

**CONSTRUINDO CIDADANIA: EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE VIA RÁDIO COMUNITÁRIA****Building citizenship: popular health education through community**Ernande Valentin Prado<sup>1</sup>, Fabiana Lopes Martins<sup>2</sup>, Maria Claudia Tavares de Mattos<sup>3</sup>, Adilson Lopes dos Santos<sup>4</sup>**RESUMO**

O artigo relata o que foi o programa Saúde Comunitária, desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família da área urbana da cidade de Rio Negro, Mato Grosso do Sul, na rádio comunitária Rio Negro FM, entre 2005 e 2008. Saúde Comunitária fazia parte das atividades cotidianas da ESF com a finalidade de motivar debates em torno de temas importantes para saúde e cidadania. Alguns servidores atuavam nas pesquisas e desenvolvimento dos temas e não necessariamente à frente dos microfones. Conforme o tema, outros profissionais e principalmente populares eram convidados a falar, pois a intenção era criar um diálogo entre o saber popular e o saber dos trabalhadores da saúde. O propósito do projeto era partilhar informações com a população e com os servidores, mobilizando e suscitando a participação em atividades presenciais, divulgar serviços, contribuir com a conscientização dos servidores quanto ao trabalho. Trabalhávamos com a ideia de autonomia da população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Comunicação em Saúde; Educação em Saúde; Saúde da Família.

**ABSTRACT**

This article is a report of the Community Health Program (Rio Negro FM) developed by the Family Health Team of the urban area of the city of Rio Negro, Mato Grosso do Sul, center-western Brazil, between 2005 and 2008. Community Health was part of the daily activities of the Family Health Team in order to encourage discussion around important topics concerning health and citizenship. Some staff worked in research and development of themes and not necessarily in front of the microphones. According to the theme, other professionals and especially people from the community were invited to speak, since the intention was to create a dialogue between popular knowledge and the health workers' knowledge. The purpose of the project was to share information between the public and staff, mobilizing and inspiring participation in classroom activities, promoting services and contributing to the staff's awareness. We worked with the idea of population autonomy.

**KEY WORDS:** Health Communication; Health Education; Family Health.

<sup>1</sup> Ernande Valentin Prado, Enfermeiro, Sanitarista e Professor de Enfermagem na Universidade Federal de Sergipe - Campus de Lagarto (UFS) e Faculdade AGES - Bahia; Rede de Educação Popular e Saúde (RedEPop) e do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde do Ministério da Saúde (CNEPS); Especialista em Saúde Pública. E-mail: emborauequeira@uol.com.br

<sup>2</sup> Fabiana Lopes Martins, Professora de Enfermagem na Faculdade AGES - Bahia; Especialista em Educação Profissional na área de saúde na UFMG; Enfermeira formada pela Fundação Educacional "Dr. Raul Bauab" - FEOJ

<sup>3</sup> Maria Claudia Tavares de Mattos, Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto (USP) e Mestra em Educação pela Universidade Federal de Sergipe (UFS) - Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.

<sup>4</sup> Adilson Lopes dos Santos, Enfermeiro de Estratégia Saúde da Família, Especialização em Fitoterapia pelas Faculdades Espírita de Curitiba e Gestão pública pelo ICEET de Curitiba, atuante na área de saúde coletiva desde 2004, atualmente lotado na SMS da cidade de Curitiba

## INTRODUÇÃO

Noventa e nove por cento da história humana não foi escrita. Foi a tradição oral que a fez circular e ser conhecida.<sup>1</sup> Faz apenas seis mil anos que a escrita começou a ser desenvolvida. Apenas no século XIX, foi inventada a imprensa. Pode-se dizer que foi a partir disto que começou a democratização da escrita. Mas, de fato, essa “democratização” só houve verdadeiramente para quem aprendeu a ler e tem recursos financeiros para adquirir livros, revistas e jornais e/ou acessar a internet. Isso sem falar em tempo “ocioso” para ler, pois a leitura é mais exigente que a oralidade.

A tradição oral era e continua forte. A rádio soma-se a esta cultura milenar. Ela fala e para receber a mensagem basta ouvir e, muitas vezes, se a emissão for eficiente, nem precisa ser com muita atenção, pois a audição não atrapalha dedicar-se a outros afazeres.

Este relato teve por base as experiências vivenciadas na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Rio Negro, Mato Grosso do Sul, no período de março de 2006 a dezembro de 2009.

Esta sistematização teve como base roteiros, registros e relatórios de avaliação da equipe.

## DESENVOLVIMENTO

Saúde Comunitária era um programa de rádio que nasceu em 2004, com a intenção de se inserir nesta tradição oral. Foi concebido durante o curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) e ganhou forma na confecção do trabalho de conclusão de curso (TCC), na cidade de Curitiba, capital do Paraná. A essência era o desenvolvimento de um programa educativo utilizando rádios comunitárias e rádios livres. Na época, foi produzido na Secretaria de Comunicação Social da prefeitura de Curitiba e distribuído sem custos para dez estações de rádios comunitárias e livres do Brasil.<sup>2</sup>

Em 2005, teve início a segunda fase do programa Saúde Comunitário, desta vez na cidade de Rio Negro, interior de Mato Grosso do Sul. Foi concebido como parte das atividades da Equipe de Saúde da Família da área urbana. Ficou no ar até dezembro de 2008, no formato descrito aqui.

O programa ia ao ar às dezesseis horas, nas terças-feiras e tinha dez minutos. Participavam: Enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde e Auxiliar de Enfermagem, nutricionista e Profissional de Educação Física. Nesta fase, aproveitou-se a experiência do projeto acadêmico, mas incorporando as condições reais encontradas no município como, por exemplo, a proximidade com o ouvinte, a disponibilidade

em participar ouvindo e contribuindo com o conteúdo, seja em gravações seja por telefone, dando testemunho ou fazendo perguntas.

O programa foi aceito sem dificuldade. A única consideração foi quanto ao horário, pois a equipe considerava que às dezesseis horas não teria boa audiência, o que era verdade. O horário nobre da rádio vai das sete às dezenove horas. Sendo a audiência pela manhã, o triplo da audiência da TV. O horário de maior audiência do rádio é pela manhã.<sup>3</sup>

No período da tarde, fizemos o programa por aproximadamente sessenta dias. Era quase idêntico ao programa gravado em Curitiba. Mas houve espaço para incorporar as demandas, agenda e exemplos do dia-a-dia. Nesta época, foi realizada uma das edições mais comentadas: sobre solidão entre os idosos. A inspiração foram as queixas de uma senhora muito conhecida da equipe. Importante ressaltar que todos os cuidados éticos e morais eram tomados para evitar que pessoas e situações fossem identificadas.

Após dois meses, foi possível mudar o horário do programa, que passou a ser nas sextas-feiras, com duração de trinta minutos. Iniciava às 10h30min.

Esperava-se que a audiência no horário da manhã fosse melhor e majoritariamente feminina, uma vez que, em Rio Negro, as mulheres não tinham boas perspectivas de emprego, além do trabalho doméstico. Essa percepção foi confirmada ao realizar, em 2006, pesquisa para descobrir quem ouvia e por que.<sup>3</sup> O rádio tem a capacidade de “adaptar-se” aos ouvintes em diferentes situações, ou seja, ele permite ser ouvido enquanto se dedica a outros afazeres. Foi enquanto a dona de casa prepara o almoço que o Programa Saúde Comunitária encontrou seu público.<sup>4,5</sup>

O centro de saúde é um espaço predominantemente das mulheres.<sup>7</sup> O cuidado está presente na história da mulher. É ao redor do cuidado que a principal parte de seu destino se movimenta.<sup>6</sup> Por essa percepção, esperava-se que fossem elas as mais interessadas em um programa com o tema saúde.

Até 2006, os textos desenvolvidos nos programas eram preparados com antecedência e lidos ao vivo. Usava-se este expediente para evitar esquecer detalhes dos assuntos abordados. A partir do início de 2007, a opção foi estudar os temas com antecedência, mas não preparar textos. O estudo, os diálogos com a população e as observações do cotidiano mostraram que os detalhes não eram tão importantes quanto o diálogo com o ouvinte. O mais importante era estabelecer a comunicação direta e isso não se consegue pelos detalhes, mas pela espontaneidade. E era justamente isso que se perdia com os textos. Desde o início, a intenção maior era dialogar com o ouvinte, mas o texto era um

fator impeditivo. Na rádio, não se deve ler, pois chateia o ouvinte ou o distrai.<sup>1</sup>

O fim dos textos foi o início de um diálogo mais direto. A fala deixou de ser expositiva e tornou-se um diálogo entre os profissionais e a comunidade.

O objetivo do programa sempre foi compartilhar informações com a comunidade e contribuir para o desenvolvimento de uma cidadania plena. Entendia-se que as informações, o diálogo e a valorização do saber popular podiam contribuir para a construção de cidadania. Em todas as edições, eram enfocados os direitos de cidadania dos sujeitos e os ideais da reforma sanitária brasileira. Saúde, para equipe, não era o contrário de doença, mas entendida em todos os seus determinantes, conforme o descrito nos anais da oitava conferência nacional de saúde, ou seja, saúde como resultante das condições de vida: alimentação, moradia, emprego, lazer, liberdade de expressão e organização social.<sup>8</sup>

Eram divulgados os direitos e deveres do cidadão, informações sobre serviços oferecidos pela equipe, dias, locais e hora. Procurava-se mobilizar a população em torno dos programas e atividades da ESF, valorizar o conhecimento popular, partilhar o conhecimento com os servidores e vice-versa.

A população tem uma compreensão maior do que seja saúde e utiliza diversas matrizes para explicá-la.<sup>9,10</sup> Essa característica era levada em conta na hora de preparar os programas. O conhecimento popular era valorizado na mesma medida que o conhecimento técnico/científico. Buscava-se diminuir a distância entre os conhecimentos da população e dos profissionais.

O programa nunca teve como objetivo primário simplesmente mudar os hábitos de vida dos ouvintes, mas dialogar. A questão, quando se pensa em promoção de saúde e educação popular, não é se as pessoas vão lavar as mãos antes de comer, mas se elas têm água para lavar, se têm condições de lutar para ter água para lavar as mãos se assim quiserem.<sup>5</sup>

A rádio tem credibilidade. Dois em cada três cidadãos latino-americanos acreditam na imprensa.<sup>1</sup> O rádio tem o poder de legitimar o que fala isso porque a população confia no rádio. Dar essa maior legitimidade ao discurso da saúde é especialmente importante porque a população não acredita inteiramente no que ouve dos profissionais da saúde.<sup>7,9,10</sup>

### Caracterização da cidade de Rio Negro

À época do desenvolvimento deste relato, Rio Negro apresentava uma população de 5.432 pessoas. Destas, 1.038

declaravam ganhar até 1 salário mínimo. 1.879 declaravam não ter renda certa. E 766 declaravam ganhar de 1 a dois salários.<sup>11</sup> Somando-se as pessoas que ganhavam até 1 salário, e os que declaram não ter renda eram 2917 pessoas. Ou seja, mais de 50% da população sobreviviam em condições muito precárias.

Havia duas Unidades de Saúde da Família (USF) com uma equipe em cada. Uma clínica multiprofissional com os seguintes profissionais: Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudióloga e Fisioterapeuta. Havia ainda um Hospital com atendimentos de pequenas urgências.

A principal fonte de emprego e renda era a prefeitura. O comércio e a agricultura eram muito fracos. A pecuária era a principal atividade econômica, geralmente em pequenas propriedades com poucos recursos técnicos.

A população de Rio Negro demorava muito para aceitar e incorporar os “forasteiros”. Criar vínculo com a população era muito difícil. Em visitas domiciliares, era comum não ser convidados a entrar nas casas. Mas, uma vez construído este vínculo, não havia limites na relação profissional/usuário. E a rádio levava nossa voz para dentro da casa das pessoas, o que contribuía muito para o estabelecimento deste vínculo.

### Características do Programa

O primeiro passo, na realização dos programas, era dado ainda no centro de saúde: elaboração da pauta; escalação de responsável pelo tema. Esta pessoa, escolhida em reunião de equipe, fazia a pesquisa do assunto principal e apresentava na reunião anterior ao programa ir ao ar. Para nos orientar, a pauta era pensada conforme o calendário de atividades do Ministério da Saúde. Outra forma muito eficiente de elaborar a pauta era observar as demandas no dia-a-dia.<sup>5</sup>

Além do tema principal, tínhamos quadros gravados. Estes podiam ser fixos, como o de “alimentação saudável”, ou séries esporádicas, como o “momento controles sociais”. Era gravado e editado pela equipe com antecedência. Podiam ser entrevistas, como o quadro “o povo do SUS”, em que conversávamos com usuários sobre determinados assuntos. Outras vezes, eram gravações de partes de reuniões com a comunidade.

### Competências desenvolvidas a partir da rádio:

Os servidores, principalmente os ACS, mas também outros, foram capacitados em locução, linguagem radiofônica, gravação e edição de áudio. Dos participantes, três inclusive

chegaram a desenvolver outras atividades na rádio. Além desta capacitação, toda equipe acabava se beneficiando, pois a pesquisa desenvolvida para o programa na rádio favorecia o trabalho no dia-a-dia. Exemplo: ao preparar uma pauta sobre doenças provocadas por animais domésticos ou tuberculose, esse mesmo conteúdo favorecia o desenvolvimento dos trabalhos de rotina, uma vez que toda equipe estudava ou estava presente na hora da apresentação. O aproveitamento destes conhecimentos era observado nas orientações que os ACS davam às pessoas no cotidiano.

É importante frisar que, quando a equipe passou por mudanças, foram os ACS que atuavam normalmente no programa, que passaram a coordená-lo. Ainda hoje o programa está no ar com o título de Saúde da Família. Essa informação pode ser confirmada no blog: <<http://saudedafamiliarn.blogspot.com>>.

O programa possibilitava divulgar as atividades, prazos, rotinas, locais e hora de atendimento da equipe e da Secretaria de Saúde. Assim, a população ficava melhor informada sobre os serviços, documentos exigidos em alguns atendimentos, horários, reuniões na comunidade e outras. Desta forma, os usuários economizavam tempo e tinham melhores serviços. O programa de rádio mobilizava mais pessoas para as reuniões educativas presenciais. Isso é importante frisar, pois a rádio não substituíria as outras atividades educativas, mas as possibilitava e ampliava. Era frequente comentários de usuários dizendo que ficaram sabendo da reunião ou do horário pelo rádio.

Capitaneado pela rádio, mas também por outras atividades, os profissionais e a população perceberam que o serviço de saúde não precisava se movimentar apenas em torno das consultas médicas e dos atendimentos individuais ou coletivos, mas que o cuidado em saúde pode e deve ser abrangente e múltiplo. No rádio, mas também no dia-a-dia da USF, utiliza-se música, poesia, vídeos, fotografias, desenhos. Falava-se de doenças e agravos sim, mas também sobre moradia, educação, liberdade de expressão. Tudo isto de uma forma clara e simples. O que levava a população a perceber que a linguagem da saúde, que era também usada no rádio, não precisava ser “difícil”. Esta dimensão quase lúdica aproximava a população do serviço. Isso foi evidente, por exemplo, na festa junina, quando profissionais e usuários dançaram a quadrilha juntos.

Embora a rádio FM Rio Negro fosse comunitária, sua programação não diferia em quase nada de outras rádios comerciais que podiam ser sintonizadas na cidade. A presença da equipe impulsionou e promoveu discussão sobre a radiodifusão comunitária na FM e na cidade. Isso aproximou a emissora de sua missão, inclusive definida na lei

9.612/1998. A partir desta interação, houve a incorporação de voluntários na programação, uma vez que antes todos os locutores eram assalariados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 2006, foi realizada uma pesquisa que constatou que: 79% dos ouvintes eram do sexo feminino; 81% dos entrevistados sabiam da existência do programa e destes, 83% ouviam. Dos usuários que diziam ouvir o programa, 46% diziam ouvir toda semana e 54% ouviam às vezes. Dos ouvintes declarados, 96% diziam gostar da forma como ele era feito e 90% declaram que os temas eram tratados de forma fácil de entender. Alguns registraram as seguintes falas: “É muito bom porque precisamos ficar bem informadas para nos cuidar”. “Quando os assuntos são interessantes para meus afazeres, paro para prestar atenção”. “Antes ouvia direto, agora tenho que ir para escola... gostaria de ouvir sobre câncer de mama e de útero”. “Gosto porque ouço informações na minha própria casa”.<sup>12</sup>

O mecanismo rádio é simples de operar, de baixa complexidade tecnológica e alcance gigantesco. A aprendizagem é simples e a técnica facilmente dominada. Com esse projeto, a Equipe aprendeu a valorizar o trabalho de comunicação e, principalmente, a explorar e valorizar seu potencial e o da comunidade.

Apesar de a rádio dar prazer e, às vezes, parecer brincadeira, a preparação do programa era levada a sério, pois se tratava de parte rotineira dos cuidados em saúde realizados pela Equipe. Tudo era planejado, mas havia espaço para o inusitado, flexibilidade para incorporar acontecimentos inesperados, seguir intuições e mudar o rumo e o andamento ao vivo. Improviso não significava dizer a primeira coisa que vinha à cabeça. Improvisar exige mais preparo que ler um texto, pois pressupõe conhecer o assunto, estar preparado e não se deixar dominar por situações imprevistas.

A rádio mostrou que existem diversas formas de realizar ações educativas que não apenas seguir os protocolos do Ministério da Saúde. A partir desta experiência, a equipe ficou mais aberta para outras possibilidades, tais como: festa junina (Arraiá do SUS) e outras comemorações, mostra de fotografia, teatro, panfletos, cartazes, faixas, carro de som, cinema na USF e outras.

O profissional que tiver interesse em reproduzir essa experiência deve considerar: começar de forma simples, sem muitas pretensões, seguindo planejamento e um roteiro pré-estabelecido; cada localidade tem característica e necessidades diferentes, portanto não existe uma fórmula padrão que serve para todos os lugares. O mais importante

é conhecer o público com o qual deseja se comunicar: faixa etária, sexo, interesses, problemas e possibilidades.

O rádio, por ser simples, possibilita que o aprendizado de suas técnicas seja desenvolvido com a caminhada. Importante para os iniciantes é conhecer a lei 9.612 que instituiu as rádios comunitárias, uma vez que os “proprietários” destas rádios costumam dificultar o acesso a elas. Mas a lei garante à comunidade e ao serviço de saúde acesso sem custos.

É interessante que os programas sejam gravados e ouvidos em seguida para perceber e corrigir as falhas. É importante que não haja preocupação excessiva com a voz, mas apenas com a dicção, uma vez que o ouvinte não vai ficar avaliando se a voz é ou não igual à de um locutor profissional, mas apenas se consegue ou não entender o que ouve.

É sempre bom evitar a tentação de fazer um programa com “receita de uma vida feliz” prescrevendo fórmulas fáceis de evitar doenças.

Neste artigo, falamos em rádio comunitária, mas mesmo em rádios comerciais é possível desenvolver esse trabalho, como destaca Vasconcelos<sup>13</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Vigil JIL. Manual urgente para radialistas apaixonados. 2ª ed. São Paulo: Paulinas; 2004.
2. Prado EV, Santos AL, Cubas MR. Educação em saúde utilizando rádio como estratégia. Curitiba: CRV; 2009.
3. Prado EV. Educação popular e saúde em Rio Negro. Boletim Informativo da Rede de Educação Popular e Saúde. 2009; (8):8.
4. Leal M. Porque o rádio dá mais resultado que a tevê. Itabuna/Bahia: Rádio Morena FM; 2000. [Citado 2011 ago. 02]. Disponível em: <http://www.microfone.jor.br/razoes.htm>.
5. Frei B. Educar pra que? Rev Caros Amigos. 2002; (68):40-2.
6. Angelo M. Cultura e cuidado da família. In: Nakamura EMD, Santos JFQ. Antropologia para enfermagem. Barueri-SP: Manole; 2009.
7. Vasconcelos EM. Educação popular e à saúde da família. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1999.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Anais 8º Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
9. Minayo MCdS. Saúde e doença como expressão cultural. In: Minayo MCDS, Amâncio Filho AM, organizadores. Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.31-9.
10. Cardoso JAM. Educação e saúde: dimensões da vida e da existência humana. In: Amancio Filho AA, Moreira MCG, organizadores. Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.65-9.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Dados demográficos de Rio Negro; 2007. [Citado 2008 mar. 17]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>.
12. Prado EVD. Programa de educação em saúde via rádio: percepção do ouvinte. O mundo da saúde. 2007; 31(3):394-402.
13. Vasconcelos EM. A medicina e o pobre. São Paulo: Paulinas; 1987.

---

Submissão: outubro de 2011

Aprovação: novembro de 2011

---