bom nem para o usuário nem para os profissionais de saúde. Além disso, pensando o cuidado enquanto “propiciar autonomia”, pode-se dizer que essa pessoa não está sendo cuidada ou no mínimo que está sendo mal cuidada.

Dona Alice<sup>1</sup> é uma senhora de aproximadamente 60 anos de idade. Segundo a família, ela sempre enfrenta crises de sudorese e fraqueza muscular. Certo dia ela apareceu no Centro de Saúde com esses sintomas, foi quando a conheci. Quando chegou, indaguei-lhe sobre outros episódios semelhantes e qual havia sido os diagnósticos anteriores. Contrariada e impaciente, ela respondeu que quem sabia aquilo era o médico. Dona Alice claramente transferiu para o médico a responsabilidade sobre sua saúde a ponto de nem saber o que lhe ameaça a vida e ainda se irritar quando questionada. Mas esse não é um comportamento de exceção, infelizmente. Em um pronto-socorro de Curitiba, quando ainda era estudante de Enfermagem, um rapaz vítima de queda de nível, ao ser questionado sobre seus sintomas, disse que quem deveria saber disso era o médico e se ele soubesse não estaria no hospital. Nem mesmo onde estava doendo aceitou contar.

---

<sup>1</sup> Nome fictício, mas o fato é real. Aconteceu na cidade de Rio Negro – MS em 2005. É narrado por Ernande.



Modificar a forma como os cuidados são oferecidos é fundamental para que os usuários não se tornem dependentes do profissional nem do serviço de saúde, e assim possam assumir a responsabilidade por si mesmos e por sua família.

Cuidar: “zelar, ser diligente” – não é ser paternalista. E trabalhar essa autonomia nos usuários pode ser uma tarefa transversal em todas as atividades de Educação em Saúde que for pensada para o dia-a-dia, e os meios de comunicação são ferramentas importantes disponíveis para essa tarefa.

Por isso defendemos que o cuidado autêntico se expressa melhor e efetivamente no trabalho de Educação em Saúde, que pode e deve ser realizado em todo e qualquer ambiente de trabalho e no dia-a-dia das instituições. Este cuidado, que se expressa, na nossa visão, através da Educação Popular em Saúde, deverá nortear trabalhos e atitudes junto ao usuário dos serviços de saúde, no intuito de popularizar o autocuidado, que é outra dimensão do cuidado.

## **2. AUTOCUIDADO: UM CONCEITO QUE DEVE SER DESENVOLVIDO**

“... porque gado a gente marca  
Tange, ferra, engorda e mata, mas com gente é diferente...”

GERALDO VANDRÉ e THEO DE BARROS

De um modo geral, as pessoas já desempenham o autocuidado em seu cotidiano, inclusive umas ajudando as outras, seja oferecendo ajuda direta, como, por exemplo, ajudando a cuidar de um parente ou vizinho doentes, seja compartilhando receitas caseiras de chás medicinais. E cuidado de si mesmas: evitando comer sal para não aumentar a pressão arterial, higienizando uma ferida para evitar a infecção ou lavando frutas antes de ingeri-las.

Em saúde coletiva e especialmente em PSF é possível qualificar o autocuidado que os usuários desempenham em suas vidas. O que pretendemos é que as pessoas, que geralmente fazem estes autocuidados de uma maneira quase inconsciente, passem a perceber suas ações, e à medida que forem adquirindo novos conhecimentos ou aprimorando os conhecimentos que já têm possam desenvolver o autocuidado com maior eficácia.

E o enfoque que procuramos dar ao autocuidado e conseqüentemente os conceitos aqui expostos ou desenvolvidos é o de um trabalho do profissional enquanto cidadão cujo intuito é integrar-se numa sociedade carente de diálogo entre os profissionais e a população, diálogo este que pode estimular uma melhor qualidade de vida.

Autocuidado, na nossa visão, pode ser entendido como solidariedade. Por melhor que seja um serviço de saúde, ele nunca vai dar conta de prover todas as necessidades de uma comunidade ou família. Por isso, estimular, incentivar, fomentar e mesmo desenvolver uma rede de solidariedade entre a comunidade é estimular autocuidado.

Trabalhar com uma noção de compromisso social, e ao fazer isto estamos liberados para enfocar aspectos técnicos, psicossociais e biológicos dos seres humanos, e também elementos de ideologia, ética e política, que têm muito a contribuir com a qualidade de vida do homem e a situação de saúde que procuramos enfrentar e discutir. Todos esses conceitos precisam ser compreendidos para que um trabalho de educação em saúde possa propiciar resultados satisfatórios no que diz respeito ao autocuidado, à autonomia do indivíduo.

Entendemos autocuidado como as ações que os indivíduos desenvolvem para manter, recuperar e promover a sua saúde e de seus próximos sejam eles vizinhos, parentes, colegas de trabalho ou qualquer outra pessoa, sem que se faça isso de forma profissional ou auferindo alguma renda financeira. Ou seja, solidariedade entre a comunidade na construção de um ambiente saudável.

E é esta prática tão comum na população que queremos reforçar e contribuir para o seu aprimoramento. Acreditamos que um projeto de Educação Popular em Saúde pode contribuir para este debate.

### 3. MAIS EDUCAÇÃO EM SAÚDE

“...Me disseram porém  
Que eu vivesse aqui  
Pra pedir em  
Romaria e prece  
Paz nos desalentos...”  
Renato Teixeira

Educação em Saúde é efetivamente a maior contribuição que o Serviço de Atenção Básica e, especialmente, a Enfermagem podem dar à sociedade na busca da emancipação do ser humano.

Acreditamos que o trabalho da Enfermagem é de suma importância para o desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida para a população. Porém, sabemos que as atividades da Enfermagem desenvolvidas nas unidades de saúde, sobretudo nas periferias das cidades, de um modo geral não diferem muito do trabalho desenvolvido pelo profissional médico, ou seja, ficam centrados na doença e não no ser humano. E é desta forma que a população acaba frustrada, pois não vê seu problema ser enfrentado, não de uma forma satisfatória, humanizada, libertária.

Acreditamos que seja preciso compreender a saúde de outra forma que não a hegemônica. Acreditamos que, a partir desta nova forma de ver a saúde e a Educação em Saúde, seja possível vislumbrar um trabalho junto à população partindo de um novo paradigma, não centrado na doença, mas no ser humano.

Quando falamos em educação em saúde não estamos falando em panfletos, cartilhas, programas de TV ou rádio, palestras, cartazes. Pois entendemos que estes são os meios que podem ser usados para desenvolver educação em saúde. Meios de comunicação e comunicação não é a mesma coisa, mas estão intrinsecamente ligados. O livro de Juan Bordenave, *O Que é Comunicação*, com referência no final deste livro, é um bom começo para distinguir esta e outras dimensões da comunicação.

A educação em saúde que defendemos é uma postura profissional de aproveitar todo e qualquer momento do trabalho da Enfermagem com uma perspectiva educativa. Mas também devemos evitar uma postura “professoral” de donos da verdade. E é por isso que temos como pressuposto a utilização do método problematizador de Paulo Freire para o desenvolvimento da Educação em Saúde. Por este método temos que partir das vivências e dos saberes da comunidade, compreendendo que ela possui muitos conhecimentos a respeito de saúde e capacidade de compreender os processos de saúde/doença/cuidado que se desen-

volvem na comunidade. Nós, profissionais de saúde, é que não conseguimos compreender a lógica que se desenvolve no meio popular.

Utilizando o método de Educação Popular em Saúde, que é o que efetivamente estamos propondo, ou seja, a educação em saúde utilizando o método Paulo Freire de Educação Popular, esperamos ter nos usuários, parceiros efetivos na realização do diagnóstico e do tratamento dos problemas de saúde, individuais e coletivos.

Voltando à questão dos meios de comunicação: os panfletos, cartilhas, programas de TV ou rádio, palestras, cartazes, e outros, como frisamos, são meios de comunicação com a comunidade, que devem ser utilizados, pois não existe necessariamente um meio que seja melhor que outro. Devemos utilizar todos com desenvoltura e criatividade. O importante é não repetir nestas meias fórmulas autoritárias que partem do pressuposto de que a população nada sabe. Todos estes meios devem ser utilizados numa perspectiva também libertária, humanizada e humanizadora. Mesmo uma “palestra” pode ter esse caráter dialógico e problematizador.

Ainda sobre os meios de comunicação: nosso trabalho enfatiza muito o uso das rádios comunitárias e rádios livres como estratégia de educação em saúde. Acreditamos que estes meios são úteis para a realização do trabalho. A dificuldade é utilizar a “linguagem rádio” de uma forma que propicie o diálogo com o ouvinte ao invés de se tornar um “monólogo de quem sabe para os que não sabem” – que é justamente o que ocorre na maioria das palestras de educação em saúde. Caso isso aconteça, estaremos apenas repetindo uma palestra ao vivo por uma via rádio.

Neste trabalho, citamos alguns modelos de programa de rádio. Mas isso não significa que sejam as únicas ou que sejam fórmulas ideais. O importante é que a Equipe tenha como perspectiva a utilização deste meio e uma vez utilizando-o possa desenvolver sua criatividade e descobrir a melhor forma de atingir o ouvinte/usuário. O importante é não perder de vista que a população não é uma tábua rasa e que já possui uma esquematização do que seja saúde, e que esta representação, como frisa Minayo em diversas passagens deste trabalho, é bem ampla.

O nosso trabalho aborda explicitamente o problema da educação em saúde e propõe usar como ferramenta mídias de áudio. Mas, como ficou demonstrada no capítulo específico a estes assuntos, a educação em saúde é entendida e praticada de várias formas, sendo predominante a forma prescritiva que não leva em conta a opinião e a vivência da população sobre o assunto.

Realizar um programa de rádio seria muito fácil se utilizássemos o método prescritivo. Mas nunca tivemos intenção de fazer uma programação de “receitas de uma vida saudável”. O desafio é fazer, no rádio, mas também na prática nas Unidades de Saúde e nos aparelhos sociais de um modo geral, Educação Popular em Saúde, ou seja, utilizar o método libertador de Paulo Freire para modificar a forma como se realiza educação em saúde, valorizando a visão da população sobre o que ela entende por saúde, e juntos, profissionais e usuários dos serviços de saúde, superar a divisão destas duas visões: a popular e a técnico/científica, e assim ir mais além.

Exemplos do uso de meios de comunicação pela saúde existem muitos: as campanhas publicitárias sobre a vacinação contra poliomielite, meningite; gripe, as campanhas de pre-

venção a AIDS, modos de transmissão do cólera ou da dengue e algumas outras. De um modo geral, são estas campanhas esporádicas quando estes problemas ameaçam sair de controle.

Nas TVs comerciais existe um grande número de informações sobre saúde, porém de forma fragmentada e quase sempre relacionada a um problema específico ou a uma inovação cirúrgica ou clínica ou a um equipamento novo ou medicamento supostamente revolucionário. Não há uma continuidade dos relatos. Algumas vezes essas informações podem trazer uma mensagem contrária à saúde da população, uma vez que frisa novas medicações e novos tratamentos cirúrgicos, que podem dar a idéia de que não é necessário prevenir-se, uma vez que ao adoecer pode-se dispor do tratamento recém descoberto. Por isso o uso da comunicação tem que ser cuidadoso.

Quanto à utilização de rádios comunitárias e rádios livres: isso não quer dizer que sejam as únicas rádios disponíveis para o trabalho de educação em saúde. Vasconcelos, que já realizou programa de rádio no interior da Paraíba, acredita que muitas rádios estão disponíveis para serem utilizadas pelo pessoal da área de saúde. Nós também concordamos com esta afirmação. Enfocamos especificamente as rádios Comunitárias e Livres, pois, ao menos em teoria, já nascem com esta perspectiva educativa, e sendo assim facilitaria a parceria entres o meio e a equipe de saúde.

Na época em que propomos o programa Saúde Comunitária na PUCPR, tivemos uma reunião com o diretor artístico do LUMEN, órgão que coordena os órgão de comunicação da PUCPR, e ele também mostrou esta abertura das rádios, em que acreditamos e que Vasconcelos cita no livro *A Medicina e o Pobre*.

#### 4. AGORA ACABOU

“Estamos meu bem por triz... Pro dia nascer feliz... Essa é a vida que eu quis”

CAZUZA e FREJAT

Como afirmou Minayo (1997 p.38), a população já tem uma concepção de saúde/doença mais ampla do que as elites e, sobretudo, do que têm os médicos, que são na hierarquia das profissões ligadas à área da saúde os profissionais que detêm o monopólio sobre as decisões do tratamento dado aos usuários. Portanto, precisamos nos apropriar dos meios de comunicação para expor nossa compreensão do que seja saúde/doença, cuidado e autocuidado, do que seja nossa cultura e nossos valores, não como uma coisa menor da qual devemos ter vergonha, mas como um valor legítimo que deve ser levado em conta. É fato também que o estabelecimento destas “verdades” vai muito além do que a apropriação dos meios de comunicação. Assim sendo, devemos verificar nossas atitudes frente aos nossos valores e cultura, afirmando, através de nossas atitudes, o que deve ser afirmado e negando ou corrigindo o que não condiz com a “verdade” de nossa classe<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> É evidente que para defender um ponto de vista de classe, antes é preciso ter consciência de classe. Não queremos aqui discutir a consciência de classe dos profissionais de saúde, mas vale frisar que não existe na concepção de classe de Marx, não num nível que seja relevante neste estudo, uma classe da Enfermagem ou da Medicina ou de qualquer outra profissão. O que existe é a classe trabalhadora e a classe patro-

Nossas atitudes devem refletir a disposição para mudar a saúde e transformar a sociedade em algo novo para todos. Modificar o estado das coisas que se apresentam hoje passa por mudar nossa atitude comunicativa frente aos usuários. Isto implica não só em lhes dar mais e melhores informações, mas, sobretudo, em lhes enxergar como sujeitos capazes de gerir suas próprias vidas. A nós cabe trabalhar na perspectiva de realizar promoção, prevenção e tratamentos de saúde. E esta saúde de que falamos é aquela concebida numa ótica social bem ampla, segundo a qual não será possível ter saúde sem ter o que comer e sem ter onde morar.

A comunicação não pode ser entendida como uma via de mão única, assim como a saúde não pode continuar sendo entendida como apenas ausência de enfermidade. Devemos entender que a população tem saberes e que estes devem ser socializados. Agir comunicativamente é propiciar oportunidades para que estes saberes tenham canais para serem expressos. Paralelamente a isto devemos fazer uso dos meios de comunicação para disseminar o que entendemos por saúde, cuidado, autocuidado. Lembrando que a população tem uma concepção ampla do que seja saúde/doença, mesmo que inconsciente e desvalorizada pelos canais formais da sociedade. Assim sendo, nosso trabalho é tornar esta compreensão inconsciente em uma compreensão consciente, valorizá-la, sistematizá-la e disseminá-las para o maior número de pessoas possíveis.

Uma das mídias mais adequadas para a propagação destes valores de que estamos falando é o rádio, mas o rádio sem o profissional de saúde engajado nada vai acrescentar nesta luta pelo diálogo positivo entre o saber técnico/científico e o saber popular.

Agora que você já leu todas essas páginas, o que você vai fazer a respeito para mudar essa situação?

---

nal ou burguesa. Para fazermos um trabalho da maneira como acreditamos ser necessário, antes é preciso saber de que lado estamos: se da classe patronal que deseja que tudo permaneça como está ou da classe trabalhadora, que precisa das mudanças de que estamos falando. Marx e Engels, em 1847, no texto “O Manifesto do Partido Comunista”, disseram que “A nossa época, a época burguesa, caracteriza-se, entretanto, por ter simplificado os antagonismos de classe. A sociedade inteira vai-se dividindo cada vez mais em dois grandes campos inimigos, em duas grandes classes diretamente opostas entre si: burguesia e proletariado.” (MARX, ENGELS, 2002, p. 46) Acreditamos que essa divisão acentua-se cada dia mais em nossos dias.



## REFERÊNCIAS

1. ARANTES, Antonio A. **O que é cultura popular**. São Paulo: Brasiliense, 1998.
2. BARREIRO, Julio. **Educação popular e conscientização**. Petrópolis: Vozes, 1980.
3. BERTOLLI FILHO, Cláudio. **A história da Saúde Pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2002.
4. BOFF, Clodovis. **Como trabalhar com o Povo**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1988.
5. BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar, Ética do Humano - Compaixão Pela Terra**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
6. BOYKIN & SCHOENFER In: Atualização do cuidado na busca da integralização. In: **\_\_\_ Cuidado Humano o Resgate Necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.
7. BORDENAVE, Juan E. D. **O Que é Comunicação**. São Paulo: Brasiliense, 1982.
8. BRANDÃO, Carlos R. **O Que é Método Paulo Freire**. São Paulo: Brasiliense, 1981.
9. BRASIL, **LEI FEDERAL N. 9.612, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998. Institui o serviço de radiodifusão comunitária e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, V.2, n. 36 p.11, 20 de fev. 1998. Seção 1, p. 1.
10. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais 8º Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986**: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987.
11. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAUDE, SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAUDE. **O Que é Promoção de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acessado em: 13 de jan. 2004.
12. BRASIL, **NORMA COMPLEMENTAR N. 2/98. PORTARIA N. 191, DE 6 DE AGOSTO DE 1998** MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES. LEX n. 62, ago. 1998, p.3746, cap. Marginalia. São Paulo: LEX S/A, 1998.
13. BUSS, Paulo M. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção à saúde**. In: CZERESNIA, Dina: FREITAS, Carlos M. de. (Org) Promoção à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
14. CHIESA; VERÍSSIMO. **Educação em Saúde na Prática do PSF**. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) acesso em 06 de jan. de 2004.
15. CIANCIARULLO, Tamara I. **Instrumentos Básicos para o Cuidar: Um Desafio para a Qualidade de Assistência**. São Paulo: Atheneu, 1996.
16. CZERESNIA, Dina. **O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção**. In: CZERESNIA, Dina: FREITAS, Carlos M. de. (Org) Promoção à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
17. CUNHA DA SILVA, L. **Da Comunicação Interpessoal a Comunicação em Ambiente Virtual**. Ler para ver. Disponível em: [http://www.lerparaver.com/amigos/leonardo\\_comunicacao.html](http://www.lerparaver.com/amigos/leonardo_comunicacao.html) Acessado em: 17 de jan. 2003.
18. COSTA, Marisa Vorraber (Org.). Educação popular hoje. São Paulo: Loyola, 1998
19. CORDEIRO, H. A. Debate In: AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, M. Cecília G. B. (Org.). **Saúde, Trabalho e Formação Profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
20. DALMASO, Ana S. ; NEVES FILHO, Alexandre. **Manual de Condutas Médicas**. Disponível em: [www.ids-saude.org.br/medicina](http://www.ids-saude.org.br/medicina) Acessado em: 13 de jan. de 2004.
21. DEL BIANCO Nélia. Tendências da programação radiofônica nos anos 90 sob o impacto das inovações tecnológicas. In: DEL BIANCO, Nélia R.; MOREIRA, Sônia V. (Org.). **Rádio no Brasil, Tendências e Perspectivas**. Rio de Janeiro: UNB/Ed UERJ, 1999.
22. DEL BIANCO, Nélia R.; MOREIRA, Sônia V. Introdução. In: **\_\_\_ Rádio no Brasil, Tendências e Perspectivas**. Rio de Janeiro: UNB/Ed UERJ, 1999.
23. FIOCRUZ, **Gestão em Saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais De Saúde: Programa de Educação a Distância**. Rio De Janeiro: Fiocruz, Brasília, UNB, 1998.
24. FOSTER, Peggy C.; BENNETT, Agnes M. Capítulo 7: Dorothea E. Orem In: GEORGE, Julia B. et al. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à Prática Profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
25. FRANÇA, E. M. O. et al. **Plano de Educação em Saúde. Proposta do Serviço de Educação em Saúde da Secretaria da Saúde de Santa Catarina para o período 2003/2004**. Disponível em: [www.grupogices.hpg.ig.com.br/ropostaplanodeacaoeducacaosaudeses2003.htm-96k](http://www.grupogices.hpg.ig.com.br/ropostaplanodeacaoeducacaosaudeses2003.htm-96k) Acessado em: 13 de jan. de 2004.
26. FREI BETO. **Educar Pra Que?** Caros Amigos, São Paulo, a. VI, n. 68, p.40-41, nov. 2002.
27. FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 184 p.

28. FREIRE, Paulo. **Ação Cultural para a Libertação e outros Escritos**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
29. FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia - Saberes Necessários à Prática Educativa**. 14. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
30. FRISCH, Noreen C.; BOWMAN, Susan S. Capítulo 20: Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin e Mary Ann P. Swain In: GEORGE, Julia B. et al . **Teorias de Enfermagem: os Fundamentos à Prática Profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
31. "GPR. Quatro anos de grandes conquistas".Disponível em: <http://www.gpradio.com.br/associacao/associacao.htm> Acessado em: 28 março de 2006.
32. GALIA, Magda C. O receptor idealizado pelo discurso radiofônico: uma análise do emissor em gaúcha hoje e Flávio Acaraz Gomes repórter. In DEL BIANCO, Nélia R.; MOREIRA, Sônia V. (Org.). **Rádio no Brasil, Tendências e Perspectivas**. Rio de Janeiro: Unb/Ed UERJ, 1999.
33. GUATTARI, Félix e ROLNIK, Suely. (1986). **Sobre as Rádios Livres**. Rádio livre. Guatani online. Disponível em: <http://www.intermega.globo.com.br/radiolivre/guatani.htm> Acessado em: 30 de nov. 2002.
34. HEDEGGER In: WALDOW, Vera R. Atualização do cuidado da busca da integralização. In: **Cuidado Humano O Resgate Necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.
35. LEAL, Marcel. **Porque o Rádio dá mais Resultados que a Tevê**. <http://www.microfone.jor.br/razoes.htm> Acessado em: 28 março de 2006
36. LEVY, S.N. et all. **Educação em Saúde. Histórico Conceitos e Propostas**. In Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Conferência Nacional de Saúde On-line. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns> .acessado em 06 de jan. de 2004.
37. LOBO, Chico.(2002) **Radiodifusão Alternativa Manual Técnico Teórico e Prático Rádios Livres e Comunitárias**. Apostila online. 8. ed. Disponível em: <http://www.intermega.globo.com.br/radiocomunitaria/apostila.htm> Acessado em: 30 de nov. 2002
38. LOPES, Maria I. V. Agradecimento. In: DEL BIANCO, Nélia R.; MOREIRA, Sônia V. (Org.). **Rádio no Brasil, Tendências e Perspectivas**. Rio de Janeiro: Unb/ed. Uerj, 1999.
39. LUZ SILVA, Maria da. **A Comunicação como Processo Interativo do Relacionamento Terapêutico Enfermeiro – Cliente**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria (onde é editado - cidade)*, 07 de mar., 1991. v. 40, p. 371.
40. MARX, Karl; ENGEL, Friedrich. **O Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Martin Claret, 2002.
41. MAYEROFF In: WALDOW, Vera R. Atualização do cuidado na busca da integralização. In: **Cuidado humano o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.
42. MAYEROFF In: WALDOW, Vera R. Cuidado: uma revisão teórica. *Revista gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre 13(12): 29-35 Jul.1992.
43. MELIANE, Marisa.(2000). **A função social da comunicação**. Comunicação Livre. Artigo online. Disponível em: <http://intermega.globo.com/radiolivre/artigo1.htm> Acessado em: 30 de nov. 2002.
44. MELIANE, Marisa. (1995). **Rádios Livres, o Outro Lado da Voz do Brasil**. Comunicação livre. Tese online. Disponível em: <http://intermega.globo.com/radiolivre/tese.htm> acessado em: 30 de nov. 2002.
45. MELO, Joaquim A. C. Educação e saúde: dimensões da vida e da existência humana. In: AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, Maria C. G. B. (Org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 138p.
46. MACHADO, Arlindo; MAGRI, Caio; MASAGÃO, Marcelo. **Rádios Livres a Reforma Agrária no Ar**. São Paulo: Brasiliense, 1986.
47. MESQUITA, Claudia; CALIARI, Tânia. **Favela FM, Uma Onda que vem do Morro**. Disponível em: <http://www.ecologiadigital.net/amarc/favela.html> . Acessado em: 10 de out. 2003.
48. MINAYO, Maria C. S. Debate In: AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, Maria C. G. B. (Org.). **Saúde, Trabalho E Formação Profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 138p.
49. MINAYO, Maria C. S. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, Maria C. G. B. (Org.). **Saúde, Trabalho e Formação Profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 138p.
50. O que é Promoção. Disponível em: [www.cedaps.org.br/](http://www.cedaps.org.br/) Acessado em: 06 de jan. de 2004.
51. ORTIZ R. **A Moderna Tradição Brasileira** - São Paulo: Brasiliense, 1988.
52. ORTRIWANO, Gisela S. **A Informação no Rádio, os Grupos de Poder e a Determinação dos Conteúdos**. 4. ed. São Paulo: Summus editorial, 1985.
53. PAES DA SILVA, Maria J. **Comunicação Tem Remédio: a Comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde**. 6. ed. São Paulo: Gente, 1996.
54. PASTORE, Carlos A. **Saúde: Dicas, Curiosidades e Esclarecimentos**. São Paulo: ed. FTD, 1998.
55. PESCO – PROJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA. Disponível em <http://www.pesco.hpg.ig.com.br> Acessado em 20 de nov. de 2002.
56. POLLACK-LATHAN In: WALDOW, Vera R. Atualização do Cuidado na busca da integralização. In: **Cuidado Humano o Resgate Necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.



57. PRADO, Benedito B. Seminário de Rádios Comunitárias realizado em Curitiba nos dias 6 e 7 de dezembro de 2003.
58. ROACH In: WALDOW, Vera R. Atualização do cuidado na busca da integralização. In: **\_\_\_ Cuidado Humano o Resgate Necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.
59. SORRENTINO Sara. R. **A Saúde Pede Socorro**. In: KUPSTAS, Márcia (Org.). Saúde em debate. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1997.
60. STFANELLI In: Bittes, Arthur Jr.; CASSULI MATHEUS, Maria C. Comunicação In: CIANCIARULLO, Tâmara (Org.). **Instrumentos Básicos para o Cuidar, um Desafio para a Qualidade da Assistência**. São Paulo: Atheneu, 2000.
61. STFANELLI M. M. **Comunicação com o Paciente Teoria e Ensino**. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993.
62. TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot R. **Como Fazer Teses em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
63. VALLA, Victor V.; STOTZ, Eduardo N. (Org.). **Educação Saúde e Cidadania**. 2. ed.. Petrópolis, Vozes, 1996. 144p.
64. VASCONCELOS, Eymard M. **Educação Popular e à Saúde da Família**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC. 1999.
65. VASCONCELOS, Eymard M. **A Medicina e o Pobre**. São Paulo: Paulinas, 1987.

#### FONTES CONSULTADAS

1. BARROS, Lucia B. L. et all. **Anamnese e Exame físico: Avaliação Diagnostico de Enfermagem no Adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
2. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/acidentes\\_violencias2.htm](http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/acidentes_violencias2.htm) Acessado em: 23 de nov. de 2003.
3. CABELLO, Ana R. G. A expressão verbal na linguagem radiofônica. In: DEL BIANCO, Nélia R.; MOREIRA, Sônia V. (Org.). **Rádio no Brasil, Tendências e Perspectivas**. Rio de Janeiro: UNB/Ed UERJ, 1999.
4. CASTRO, Rodrigo P. **História da Comunicação**. Disponível em: <http://www.rodrigopereiradecastro.hpg.ig.com.br/comunicacaopoderecensuralgt.htm> acessado em: 17 de jan. de 2003.
5. COGO, D. Maria. **No ar...Uma rádio Comunitária**. São Paulo: Paulinas, 1998.
6. COSTA. Rosa M. D.; SOUZA, Ana I. (Org) **Rádios Comunitárias – A Voz da Comunidade**. Curitiba: CEFURIA/NCEP-UFPR/Gráfica Popular, 2003.
7. DEMO, Pedro. **Pobreza Política**. 5. ed. Campinas: Editora Autores Associados, 1996.
8. FIGUEIREDO, Alexandre. **História do Rádio AM**. Disponível em <http://www.preserveoam.hpg.ig.com.br> Acessado em 20 de nov. de 2002.
9. FREI HARTMANN, Jorge; FREI MUELLER, N. **A Comunicação pelo Microfone**. Petrópolis: Vozes, 1998.
10. Lefevre, Fernando; Ana Maria Cavalcanti Lefevre. **Promoção de saúde, ou, A negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004
11. LUZ, Dioclécio. **O Direito de Falar – Rádios Comunitárias**. Brasília: Câmara dos Deputados / Mandato do deputado Walter Pinheiro, 2002.
12. PLANTÃO SAÚDE. Disponível em: [www.obore.com](http://www.obore.com) Acessado em: 28 de dez. 2003.
13. ITTA, Aurea M. da R. **Saúde e Comunicação – Visibilidades e Silêncios**. São Paulo: Hucitec abrasco, 1995.
14. Dos SANTOS, Theotonio. **O Conceito de Classes Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1982.
15. VASCONCELOS, Eymar M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.
16. ESCREVENDO PARA RÁDIO. Produção de WHEATLEY, Jason. Austrália: Quatro home vídeo, 1989. Vídeo Cassete.



## ANEXO

### OS TEMAS DO PROGRAMA SAÚDE COMUNITÁRIA

Durante meu tempo de permanência em Rio Negro foram realizados 46 programas. Os temas foram variados, sempre seguindo o calendário do Ministério da Saúde. Nas semanas que não havia indicação de temas pelo ministério, colocávamos temas ligados à demanda observado no dia-a-dia, não que essa demanda não tenha havido dentro do temas sugeridos pelo calendário nacional.

Exemplo do calendário Nacional do Ministério da Saúde:

#### **JANEIRO**

- 02 - dia do sanitarista
- 03 - dia nacional da abreugrafia
- 04 - dia do hemofílico
- 14 - dia do enfermo
- 19 - dia mundial do terapeuta ocupacional
- 20 - dia do farmacêutico
- 24 - dia mundial do hanseniano

#### **FEVEREIRO**

- 05 - dia da papiloscopia
- 11 - dia mundial do enfermo
- 18 - semana nacional do idoso
- 27 - dia do idoso

#### **MARÇO**

- 08 - dia internacional da mulher
- 24 - dia mundial de combate à tuberculose

#### **ABRIL**

- 04 - dia nacional do parkinsoniano
- 07 - dia mundial da saúde
- 07 - dia do médico legista
- 08 - dia mundial de luta contra o câncer
- 12 - dia da obstetriz
- 14 - dia do técnico em serviço de saúde
- 26 - dia nacional de prevenção e combate à hipertensão arterial
- 30 - dia nacional da mulher

#### **MAIO**

- 01 - dia do trabalhador
- 07 - dia do oftalmologista
- 08 - dia internacional da cruz vermelha
- 12 - dia do enfermeiro

- 15 - dia do assistente social
- 15 - dia nacional do controle da infecção hospitalar
- 18 - dia nacional da luta antimanicomial
- 20 - dia nacional do medicamento genérico
- 25 - dia do massagista
- 26 - dia nacional de combate ao glaucoma
- 28 - dia nacional de redução da mortalidade materna
- 31 - dia mundial sem tabaco

### **JUNHO**

- 05 - dia mundial do meio ambiente
- 09 - dia mundial da imunização
- 11 - dia do educador sanitário
- 18 - dia do químico
- 21 - dia nacional de controle da asma
- 26 - dia internacional de combate às drogas
- 27 - dia internacional do diabético

### **JULHO**

- 01 - dia do engenheiro de saneamento
- 02 - dia do hospital
- 10 - dia da saúde ocular
- 14 - dia do administrador hospitalar
- 28 - dia nacional do controle do colesterol
- 29 - aniversário de criação do ms (lei 1920 - 25/07/1953)

### **AGOSTO**

- 05 - dia nacional da saúde
- 05 - dia nacional da farmácia
- 27 - dia do psicólogo
- 29 - dia nacional de combate ao fumo
- 31 - dia do nutricionista

### **SETEMBRO**

- 05 - dia nacional de conscientização e divulgação da fibrose cística
- 05 - dia do oficial de farmácia
- 09 - dia do veterinário
- 27 - dia internacional do idoso
- 30 - dia da secretária

### **OUTUBRO**

- 01 - dia internacional do idoso
- 03 - dia mundial do dentista

10 - dia mundial da saúde mental  
10 - dia mundial da alimentação  
11 - dia do deficiente físico  
12 - dia da cirurgia infantil  
13 - dia do fisioterapeuta  
13 - dia do terapeuta ocupacional e fisioterapeuta  
16 - dia mundial da alimentação  
16 - dia do anestesista  
18 - dia do médico  
20 - dia mundial e nacional da osteoporose  
24 - dia mundial de controle da tuberculose  
25 - dia do cirurgião dentista  
25 - dia nacional da saúde bucal  
28 - dia do servidor público

### **NOVEMBRO**

05 - dia nacional de controle à dengue  
10 - dia nacional da surdez  
14 - dia mundial e nacional de controle do diabetes  
17 - dia nacional de controle da tuberculose  
20 - dia do biomédico  
21 - dia nacional da homeopatia  
25 - dia internacional do doador de sangue  
27 - dia nacional e internacional de combate ao câncer

### **DEZEMBRO**

01 - dia mundial de luta contra a aids  
02 - dia pan-americano de saúde  
09 - dia do fonoaudiólogo

Essas são algumas datas que podem dar origem a programas. Há ainda as datas de campanha de vacinação contra gripe e poliomielite. O calendário nacional é um guia importante, porém ele não deve ser o único guia para o programa, ou seja, não se deve ser escravizado por ele. A demanda observada na região muitas vezes é mais importante. Outra coisa: os temas devem ser tratados de forma a contemplar os usuários de sua região. Deve-se falar de modo a que o ouvinte perceba que você está falando com ele, com as palavras que ele entende, dando exemplos que ele conhece.

Entre os temas abordados nestes 46 programas em Rio Negro, estão:

O que é saúde, Solidão, O que é controle Social, Alfabetização, Economia e Saúde, Catapora, Saúde do trabalhador, Programas de Saúde, Alimentação para Crianças, Consciência Negra, Doenças Venéreas, HIV/AIDS, Qual o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, Hanseníase, Higiene, Pressão Alta, Diabetes, Saúde Ambiental e outros.

Todo e qualquer assunto pode e deve fazer parte de um programa de educação em saúde. Uma boa dica é trabalhar todo o conceito ampliado de saúde do SUS – Sistema Único de Saúde.

