

INÊS ROSITO PINTO KRUEL

COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL EM SAÚDE PÚBLICA: UMA PESQUISA CONSCIENTIZADORA.

Tese apresentada ao programa de Ciências da Comunicação da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Francisco Assis Martins Fernandes, para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

SÃO PAULO

1994

INÊS ROSITO PINTO KRUEL

13439

T
301.153.2
K94C

FBC
1995/255314-5
1995/04/25
7792

COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL EM SAÚDE PÚBLICA
PESQUISA CONSCIENTIZADORA

FICHA CATALOGRÁFICA

Kruel, Inês Rosito Pinto

Comunicação Institucional em Saúde Pública: uma pesquisa conscientizadora / Inês Rosito Pinto Kruel. São Paulo, 1994.

Tese (doutorado) Escola de Comunicações e Artes. Universidade de São Paulo.

Orientador: Dr. Francisco A. M. Fernandes.

1. Comunicação Institucional em Saúde Pública.

I Comunicação Institucional em Saúde Pública

II Informação em Saúde Pública

U.S.P.C.S.
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE COMUNICAÇÕES E ARTES
COMUNICAÇÃO
Nome:
Classificação:
Assunto:
Local:
Data:

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Cleber pela alegria de compartilhar minha vida com alguém tão especial.

A meus filhos Cleber, Augusto, Juliana e Letícia fontes de minha realização feminina e de constante motivação pessoal.

A meus pais pela herança dos valores que me legaram.

Se você pensa que pode ou sonha que pode, comece. Ousadia tem genialidade, poder e magia. Ouse fazer e o poder lhe será dado.

GOETHE

AGRADECIMENTOS

Desafios fazem parte da vida, desde o nascimento. A partir daí, seguimos numa sucessão de obstáculos a serem vencidos, que nos exigem força e obstinação para que possamos atingir determinados objetivos. A curiosidade científica e o gosto pela pesquisa, fizeram do doutorado uma tendência natural. Para a realização desta meta foram exigidos muito mais do que tempo, abnegação e energia, mas basicamente o auxílio de muitas pessoas e instituições, consideradas por mim indispensáveis, para a concretização desta tese. Gostaria de agradecer neste momento:

Ao Prof. Dr. Francisco de Assis Martins Fernandes, por sua orientação fundamental para a qualidade do meu treinamento científico.

Ao Prof. Dr. Tupã Gomes Correa por, ter-me dado a grande honra de sua coorientação neste trabalho de pesquisa e, acima de tudo, por acreditar na sua validade.

À Profa. Lourdes Gregol Fagundes da Silva, exemplo de minha formação profissional e por sua crença em todos os empreendimentos a que me propus.

À Profa. Adda Drugg de Freitas, por sua capacidade e integridade profissional.

Ao Prof. Dr. João Carlos Prolla, pela revisão final desta pesquisa.

Aos colegas pesquisadores e bolsistas do Grupo de Estudos e Pesquisa em Câncer de Esôfago, GEPECE, pela sua valiosa colaboração.

Aos colegas do Departamento de Biblioteconomia e Documentação da UFRGS, por perceberem a importância da qualificação do seu quadro de professores.

À Profa. Marisa Vorraber Costa, que, com experiência em pesquisa-ação, forneceu-me orientação no desenvolvimento da metodologia da pesquisa conscientizadora.

À Profa. e amiga Martha K. Bonotto, por sua leitura crítica e sugestões.

À equipe da Unidade Sanitária de Taquara, em especial ao seu coordenador, Dr. Pedro Paulo Andrade, pelo apoio à realização deste trabalho.

Ao acadêmico Rafael Muller, pela realização e análise estatística.

Aos Secretários de Saúde de Taquara: Dr. Jair de Oliveira e Gaspar Andrade, pela receptividade a realização desta pesquisa.

À Profa. Jane Favaro Faleck, pela revisão do texto deste trabalho.

Ao Dr. Isack Bezjman, pelas informações sobre educação comunitária em saúde pública.

À Profa. e amiga Monica Borges pela revisão das referências bibliográficas.

À comunidade de Taquara, que com sua efetiva participação possibilitaram a realização desta pesquisa conscientizadora.

À Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES - e Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UFRGS, PROPESP, pelo auxílio financeiro para execução deste trabalho.

À funcionária da PROPESP Roseti Flores Pires, pela disponibilidade e presteza nas informações.

Aos meus alunos e colegas, fontes constante de motivação profissional.

À minha sogra Adila, minha mãe Clara, tia Araci, minhas irmãs Beatriz e Gilda, meus cunhados Enrique e José Paulo, pelo apoio constante.

Aos meus filhos, pela compreensão infantil e adolescente da minha indisponibilidade.

Ao meu marido Cleber, pois sem sua colaboração e sua crença na validade dessa pesquisa não teria conseguido concluí-la.

A todos aqueles que "auxiliei a sairem da escuridão".

Depoimento de um dos entrevistados

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

SUMMARY

CAPÍTULO I	p. 14
A COMUNICAÇÃO NA PESQUISA MÉDICA	p. 15
A Comunicação Institucional em Saúde	p. 19
Um Problema de Pesquisa	p. 25
CAPÍTULO II	p. 28
DESCRIÇÃO DA PESQUISA	p. 29
População e Amostra	p. 30
Delimitação da Pesquisa	p. 30
Instrumento	p. 33
Coleta de Dados	p. 34
Análise dos Dados.....	p. 38
CAPÍTULO III	p. 39
CORRELAÇÕES TEÓRICAS	p. 40
Comunicação	p. 40
Por que falar de educação quando se está tratando de Comunicação Institucional?	p.51
Como se relaciona Cultura com Educação	p.57
Qual a relação entre Comunicação e Informação	p.60
Informação / Comunicação / Saúde	p.66
Para que serve a Pesquisa Conscientizadora	p.70
Como a Saúde se relaciona com Informação/Comunicação	p.76

CAPÍTULO IV	p. 83
ESTUDO DE CASO	
"PERFORMANCE" DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA	p. 84
Descrição dos Resultados	p. 85
Discussão dos Resultados	p.102
<i>Dados dos Questionários Epidemiológicos</i>	p.102
<i>Consultas na Unidade Sanitária</i>	p.103
<i>Análise Crítica dos Resultados</i>	p.106
CONCLUSÕES	p.134
PROPOSTAS	p.135
PERSPECTIVAS	p.137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p.139
ANEXOS	p.149

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Número e média de consultas na unidade sanitária no período de janeiro a novembro de 1994.....p.105

FIGURA 2 - Veiculação da Informação por percentuais.....p.130

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** - Consultas nos meses anteriores à campanha, janeiro -maio,
excluindo fevereiro.....p.104
- TABELA 2** - Consulta nos meses da campanha, excluindo junho e julho
p.104
- TABELA 3** - Meses excluídos do cálculo.....p.105

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo descrever um programa de disseminação da informação, em uma campanha de saúde pública para uma comunidade do município de Taquara, no Rio Grande do Sul, através de técnicas da comunicação institucional e da pesquisa participativa.

Pretende-se contribuir com uma nova abordagem para tratar do assunto saúde pública, na medida em que se viabiliza não somente a conscientização da necessidade da ação de um grupo multidisciplinar, mas a exeqüibilidade de um programa capaz de envolver também uma comunidade.

Observou-se, na vivência das etapas desta pesquisa, que as técnicas de comunicação institucional podem converter-se em instrumentos de grande utilidade na divulgação de situações específicas que demandem mecanismos de veiculação eficiente, voltados à conscientização pública de problemas de interesse comum. A difusão de fatos ou episódios relacionados com a saúde pública, por seu lado, também pode, a partir da comunicação institucional, suprir lacunas de participação, enriquecer discussões com experiências diversificadas e trazer novas abordagens aos problemas em discussão ou que estejam sendo levantados.

Considerando-se a hipótese de que a comunicação institucional, quando utilizada em campanhas congêneres de utilidade médica é capaz de motivar a população, envolvendo-a diretamente com essa realidade e levando-o a interagir com os objetivos da campanha específica, desejava-se saber, mediante essa pesquisa, se os indivíduos submetidos ao exame com o balão chinês tinham conhecimento prévio desse exame; das principais doenças da região, como o câncer de esôfago; ou se teriam sido motivados pela ação da comunicação.

comunidade. Por outro lado, um desafio aos profissionais da área de informação ligados a projetos de pesquisa foi acionado, especialmente para aqueles que buscam novos posicionamentos capazes de criar vínculos efetivos favoráveis à melhora da qualidade de vida da humanidade.

Esta hipótese pode, também, ser reveladora de uma resposta de aceitação à audiência, na medida em que a própria busca individual de contato com o exame divulgado, por si, já atesta o efeito do programa de divulgação.

SUMMARY

This research had the objective of describing a program of information dissemination, during a public health campaign for a community of the city of Taquara, RS, Brazil, using techniques of institutional communication and participative research.

It was intended to contribute with a new method for treating the topic of public health, in the sense it would make viable not only the conscientization of the need for action of a multidisciplinary group, but also the feasibility of a program capable of involving also a community.

It became evident, in the development of the stages of the research, that the techniques of institutional communication can convert themselves into highly efficient instruments in the spread of news of specific situations, which ask for mechanisms of efficient vehiculation, with emphasis in the public conscientization of common interest problems. The diffusion of facts or episodes related to the public health, by their turn, can also fill up participation gaps, starting from the institutional communication, to enrich discussions with diversified experiences and bring new methods of attacking problems in discussion or that are being brought up.

Considering the hypothesis that institutional communication, when used in similar campaigns of medical interest, is capable of motivating the population, involving it directly with such reality, and bringing it to interact with the objectives of the specific campaign, we would like to know, by the research, if individuals submitted to the "Chinese balloon" had any previous knowledge of the technique, of the main diseases of the region, such as cancer of the esophagus, or if they were motivated by the communication action.

It was concluded that the institutional communication, using the conscience-making research, was efficient as a motivating tool in the campaign with the community. Besides that, it initiated a challenge to the professionals in the communication area attached to the research projects, specially to those who look for new postures capable of creating effective links that lead to better quality of human life.

This hypothesis can, also, disclose an acceptance answer to the audience, in the measure that the individual search of the spread examination, by itself, already attests the effect of the divulgation program.

NO-TO-BAC
Kills the
Tobacco Habit
Sold & Guaranteed,
By All Druggists.

CAPÍTULO I

CARTAZES DE PROPAGANDA DO SÉCULO XIX

CAPÍTULO I

A COMUNICAÇÃO NA PESQUISA MÉDICA

"Viver efetivamente é viver com a informação adequada. "

Norbert Wiener

A mitologia grega, segundo LANDMANN, J, . 1982, p. 17 é uma fonte permanente de informação para quem se preocupa com os fatos humanos. Sabemos que *Esculápio*, o deus da medicina, teve duas filhas: *Panacea*, a deusa da cura ou da assistência médica e *Hygea*, a deusa da higiene ou da medicina preventiva. Como todo pai, acreditava que ambas fossem realizar um trabalho de cooperação e não de disputas. Mas a competição prevaleceu pois, caso Hygea obtivesse sucesso completo, Panacea ficaria desempregada; e se Panacea, como vem acontecendo, fosse a preferida da opinião pública, do governo e da classe médica, quem ouviria os vulgares conselhos de Hygea? Analisando o poder atual de Panacea, podemos inferir que foi ela quem ganhou esta disputa. O que não sabemos, pois tudo indica não existir registro, é até aonde os meios de comunicação colaboraram para que isso acontecesse. A tendência atual, que se observa, é que os meios de comunicação estão limitando-se a dar ênfase a um *marketing* de assistência médica ao consumidor, quando o que se quer é reviver a Hygea.

Para que isso, efetivamente, acontecesse seria necessário que os meios de comunicação levassem ao cidadão informações sobre ações concretas que demonstrassem as diversas práticas de promover saúde e acima de tudo, que favorecessem a efetiva participação de cada um na gestão de seus problemas de saúde. Através da conscientização da comunidade espera-se que ela

possa assumir, de forma cada vez mais lúcida e autônoma, seu papel de protagonista e agente social.

Todas as pessoas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Enquanto o conceito hipocrático de doença, conforme SCLIAR, M., 1987, p. 18 consistia em um desequilíbrio dos quatro humores - sangue, linfa, bile amarela e bile negra - e dos quatro elementos - ar, terra, fogo, água - a doença, segundo SONTAG, S., 1984, p. 43 era o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Embora todos prefiram usar somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde cada um de nós será obrigado, pelo menos por um curto período, a identificar-se como cidadão do outro país. Como se constata, doença e saúde não são entidades à parte: vivem em comunhão. Apesar da afirmação do grande médico francês, Xavier Bichat (1771-1802), apud SCLIAR. M., 1987, p. 32, de que a saúde é o silêncio dos órgãos, sabemos que o indivíduo pode estar doente e ser assintomático. Somente quando houver a manifestação dos sintomas é que ficará clara a existência de um quadro clínico que vai necessitar de um diagnóstico. O tema saúde não é propriedade do médico, nem da medicina. O médico e a medicina têm a ver com a doença, porém, quem trata da saúde são os seres humanos de todas as áreas. Assim, segundo BEJZMAN, I., 1991, p. 32, a nova abordagem da saúde passa a ser interdisciplinar e pluriprofissional. Sendo assim, são garantidos ao cidadão o direito aos serviços de promoção de saúde que são a educação e informações plenas; a participação na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde e por último, o direito à liberdade e a livre organização e expressão.

Na medida em que a saúde coletiva busca, exatamente, impedir a trajetória saúde/doença a prevenção torna-se cada vez mais importante.

A saúde pública, para WINSLOW. E. A., 1949, é entendida como a ciência e a arte de evitar a doença. Prolongar a vida, promover a saúde física

e mental e a eficiência do indivíduo pressupõem a soma de esforços organizados pela comunidade, visando ao saneamento do meio, com o controle das infecções comunitárias, além da educação direcionada aos princípios de higiene pessoal. A organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento da doença, bem como o desenvolvimento dos mecanismos sociais assegurarão, a cada pessoa, o padrão de vida adequado para a manutenção da saúde.

Roma foi, por exemplo, medíocre no desenvolvimento de uma boa medicina curativa; mas segundo XAVIER FILHO, 1993, p. 77, foi muito eficaz no campo da saúde pública. Assim, o império determinou que a assistência médica fosse dada por médicos especialmente encarregados da saúde do povo chamados *arquiátras*. Em resumo, eles faziam ampla prevenção de doenças através de uma *promoção de saúde universalizada e gratuita*.

Entretanto, no Brasil, constata-se que a prevenção em saúde foi relegada a um segundo plano, dando prioridade à medicina assistencial. Vivemos o momento da implantação do Sistema Unificado de Saúde, o SUS. Esta é uma conquista popular inserida na Constituição, constituindo-se na pedra angular da reforma sanitária.

Junto com essa conquista temos também o grande desafio de fazer com que a comunicação institucional não se limite a um estilo de *marketing* ao consumidor, mas fazer com que a informação sobre saúde chegue ao cidadão, impulsionando-o a participar, efetivamente, de campanhas de prevenção de saúde, como no caso deste projeto de rastreamento populacional (prevenção) em câncer de esôfago, no município de Taquara, RS, e não como imposto.

O que ocorre é que nos deparamos com um grande entrave, pois segundo BEJZMAN, I., 1991, p. 34, no Brasil, comunicamos pouco e mal no campo da saúde pública. O paradigma do uso instrumental dos meios de comunicação na conscientização e comportamento da sociedade, segundo

PISARECK, W. & MACZUGA, J., 1989, p. 38, corresponde ao paradigma da pesquisa em comunicação de massa que objetiva seu desenvolvimento e melhor uso enquanto ferramenta.

A comunicação mais que um direito, constitui-se para CORREA, T. G., 1988a, p. 29, em uma extensão física e irreversível do ser humano. Quando afirmamos que a comunicação resulta numa extensão física irreversível, sugerimos que a própria necessidade de sobrevivência força o homem a buscar, na receptividade do semelhante, respaldo, cooperação e reciprocidade para com os seus atos, uma vez que, em razão da sua natureza humana e racional, ele é um ser eminentemente social.

Temos alguns direitos fundamentais, como: o direito à vida, alimentação e moradia, sendo que a própria vida depende da comunicação, uma vez que desde a reação química dos elementos da célula mais simples até a atividade nuclear do átomo e a transmissão da força vital, todos requerem alguma forma de comunicação. Portanto, a comunicação constitui-se, para o indivíduo, uma necessidade, visto que nada se conhece em si mesmo, senão em relação com outras pessoas. Se separarmos uma criança recém nascida de todo contato humano e a mantivermos assim por muitos anos, ao chegar a idade adulta não saberá quem é, pois é através da inter-relação, ou seja, da comunicação com os demais que podemos conhecer nossa própria personalidade. Assim, quanto mais alto está um ser vivo na escala de evolução, tanto maiores são suas necessidades e seus dotes em matéria de comunicação.

A COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL EM SAÚDE

A Secretaria da Saúde de São Paulo, nas décadas de 60, 70 e 80, realizou algumas campanhas de caráter preventivo. O material educativo produzido e utilizado foi considerado por GUEDES, E. M & MOTTA, R. M., 1989, p. 23, como inadequado. Conseqüentemente, as campanhas só poderiam ter sido ineficientes. Constataram que as informações do material da década de 60 sofreram uma gradativa diminuição, enquanto que as informações do material, tanto das décadas de 70 como de 80, reduziram-se a simples ordens com intenção de levar os interlocutores, geralmente as mães, a seguirem condutas "corretas". Na década de 70 era "vacine seu filho contra o varíola," enquanto que, na de 80, apresentavam-se simplesmente assim: "18 de outubro dia da vacinação", sempre partindo do pressuposto que não era necessário informar as mães ou responsáveis sobre a importância destas técnicas de prevenção, especialmente da vacina, que é a única forma de evitar a doença. Concluindo, os autores acima citados, demonstraram como, gradativamente, as atividades revestiram-se de um autoritarismo, adquirindo um caráter massificador.

Com isso percebe-se que a maioria das atividades realizadas em termos de comunicação em saúde, de forma geral, caracterizavam-se mais como uma forma de doutrinação do que de conscientização.

Com relação a esse aspecto, é importante salientar que a sociedade brasileira, segundo CORREA, T. G., 1988b, p. 33, ao largo das heranças advindas do período colonial, passando pelo imperial e pelo republicano dos primeiros tempos, associando-se todo o conjunto de práticas relacionadas com um paternalismo autoritário, acabou por adotar um hábito de conformar-se com as decisões sempre tomadas em seu nome e sem que lhe consultassem a respeito.

Observando essa tendência é que TERRA, O., citado por BEJZMAN, I., 1989, p. 40, chama a atenção para a necessidade de mudança da comunicação nas unidades sanitárias, propondo que ela seja direcionada, essencialmente, ao esclarecimento da população e dos próprios funcionários. A informação pode-se transformar em ferramenta de trabalho para desenvolvimento de projetos nas mais variadas áreas, mesmo na da saúde pública.

Existem algumas instituições que se dedicam à divulgação da informação nesta área como : o programa "alcançar a prevenção da LBA", que trata da prevenção do câncer na mulher; a prefeitura municipal de Belo Horizonte publica orientações ao consumidor, na compra de alimentos e em São Luiz do Maranhão, a Rádio Educadora apresenta, desde 1985, um programa de 15 minutos, duas vezes por semana, chamado "a saúde de nossa gente". Além desses temos o Centro Radiofônico da Informação Alternativa, denominado CRIA, do Ibase, que possui fitas de vídeo, áudio, impressos, notícias e inúmeras informações concernentes à saúde, para aquisição.

No entanto, devemos observar os princípios apontados por TRECKER, H. & TRECKER A., 1968, p. 55, no tratamento com grupos, que é o direito que esses, como os indivíduos, têm de decidir por si mesmos e realizar o trabalho a sua própria maneira. Assim, planos, programas e políticas impostos de cima ou de fora do grupo violentam a integridade e o espírito democrático. As decisões democráticas sempre constituem um elemento fortalecedor do grupo. É o caso do projeto em saúde materno-infantil realizado em São Luís, Maranhão, relatado por ALVES, M. J. A., 1989, p. 48, que tinha por objetivo integrar a comunidade com as instituições prestadoras de serviço. Para desenvolver esse trabalho foi utilizada a comunicação interpessoal e de massa, com o uso de diferentes meios, como cartazes, folhetos, videotapes e programas radiofônicos.

Esse exemplo mostra que a carência de dados, a heterogeneidade de enfoques e/ou procedência geográfica, exigem o esforço criativo de novas formas de comunicação.

Outra experiência do uso da comunicação institucional no desenvolvimento participativo em programas de saúde aparece no trabalho desenvolvido por VASCONCELOS, E. M. & OLIVEIRA, N. M., 1989, p. 43, na Universidade Federal da Paraíba, onde utilizaram o rádio para desenvolver Educação em Saúde. Salienta-se que resultados mais positivos foram obtidos com pequenas emissoras do interior.

Nota-se nesses projetos o grande enfoque que é dado à participação da comunidade no desenvolvimento dos mesmos, caso contrário, como diz o povo, é "chover no molhado" já que o grande objetivo em uma campanha conscientizadora é fazer com que a população assuma o seu próprio processo de defesa da saúde, ou, como se diz em pesquisa-ação, tracem seus próprios caminhos para a solução dos seus problemas.

Para que haja participação em saúde, é condição essencial a informação. Essa, entendida como conceito, implica na realidade transmitida em linguagem simples, precisa e clara. Segundo BEJZMAN, I., 1991, p. 48, também implica, substancialmente, em responsabilidade pelos efeitos que provoca. Implica na luta pelo fortalecimento do acesso e participação aos meios de comunicação, sempre utilizando uma linguagem que respeite a cultura regional. Com relação a esse aspecto da cultura regional, VALLA, V., 1993, p. 22 adverte que os profissionais que atuam na saúde, quando se relacionam com pessoas leigas e comuns, devem ter sempre em mente que não são professores a escrever num livro de páginas em branco, pois a população tem crenças e valores sobre a saúde, bem como explicações sobre a origem e cura de doenças. É preciso também saber aprender na experiência. Nesse sentido, os educadores também precisam ser educados.

Informar, conformar, reformar, transformar são ações interligadas e introjetam uma reflexão mais abrangente da questão: a de que o cidadão além do direito à informação, tem o direito à elaboração dessa informação. Daí a importância de utilizarmos uma pesquisa conscientizadora para trabalhar com um projeto de saúde pública.

A utilização dos meios de comunicação de massa em campanhas ou programas de saúde soma o projeto com a comunidade(participação), mais o veículo e o papel da mídia na construção de uma nova forma de atuar ou de conscientizar.

No início da história da saúde pública, havia até uma restrição quanto ao emprego do processo de comunicação, uma vez que ele era visto como um processo de manipulação do público. Porém, modernamente, essa barreira foi eliminada e considera-se que existe um *continuum* entre a educação/informação e saúde e a comunicação e saúde.

Assim, a comunicação, de acordo com SCLAR, apud BEJZMAN, I., 1991, p. 271, faz parte do processo de saúde. Pode-se dizer que é um instrumento de trabalho da saúde no primeiro nível de prevenção de doença. Existem cinco níveis de prevenção da doença. O primeiro deles é a promoção da saúde, no qual se trabalha o indivíduo sadio, procurando fazer com que ele mantenha a sua saúde qualna medidas adequadas, como :dieta correta, rejeição de hábitos, como fumo, álcool, etc. No segundo nível, trabalha-se com a proteção específica, que é basicamente a vacina. O terceiro nível é o diagnóstico precoce. O quarto é o tratamento de doenças e o quinto corresponde à reabilitação de seqüelas, isto é, daquilo que fica em termos de lesões depois da doença.

Quanto ao sistema de interação social entre pesquisadores e investigadores das áreas científicas POBLACION, D., 1989, p. 47, adverte que, dentro dos princípios lógicos do processo de pesquisa, o pesquisador

deve comunicar os resultados alcançados à comunidade científica, utilizando-se dos meios de comunicação, já que estes oferecem um panorama de alternativas criativas. Porém, o que geralmente se observa é que os pesquisadores desta área preocupam-se muito com a comunicação formal ou informal de suas pesquisas aos seus pares, como forma de reconhecimento de seus trabalhos, negligenciando a sua divulgação à comunidade, que, por envolver aspectos de saúde pública, seriam também de seu interesse.

A comunicação pode ser entendida, de acordo com BRESSAN, M., 1989, p. 151, como um processo de trocas de argumentos entre atores sociais, onde um ator procura, por meio de processos cognitivos que envolvem observação-análise-síntese-antítese-observação, transmitir significados a outros atores ou grupos.

No entanto, um dos graves problemas a serem enfrentados no desenvolvimento de campanhas preventivas, SCLAR, segundo BEJZMAN, I., 1991, p. 273 é que os trabalhadores da área da saúde, de uma forma geral, têm uma dificuldade muito grande de se comunicar com o público, ocorrendo, então, os ruídos na comunicação. ACHUTTI, citado por BEJZMAN, I., 1991, p. 86 relata que, quando os médicos pensam em fazer educação através da comunicação, invariavelmente, ocorrem em erro, pois há uma diferença muito grande entre a mensagem prescritiva - em que eu prescrevo - e a mensagem persuasiva. Se fosse realizado um trabalho multidisciplinar se poderia ampliar o leque de influências, interagindo de forma mais eficaz na sociedade. Assim, o ideal seria que existissem nos grupos elementos de outras áreas que pudessem desencadear esse processo de comunicação.

Não podemos deixar de mencionar que campanhas de prevenção, segundo RAMOS, S., 1989. p. 39, associadas à morte, muitas vezes,

bloqueiam o processo de busca da informações, o que, invariavelmente, provocará interferências nos resultados a serem obtidos.

O progresso, em qualquer área, de acordo com QUESADA, G., 1980, p. 19, para ser duradouro, tem que estar baseado na aceitação da comunidade e de sua liderança local. Isso significa que tem de se originar de baixo para cima. Certos planos nacionais de desenvolvimento não fazem muito sentido, quando implementados, pois são gestados em gabinetes ministeriais, inseminados por estatísticas deficientes cuja sua parição só alivia o útero político do seu autor. Então, um projeto, para ter êxito, necessita que tenha sua origem, sancionamento e avaliação vinculados diretamente à comunidade.

Consideramos que tais afirmações se constituem no grande desafio que profissionais da área de informação, ligados a projetos de pesquisa, terão de desenvolver, na constante busca de novos posicionamentos com relação à forma de comunicar em saúde.

Assim, essa tentativa de descrever um programa de desenvolvimento de informações em saúde, utilizando-se da comunicação institucional e da pesquisa conscientizadora, constitui-se numa contribuição a essa nova abordagem de tratar o assunto em termos de saúde pública, na medida em que há a consciência da necessidade da ação de um grupo multidisciplinar e também de que um programa, para ter êxito, deve envolver uma comunidade.

Concluindo, ACHUTTI apud BEJZMAN, I., 1991, p. 86 diz "utopia é quando nós conseguirmos ver tudo que está se fazendo como elementos de saúde, porque, no fundo, saúde - processo saúde - doença - é vida. No dia em que pararmos de achar que vida ou saúde ou doença dependem só dos profissionais da saúde e da doença iremos entender melhor o mundo. e acima de tudo, iremos perceber que todos temos um papel dentro dessa utopia".

Ao perceber meu papel dentro dessa utopia foi que me dispus, como agente de informação, a realizar o presente estudo, que se constitui na

descrição de um programa de disseminação da informação, em uma campanha de saúde pública para uma comunidade, através de técnicas da comunicação institucional e da pesquisa conscientizadora e participativa.

UM PROBLEMA DE PESQUISA

Sabemos que as dificuldades de uso da mídia, quer por razões de entendimento, quer de instrumentação, constitui-se barreira na difusão de programas de interesse público. Primeiro, porque o entendimento dos conteúdos de programas dessa natureza é dificultado pela audiência permanente de uma outra programação, a convencional, que desenvolve hábitos mais voltados para outros conteúdos. Segundo, porque a produção de programas de interesse público, em áreas como a medicina, ainda não encontrou o seu eixo, garantido-lhe a mesma eficiência que há na programação convencional. Terceiro, porque continua a ser difícil encontrar a mídia a esse gênero de programa.

Desse modo, portanto, como atingir uma população semelhante à do município de Taquara, no Rio Grande do Sul, onde se desenvolve uma pesquisa de vital importância para a saúde pública, e onde sua divulgação torna-se imprescindível, não apenas em termos médicos, como principalmente para o êxito da própria pesquisa. Ou seja, da generalização do conhecimento dessa pesquisa na área, depende o fluxo de exames que nutrem os estudos em andamento.

As técnicas de comunicação institucional, portanto, podem se converter em instrumentos de grande utilidade na divulgação de situações específicas, que demandem mecanismos de veiculação eficiente, voltados à conscientização pública sobre problemas de interesse comum. A difusão de fatos ou episódios relacionados com a saúde pública, por seu lado, também

pode, a partir da comunicação institucional, suprir as lacunas de comunicação nesse processo.

Esta tese tem o propósito de examinar uma prática de comunicação institucional voltada ao esclarecimento da opinião pública.

Dentre os objetivos possíveis encontra-se o desenvolvimento de um projeto de comunicação institucional em saúde pública, a partir da experiência vivida em Taquara, no Rio Grande do Sul.

Interagindo com a pesquisa médica, o trabalho de comunicação institucional pretende informar os agentes de saúde daquele município sobre os principais aspectos relacionados com o câncer de esôfago na região, assim como, desenvolver situações em que esses agentes, médicos e população-alvo possam discutir aspectos relacionados com a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de esôfago, enriquecendo a discussão com suas experiências e se possível, trazendo novas abordagens ao problema.

Na amostra procurou-se localizar pessoas que preenchessem as seguintes variáveis: mais de 40 anos, tivessem hábito de fumar, de ingerir alimentos excessivamente quentes ou de se alimentar com frutas e verduras cruas.

Mediante essa amostra deseja-se saber se os indivíduos levados ao exame com o balão chinês tinham conhecimento prévio desse exame, ou se teriam sido motivados pela ação da comunicação.

De igual modo, intentou-se descobrir se esses indivíduos tinham um conhecimento prévio das principais doenças da região, como o câncer de esôfago. Isto porque se considerava a hipótese de que a comunicação institucional, quando utilizada em campanhas congêneres de utilidade médica, é capaz de motivar a população, envolvendo-a diretamente com essa realidade e por essa razão, levá-la a interagir com os objetivos da campanha específica.

Esta hipótese pode, por exemplo, ser reveladora de uma reação favorável da audiência, na medida em que a própria busca individual de contato com o exame divulgado, por si, já atesta o efeito do programa de divulgação.



CAPÍTULO II

Cartazes de propaganda do século XIX

CAPÍTULO II

DESCRIÇÃO DA PESQUISA

O imaginário do homem pode pensar a idéia de um mundo a construir, sobre a ordem do mundo a superar.

Carlos Brandão

Este é um estudo sobre a forma como se desenvolve um trabalho de comunicação institucional em um projeto de saúde pública, utilizando a pesquisa conscientizadora de forma adaptada.

O presente estudo, pela sua natureza, constitui-se num trabalho descritivo, a partir da análise qualitativa das entrevistas realizadas com as pessoas que se dirigiram à unidade sanitária Henrique Baurmann, para realizarem exame de prevenção de câncer de esôfago.

A análise qualitativa foi realizada a partir dos relatos obtidos com os indivíduos entrevistados, levando-se em conta aspectos subjetivos da entrevista, quais sejam: as impressões, experiências e percepção, tanto dos entrevistados como da entrevistadora.

A análise e interpretação dos dados foi obtida através, basicamente, da análise qualitativa dos mesmos.

Nesta seção apresentaremos a população, a amostra com a qual realizamos o presente estudo, a delimitação da pesquisa, bem como, a descrição do instrumento de pesquisa e os procedimentos de coleta e análise dos dados.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

O grupo participante deste estudo foi composta pelas pessoas residentes em Taquara, RS, com idade igual ou superior a 40 anos, no período de junho a novembro de 1994. Segundo o censo demográfico de 1991, seriam ao redor de 10 000 habitantes.

Da população-alvo, formada por aproximadamente 10000 habitantes, fizeram parte do grupo-amostra 94 indivíduos. "Raramente é possível estudar todas as pessoas que têm ou podem desenvolver a condição de interesse. Por isso, usualmente, toma-se uma amostra, de modo que o número estudado seja de tamanho manejável. FLETCHER. R. et al. 1989, p. 118." A seleção dessa amostra obedeceu como critério de inclusão aqueles indivíduos que, notificados da campanha por algum tipo de comunicação, dirigiram-se à unidade sanitária para marcação e realização dos exames preventivos de câncer de esôfago. Desses indivíduos, no total de 420, que realizaram os exames, no período de junho a novembro de 1994, foram selecionadas aleatoriamente 94 pessoas: após cada três fichas, selecionou-se a quarta para a realização da entrevista, que formou a amostra estudada.

Esses 94 indivíduos corresponderam a cerca de 25% da população que compareceu a unidade sanitária Henrique Baurmann para realizar o exame.

DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada durante o ano de 1993/1994, para ser desenvolvida junto à população denominada de alto risco do município de Taquara, mais especificamente, aqueles indivíduos com mais de 40 anos.

No ano de 1993, realizaram-se os trabalhos de diagnóstico da situação e os primeiros contatos com representantes da comunidade de Taquara. A partir

de janeiro de 1994, começaram as atividades de divulgação da campanha e coleta de dados.

Por orientação do Secretário de Saúde do município, Dr. Jair Oliveira, a campanha de rastreamento(ou de prevenção) iniciou-se na unidade sanitária Henrique Baurmann. A unidade sanitária adotou o nome da rua onde está localizada para sua melhor identificação. Anexo 1.

Taquara é um município do estado do Rio Grande do Sul. Localiza-se na microrregião Colonial Encosta da Serra Geral do Estado. A data de criação do município é 17 de abril de 1886. O documento de criação é a Lei estadual 1568. Originou-se do extinto município de Santa Cristina do Pinhal. Tem uma área total de 1.424,37 Ha, sendo 7. 550m* de áreas verdes, a uma distância de 87 km de Porto Alegre. Tem uma população de 42. 468 habitantes, sendo que 35. 111 estão na área urbana e 7. 357(17%), na área rural, conforme os dados do censo demográfico de 1991.

Limita-se com os municípios de São Francisco de Paula, Rolante, Igrejinha, Santo Antonio da Patrulha, Gravataí, Parobé e Três Coroas.

As principais atividades econômicas são: indústria, correspondendo a 53, 60%, comércio com 41, 40% e produção primária com 4, 93%.

Quanto aos meios de comunicação possui :

- Rádio Taquara LTDA

Área de abrangência: Vale do Paranhana, compreendendo os municípios de:

Gramado

Igrejinha

Parobé

Riozinho

Rolante
Santo Antonio da Patrulha
Sapiranga
Taquara
Três Coroas

- Jornal Panorama (de Taquara)

Tiragem: 4000 exemplares semanais, publicado às sextas feiras.

Municípios: Igrejinha

Parobé
Rolante
Taquara
Três Coroas

-Jornal NH = jornal do Grupo Editorial Sinos

Sucursal Vale do Paranhana

Fundado em 19/03/1960

Compreendendo os municípios de;

Feliz, Bom Princípio, Linha Nova, São Sebastião do Caí, São José do Hortêncio, Capela de Santana, Portão, Nova Santa Rita, Esteio, Canoas, Sapucaia do Sul, São Leopoldo, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Porto Lucena, Picada Café, Nova Petrópolis, Morro Reuter, Santa Maria do Herval, Dois Irmãos, Campo Bom, Sapiranga, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Taquara, Parobé, Igrejinha, Três Coroas, Gramado, Canela, Rolante, Riozinho.

- Rádio Emoção FM

INSTRUMENTO

Analisando os objetivos da pesquisa, optamos pela entrevista como instrumento de coleta de dados, por ser considerada um dos mais eficazes instrumentos de pesquisa na área social.

É um método que exige a interação verbal direta entre os indivíduos. diferindo, nesse sentido, do questionário, no qual o respondente é apenas solicitado a responder as questões.

Optou-se pela entrevista semi-estrurada, na qual os procedimentos e conteúdo são planejados previamente, porém, deixando-se liberdade para o entrevistado externar suas opiniões e sugestões. O roteiro de tópicos básicos serviu como fio condutor, até mesmo para que a entrevista não se desviasse dos objetivos propostos. Esse tipo de entrevista é frequentemente utilizado como método de obtenção de informações, em pesquisas educacionais e sociais.

Dois tipos de questões foram utilizados na composição do roteiro básico:

- questões fechadas
- questões abertas

As questões fechadas foram aquelas que exigiram respostas objetivas e diretas do tipo : sim, não, em dúvida.

As questões abertas constituíram a segunda parte das entrevistas, ou seja, aquelas que requerem um posicionamento por parte dos entrevistados.

A entrevista semi-estrurada permitiu aos entrevistados exporem a linha de seus pensamentos, respeitando o ritmo e o tempo de que eles necessitavam para se comunicar. As entrevistas foram realizadas individualmente. Não se estabeleceu tempo e nem quantidade de entrevistados, tudo transcorreu de acordo com a receptividade e

essencialmente, atendendo à necessidade que as pessoas tinham ou queriam de se expressarem. Anexo 2 - roteiro das entrevistas.

Os questionários epidemiológicos, aplicados pelos bolsistas do Grupo de Estudos e Pesquisa em Câncer de Esôfago, GEPECE, constituíram-se no instrumento de coleta de dados da pesquisa de "Rastreamento Populacional de Câncer de Esôfago no Rio Grande do Sul", porém, alguns dados gerais, como sexo, faixa etária, principal ocupação exercida, local de residência, como já faziam parte desse questionário, foram aproveitados. Anexo 3 - questionários epidemiológicos.

Foram realizados 420 questionários epidemiológicos e 94 entrevistas.

Tanto os questionários como as entrevistas foram realizados na própria unidade sanitária, enquanto esperavam a realização do exame com o balão chinês.

O balão chinês é um pequeno balão de látex, ligado a um tubo de polietileno, que é introduzido pela boca do voluntário até o esôfago (infla-se esse balão com uma seringa, puxa-se um pouco o tubo de polietileno) e após desinflado é recolhido imediatamente, trazendo amostragem de células. É um exame indolor, não requer uso de sedativos e são necessários apenas alguns minutos para sua realização, porém pode provocar lacrimejamento e eventualmente arcadas de vômito.

COLETA DE DADOS

Seguindo a estrutura de pesquisa conscientizadora, propusemos as seguintes etapas neste trabalho;

1. Fase de preparação - Consistiu no estabelecimento de um diagnóstico da situação e constituição da equipe de pesquisadores. A equipe de pesquisadores foi constituída pelos pesquisadores e bolsistas do Grupo

Estudos e Pesquisas do Câncer de Esôfago, GEPECE. Esta fase correspondeu aos contatos realizados com o Secretário de Saúde do município. Foi sua a sugestão da realização de um encontro com a classe médica de toda a região da Encosta da Serra(a microrregião) para que todos pudessem tomar conhecimento do projeto.

Essa reunião foi realizada no dia 27 de abril, às 20 horas, na sede do Clube Taquara. Foi agendada pelo Secretário da Saúde e contou com, **aproximadamente, 15 médicos.** A região possui cerca de 40 médicos, o que representa quase 40% da população médica. Dessa reunião saíram várias sugestões dos médicos de como poderíamos divulgar a campanha na região, como: a) a realização de cartazes; b) folhetos; c) cartas a todos os médicos da região, expondo os objetivos da campanha e formas de procedimento, sempre buscando mobiliza-los a trabalharem em conjunto com o grupo de pesquisa; d) também sugeriram a utilização do rádio e jornal locais.

2. Fase de iniciação - Iniciámos esta fase, atendendo às sugestões encaminhadas pelos médicos da região, da seguinte maneira:

a) Foram feitos cartazes, contendo o mapa do Rio Grande do Sul, onde foram acentuadas as regiões de maior incidência de câncer de esôfago no Estado, que são a região da Campanha(fronteira com o Uruguai) e a região da Encosta da Serra Geral (onde está localizado o município de Taquara). Esses cartazes foram colocados no mural da unidade de saúde. Anexo 4.

b) Foram confeccionados folhetos, contendo informações sobre quais os municípios com maior incidência de câncer de esôfago, e quais as pessoas que deveriam se submeter a um exame de prevenção, chamado "exame do balão chinês", ou como eles batizaram: de "exame da garganta". A região da Encosta da Serra engloba os municípios de Arvorezinha, Três Coroas, Picada Hartz, Parobé, Rolante, Nova Petrópolis, São Francisco de Paula, Taquara, Ivoti, Montenegro, Feliz, Canela, Gramado, Dois Irmãos, Salvador do Sul, São

Sebastião do Caí, Bom Princípio e Riozinho. Esses folhetos foram distribuídos na unidade sanitária Henrique Baurmann e entregues a líderes comunitários, para que os divulgassem junto aos seus pares. Anexo 5.

c) Redigimos a carta a comunidade médica, colocando alguns esclarecimentos sobre dados epidemiológicos da região, além de solicitarmos sua cooperação não somente na divulgação da campanha como sugestões e críticas com relação ao trabalho. Foram enviadas a todos os médicos, através da Secretaria de Saúde de Taquara. Anexo 6.

d) Utilizamos a Rádio de Taquara para divulgação de nossa campanha. Foram dadas algumas entrevistas ao vivo, porém, não em programas e horários pré-estabelecidos. Durante o período que a equipe de pesquisa não se encontrava na cidade de Taquara, a divulgação de nossa campanha de prevenção foi realizada pelos radialistas locais, informando os dias, horário e local da realização dos exames. O contato com a rádio, solicitando a veiculação desta notícia era realizado semanalmente, com ênfase nas datas próximas à realização dos mutirões, ocasião em que se buscava um espaço maior. Essas notícias divulgadas pelos jornalistas, geralmente, eram veiculadas no programa noticioso do meio dia.

Uma entrevista na rádio Pampa de Porto Alegre, no programa radiofônico, Medicina e Saúde, do Dr. Antonio Julio Quintanilha, às 8 horas da manhã de domingo, do dia 26 de junho de 1994, também foi realizada.

e) Utilizamos o jornal local - Panorama - para divulgação dos exames preventivos, porém nada de forma sistemática. Isto porque a publicação das informações não se constituía em matéria paga era feita conforme conseguíamos um espaço para a divulgação do nosso trabalho. A primeira publicação foi em 4 de fevereiro de 1994 e descreveu o projeto de prevenção de câncer de esôfago que o Grupo de Pesquisa, GEPECE, estava propondo-se a realizar em Taquara. Anexo 7.

f) Foi criado um mural na unidade de saúde, contendo informações sobre nossa campanha, inclusive com as datas dos próximos "mutirões". Nesse mural sempre se comentava que havia um espaço para quem quisesse deixar registrada alguma mensagem.

Nessa fase, ocorreram os encontros com os agentes de saúde da unidade sanitária que aconteceram nos dias destinados à realização dos exames de prevenção. A princípio feitos somente nas quartas-feiras, passando depois a serem realizados também nos sábados de "mutirão". Mutirão foi o nome que demos às atividades que passamos a realizar nos sábados. Em agosto de 1994, tínhamos pessoas agendadas até janeiro de 1995. O posto funciona de 2 a 6 feira, das 8 às 17 horas. Como forma de solucionar o problema, ou seja, para que pudessemos atender mais rapidamente essas pessoas, os agentes de saúde sugeriram abrir o posto aos sábados, de 21 em 21 dias, quando então poderíamos atender aproximadamente 70 pessoas, uma vez que todas as salas estariam livres, e os exames poderiam ser feitos em várias delas, bem como o preenchimento dos questionários. Assim, pesquisadores e funcionários do posto, inclusive o médico chefe, passaram a trabalhar nos sábados, movimentando a vida da cidade.

Além disso, nessa fase foi dada ênfase à coleta dos dados, através do questionamento junto ao grupo-amostra de questões relacionadas com aspectos da prevenção de saúde no município, através das entrevistas semi-estruturadas.

Algumas entrevistas eram gravadas, mas todas recebiam anotações durante as nossas conversas. A seguir, as respostas eram transcritas e agrupadas, permitindo a análise qualitativa dos dados.

3. Fase de exploração ou fase final - Correspondeu à análise do material coletado. Essa fase não se restringiu ao final do processo de investigação,

estando presente em vários estágios, ainda que no final tenha-se apresentado de forma mais sistemática e formal. Foi, antes de tudo, um processo cumulativo, no qual se procurou trabalhar o material coletado, examinando-se as possibilidades de mudança, indicadas através das sugestões da amostra e dos agentes de saúde e médicos, sobre formas alternativas de divulgação e conscientização desta campanha.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados obtidos na entrevista foram passíveis de considerações voltadas para o aspecto qualitativo das mesmas.

Quanto a análise quantitativa :

Pareamento das médias no número de consultas na unidade sanitária. Teste de Mann-Whitney para a comparação das médias dos dois grupos (janeiro-maio, excluindo fevereiro e julho-novembro).

Qui - quadrado analisando a relação entre a questão 10, como os indivíduos componentes da amostra ficaram sabendo da realização dessa campanha de prevenção com a questão 6 das entrevistas, que perguntava se a população-alvo tinha conhecimento do tipo de exame com balão chinês que iriam realizar e análise da frequência nas demais questões da entrevista. EPI INFO 6. 02(outubro/1994).



CAPÍTULO III

Cartazes de propaganda do Século XIX

CAPÍTULO III

CORRELAÇÕES TEÓRICAS

A linguagem uma vez nascida, torna-se imediatamente incoercível.

Kierkegaard, S

Este capítulo denominado Correlações Teóricas apresenta uma abordagem teórica dos principais tópicos abordados.

COMUNICAÇÃO

RETROSPECTIVA HISTÓRICA

A comunicabilidade é uma nota essencial da natureza humana. Fazer com que outro participe de algo, comunicar-lhe algo, é uma dimensão da vida humana que não se pode renunciar. Eu só existo na companhia do próximo, como dizia Karl Jaspers, *sozinho não sou nada*.

Em nenhum lugar, mesmo na mais horrível prisão ou campo de concentração, reina o silêncio. Isolado, o homem fala consigo mesmo e até, muitas vezes, em voz alta. Amordaçado, resta-lhe a linguagem interior. Além de irreprimível, a palavra é também prolífera. Assim, o homem, invento sobre invento, escreve a história das comunicações. O homem, que inventou a linguagem, também a recebe como herança. Na ausência de linguagem escrita, ela é transmitida pela tradição oral.

Na Polinésia, os recitadores profissionais, como forma de assegurar a transmissão verbal e conservação do saber, faziam com que o auditório ao invés de os assistir passivamente enquanto recitavam poemas, cantos e lendas, se manifestasse, participando e respondendo. Algumas sociedades africanas, segundo FABRE, M., 1966, p. 16, armazenavam sua grande riqueza literária em bibliotecas mentais, sendo que alguns desses especialistas conseguiram enumerar cerca de duzentos e cinquenta mil contos africanos, o que levou que se pensasse em instituir uma *civilização da palavra*.

O homem, para sair do limbo, pensa; exprimindo o seu pensamento, fala. Ao falar, materializa o primeiro problema que é o da língua. Isso está muito bem delineado na história da Torre de Babel, quando os descendentes de Noé, reunidos na planície de Sennaar, quiseram levantá-la até o céu. Foi neste momento que Deus aprisionou seus construtores, tornando-os de certo modo incomunicáveis pela terrível confusão que as diversas línguas haviam provocado.

A imprensa veio assegurar a proliferação da informação; e além do livro, passamos a contar também com o cartaz, o mapa, o calendário, o jornal.

O cartaz, anúncio escrito ou impresso, que se afixa em lugar bem à vista para avisar o público sobre determinado assunto, era conhecido desde os povos antigos. Os gregos utilizaram-no em forma de placas de madeira ou de pedra para tornar públicas as leis ou anúncios particulares. Roma tinha o *álbum*, que constituía-se numa parede caiada de branca, dividida em retângulos para receber inscrições. Os mapas são como um fio de Ariana, que nos permitem encontrar o caminho, por intermédio de estradas e atalhos e que, segundo FABRE, M., 1966, p. 52, foram inventados pelos gregos.

Para se comunicar à distância o homem não esperou a invenção da eletricidade. Aliás, transmitir através do espaço não exige de uma civilização que ela seja muito avançada. Exemplos disso são os tambores africanos e as

fogueiras noturnas, em algumas regiões. Enquanto os chineses costumavam iluminar as torres da Grande Muralha, ao longo dos seus 3000 km, para alertar sobre a aproximação do inimigo mongol ou manchu.

A lenda do Minotauro pode-nos levar a inferir que a arte do telégrafo já era conhecida pelos gregos. Conta-se que Teseu, ao regressar a Atenas, depois de seu triunfo sobre o Minotauro, devia, a fim de dar conhecimento aos seus concidadãos sobre sua vitória, substituir as velas negras do barco por outras brancas. Porém, ele esqueceu disto e com isso fez com que Egeu desesperado se jogasse ao mar.

Os romanos, por considerarem bárbaros os povos que não falavam o latim e que não tinham as mesmas noções de moral e direito, estenderam seu império desde a Bretanha ao Oriente Médio, com o objetivo de civilizar as nações. Séculos antes, conforme relata BELTRÃO, L., 1980, p. 2, os medas, persas, babilônios, egípcios e gregos já haviam realizado o mesmo feito. Entretanto, as transformações por que passou a humanidade fizeram que até mesmo o latim perdesse sua abrangência e importância como língua culta.

É nesse momento histórico, de acordo com BELTRÃO, L., 1980, p. 2, que se situa a origem de cada sistema de comunicação, ou seja, do conjunto específico de procedimentos, modalidades e meios de intercâmbios de informações, experiências, idéias e sentimentos essenciais à consciência e aperfeiçoamento das pessoas e instituições que compõem a sociedade.

Como a linguagem falada permitia a comunicação à distância, com restrições no tempo e no espaço, a humanidade, sentindo a necessidade de comunicação à distância, foi, segundo ERBOLATO, M., 1982, p. 38, criando outros meios, que levassem a informação além dos limites que a sua voz alcançava. Foi então que surgiram os meios eletrônicos em substituição aos pombos-correio ou mensageiros a cavalo.

A história tem-nos mostrado, que de tempos em tempos, tem havido modificações que repercutem profundamente na condição humana. Assim, FISHER, D., 1984, p. 7, descreve uma transição da humanidade: de uma existência nômade, baseada na casa a uma vida comunitária sedentária de caráter agrícola, e dessa para a sociedade industrial dos últimos séculos.

Percebe-se que após a Revolução Industrial aprofundaram-se as diferenças sociais. Os meios de comunicação que a ciência e tecnologia lançam, buscando a integração dos sistemas, esbarram na realidade social contemporânea; de um lado, aqueles que produzem as mensagens e do outro, os que as consomem passivamente. BELTRÃO. L., 1980, p. 2. No processo de desenvolvimento das comunicações é interessante o fato dos índios e mamelucos terem desenvolvido meios próprios de comunicação, sendo os pajés ou caraíbas os mais destacados agentes de comunicação indígena.

Atualmente, estamos passando da sociedade industrial para a que os sociólogos chamam de *sociedade de Informação*. Informação correspondendo à preparação, transferência e armazenamento de informação. Sabemos que hoje em dia, nos Estados Unidos, mais da metade da população ativa se dedica a essa forma de trabalho. O setor da comunicação é o que apresenta maiores índices de crescimento em nosso tempo.

O progresso das comunicações, segundo ERBOLATO, M., 1982, p, 38, encerra a maior revolução do nosso tempo, comparável somente àquela que o homem experimentou quando acreditou que a Terra se movia. Hoje, cada pessoa deve à comunicação 85% de sua informação e conhecimentos e em contrapartida, dedica-lhe 75% de seu tempo. Até mesmo as conquistas sociais, segundo ERBOLATO, M., 1982, p. 25, vieram valorizar a comunicação.

Toda mudança fundamental de estilo de vida é acompanhada de mudanças das estruturas sociais e políticas. Assim sendo, presume-se que a *explosão da comunicação* da época moderna provoque grandes modificações,

pois ao se alterar a capacidade de manejar enormes quantidades de informação, provavelmente, ocorrerá uma mudança qualitativa no processo de comunicação e por conseguinte, em seus efeitos políticos e sociológicos.

A História, segundo MARQUES DE MELO citado em KUNSCH, M. & FERNANDES, F., 1989, p. 117, tem sido pródiga em registrar que a ação do homem para enfrentar a natureza, transformando-a e adaptando-a as suas necessidades de sobrevivência, vem acompanhada de invocações comunicacionais e informacionais

A comunicação é o problema fundamental da sociedade contemporânea, composta de uma imensa variedade de grupos heterogêneos. Apesar das características próprias de cada grupo, esses, conforme BELTRÃO, L., 1980, p. 3, acham-se vinculados a uma ordem comum, que é a de adquirir sabedoria e experiência, sobrevivência e aperfeiçoamento. Assim, somente mediante a comunicação, entendida como um processo mímico, oral, gráfico, tátil e plástico, onde os seres humanos fazem intercâmbio de idéias, informações e sentimentos, através de signos simbólicos, é que se processará a apreensão do seu significado.

Hoje em dia, considera-se que a comunicação é um dos aspectos dos direitos humanos. No entanto, esse direito conforme MARQUES de MELO, 1986, p. 74, está cada vez mais sendo concebido como o direito de comunicar, passando-se por cima do direito de receber comunicação ou de ser informado. Acredita-se que a comunicação seja um processo bidirecional.

É nesse momento histórico, de acordo com BELTRÃO, L., 1980, p. 2, que se situa a origem de cada sistema de comunicação, ou seja, do conjunto específico de procedimentos, modalidades e meios de intercâmbios de informações, experiências, idéias e sentimentos essenciais à consciência e aperfeiçoamento das pessoas e instituições que compõem a sociedade.

ASPECTOS CONCEITUAIS

A comunicação, segundo FISHER, D., 1984, p. 6 procede da própria natureza da pessoa humana, como ser comunicador, e da necessidade humana de comunicação, ao nível de indivíduo e da sociedade. É, todavia, um processo universal, uma vez que se prende ao processo de Comunicação e não no conteúdo da mensagem. Implica em participação, já que parte do princípio de que há uma transferência interativa de informação.

A declaração universal dos direitos humanos, aprovada em 1948, no seu artigo 19 diz" que todo o indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão; esse direito inclui o fato de não ser molestado devido a suas opiniões, de investigar e receber informações e opiniões, bem como, difundilas, sem limitação de fronteira, e por qualquer meio de expressão. "

O conceito do direito de comunicar foi enunciado pela primeira vez em 1969, consistindo não apenas em uma idéia, mas em um ideal. Segundo FISHER, D., 1984, p. 5, é uma idéia, porque existe somente em forma teórica, ao mesmo tempo que é um ideal na medida em que seus partidários fazem tudo para que seja formulado, definido e promulgado como direito humano básico.

Segundo CORREA, T. G., 1988b, p, 31, a comunicação é um processo social básico e por isto, ela acaba refletindo o próprio modo de ser da sociedade.

A palavra comunicação, tanto no singular como no plural, segundo NIXON, R., 1986, p. 2, tem sido usada para significar uma grande variedade de sentidos. Quanto ao uso do termo comunicação, os sociólogos costumam usar esse termo para referirem-se ao processo pelo qual se transmite o pensamento. Analisando a história, veremos que Aristóteles, segundo NIXON, R., 1986, p. 12, definiu o estudo da comunicação como a busca de todos os meios possíveis de persuasão.

As organizações, segundo KUNSCH, M., 1986a, p. 21, constituem aglomerados humanos planejados conscientemente, que passam por um processo de mudanças, visando obter determinados resultados, sendo que a comunicação é imprescindível para qualquer organização social. A organização surge, segundo MARCOVITCH apud KUNSCH, M. 1986a, p. 19, quando o homem junta esforços com outros homens. O homem é um elemento multiorganizacional, por isso, tanto se vê afetado pelas organizações como as influencia.

O sistema organizacional viabiliza-se graças ao sistema de comunicação nele existente, que permitirá sua realimentação e sua sobrevivência. Assim, se não fosse a comunicação, os sistemas organizacionais entrariam num processo de entropia e morte.

Segundo KUNSCH, M., 1986b, p. 30, a interdependência das organizações em si leva não só ao relacionamento, como à integração com as demais e de cada uma em si com seu mundo externo e interno. E isto só se dará através *da Comunicação e na Comunicação*.

MEIOS DE COMUNICAÇÃO DE MASSA

Devido ao vertiginoso desenvolvimento tecnológico, os meios de comunicação de massa, segundo MATTOS, S., 1993, p. 51, atingiram um aperfeiçoamento de tamanho porte, que permitiram ao homem moderno conviver com a instantaneidade da informação e com seus efeitos multiplicadores, trazendo consequências decisivas para a educação e o ensino.

A força de penetração dos meios de comunicação junto as mais variadas camadas da população deveria fazer com que todo educador procurasse analisar e refletir melhor sobre o papel desses veículos, a fim de que se

pudesse aproveitar a força poderosa de disseminar informações e de criar hábitos em termos educacionais.

Num país de características sócio-econômicas como o nosso, os veículos de comunicação, de acordo com MATTOS, S., 1993, p. 51, notadamente o rádio e a televisão, podem contribuir diretamente para facilitar o trabalho do professor, "ampliando o raio de ação educativa". Conforme BABIN & KOULOUMDJIAN, 1989, p. 84, mediante o som, o ouvinte não permanece acima, mas está dentro, está imerso no processo. A realidade consegue penetrar até o íntimo do ser, uma vez que o ouvido é o sentido da interioridade.

Segundo MATTOS, S., 1993, p. 51, não existe veículo de comunicação de massa melhor do que o outro. Já foi comprovado que, quando usados inter-relacionados em situações educativas, os meios de comunicação funcionam como reforço mútuo, obtendo-se melhores resultados.

De todos os meios de comunicação, o que possui maior poder de penetração, atingindo maior número de pessoas no Brasil, ainda é o rádio. Isso conforme MATTOS, S., 1993, p. 52, deve-se tanto ao fato de que a implantação de uma emissora não requer grandes investimentos como ao baixo custo do aparelho receptor. Além de ser o meio que possui mais emissoras e de cobrir distâncias maiores, a audiência do rádio não está limitada a níveis de educação. Sua audiência abrange inclusive os analfabetos, ao contrário dos veículos impressos, e não requer concentração de população.

O rádio apresenta o caráter universal da linguagem falada e um grande poder de instantaneidade. É um meio simples e econômico quanto às condições de produção e de programação. Além de ser um meio de alta capacidade de mobilização social e de fácil manuseio, ainda apresenta baixo índice de ociosidade. MATTOS, S., 1993, p. 52.

VASCONCELOS, E. M., 1989, p. 129, mostra que o rádio é um meio de comunicação de massa de grande penetração junto às famílias das regiões rurais e das periferias das cidades. Além disso, ele se constitui em um meio de comunicação de massa, ao qual o profissional de saúde que atua em um serviço de atenção primária à saúde pode ter acesso. As rádios, especialmente no interior, costumam ser pequenas empresas que sobrevivem com dificuldades e com grande carência de profissionais qualificados. Assim, não é muito difícil obter um espaço na sua programação. "Por ser acessível aos profissionais que trabalham junto à saúde e por sua grande audiência junto às famílias trabalhadoras, o rádio é um meio de comunicação de massa estratégico para a educação popular em saúde".

Os meios de educação de massa podem dar outra dimensão à educação da comunidade. Para um profissional relacionado com a saúde, acostumado a realizar reuniões com grupos que, poucas vezes, ultrapassam a 40 pessoas, ou que gasta grande parte de seu tempo atuando educativamente de indivíduo para indivíduo, a possibilidade de utilização do rádio surpreende e empolga na medida em que permite atingir de uma só vez dezenas de centenas de ouvintes. Contudo, VASCONCELOS, E. M., 1989, 129, aponta que a força do rádio não está apenas na imensidão do público atingido: "ele também transforma as características da educação e saúde e abre novos campos de prática profissional".

O profissional que atua em uma experiência alternativa de medicina comunitária convive com uma variedade muito rica de situações em que problemas da saúde e da doença aparecem das maneiras mais diferentes. "O rádio é o local onde se poderá comunicar a comunidade os principais problemas que enfrenta, causas e possíveis formas de enfrentamento." VASCONCELOS, E. M., 1989, p. 130.

Ele tem a capacidade de tornar a equipe de saúde conhecida em toda a região de sua abrangência. Assim, ao longo da história, tem-se mostrado um instrumento de conscientização. Em se tratando de Educação para a saúde, ele poderá ser um canal importante de veiculação de informações.

Esse instrumento de comunicação tem a capacidade de tornar a equipe de saúde conhecida em toda a região de sua abrangência. Assim, a multiplicidade dos meios de comunicação cria uma rede sutil que envolve o homem onde quer que se encontre e o submete a sua influência e poder. Por mais medíocre que seja o ser humano, ele sente a necessidade de receber mensagens, sejam elas pessoais, ou através de veículos ou meios apropriados.

COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL

Quando se fala do processo comunicacional, para KUNSCH, M., 1986b, p. 31, subentendem-se aqueles elementos básicos do processo: fonte, codificador, canal, mensagem, decodificador e receptor.

Assim, se a comunicação é o processo pelo qual as idéias e sentimentos se transmitem de indivíduo para indivíduo, estabelecendo a dinâmica social, e se a opinião pública resulta desse processo como um efeito de participação do indivíduo na sociedade, claro está que o papel do *decodificador* é que vai determinar o gênero da manifestação de todo o conjunto. Dessa forma, a opinião pública, CORREA, T. G., 1988b, p. 21, entendida como a resultante do processo de comunicação, acaba transformando-se num poderoso instrumento de poder.

A comunicação institucional é definida por MURIEL & ROTA, 1980, p. 24, como o sistema de intercâmbio de dados, informações, idéias e conhecimentos que se estabelecem entre as instituições públicas e privadas, nacionais e internacionais e seu público real e virtual. Sistema esse segundo MURIEL &

ROTA, 1980, p. 25. coordenador entre a instituição e seu público, que atua para facilitar a consecução dos objetivos específicos de ambos, e através dele, contribuir para o desenvolvimento nacional. Esta comunicação institucional poderia ser utilizada não apenas como instrumento para atingir objetivos que fossem a favor do bem estar da comunidade, porém, se não se perseguisse esse bem estar nacional, as consequências de um desequilíbrio surgiriam mais cedo ou tarde, repercutindo sobre o próprio sistema da instituição.

A comunicação institucional é também chamada de comunicação organizacional. MURIEL & ROTA, 1980, p. 13. É um termo relativamente novo, que surgiu devido ao grande interesse pelo estudo das instituições e de sua importância na sociedade.

Existem três tipos de problemas de comunicação institucional, segundo MURIEL & ROTA, 1980, p. 180: a) os exclusivos de comunicação institucional, que são aqueles cuja origem se encontra no processo de comunicação, entre a instituição e seu público; b) problemas mistos de comunicação institucional, que têm origem em uma realidade independente do processo de comunicação, entre a instituição e seu público, mas que o afetam diretamente, e finalmente, c) os problemas que não são de comunicação institucional.

Devemos observar, segundo CORREA, T. G., 1988b, p. 33, que a comunicação como ação de estímulos para modificar comportamentos compreende necessariamente em seu processo, a nível social, a expressão da opinião pública, havendo sempre o risco da comunicação sofrer a influência deliberada, no sentido de modificá-la, inclusive no seu significado social.

Por que falar de educação quando se está tratando de Comunicação Institucional?

Porque a escola, segundo GOERGEN apud KUNSCH, M., 1986a, p. 167, não é mais, ao lado da família, a única instância responsável pela educação, sendo que os meios de comunicação exercem na sociedade de hoje, uma influência extraordinária.

Os meios de comunicação, em todas as suas modalidades, têm o papel imprescindível de mediador da realidade no processo pedagógico da apropriação do conhecimento, pois são eles que têm a possibilidade de registrar e transmitir o acúmulo de conhecimentos já produzidos pela humanidade, fato que significa, segundo LUCKESI apud KUNSCH, M., 1986, p. 52, deter o resultado do esforço histórico, hercúleo da humanidade, para vencer as resistências da natureza. Não há atividade profissional, social, política e moral que não contenha em si, em graus diferentes, conforme afirma GAL, R., 1960, p. 7, uma ação educadora. Ninguém escapa da educação. Sempre se está envolvido com ela. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias mistura-se a vida com a educação. Não há uma única forma, nem um único modelo de educação: a escola não é o único lugar onde ela acontece e talvez nem seja o melhor; o ensino escolar não é a sua única prática, e o professor profissional não é o seu único praticante.

Em uma linha profética, a educação se instauraria como método de ação transformadora. Como práxis política, a serviço da permanente libertação dos seres humanos, ela não se dá nas suas consciências apenas, mas na radical modificação das estruturas em cujo processo se transformam as consciências. FREIRE, P., 1982, p. 127, coloca que, do ponto de vista profético, não importa qual seja o campo específico em que se dê a educação, ela será sempre um esforço de clarificação do concreto. Constitui-se sempre, em última análise, em

prática demistificadora que, ao desvelar a realidade da consciência, ajuda o desvelamento também da consciência da realidade.

A educação autêntica, para ARANHA, M. L. A., 1989, p. 66, só pode ser a educação *para* a liberdade e *por* meio dela, a fim de não se tornar adestramento ou doutrinação.

A palavra educação tem sua origem no latim *educere* que significa extrair, tirar, desenvolver, conduzir para fora. Na Grécia antiga, de todos os adultos transmissores de saber, o mais importante era o pedagogo. Eram velhos escravos que conduziam as crianças às escolas. Eles eram mais educadores do que os mestres de escolas, porque conviviam com os adolescentes e as crianças mais do que os pais, e a eles cabia a educação dos preceitos e das crenças da cultura da pólis. BOWEN, J., 1976. Assim, era o pedagogo o "educador por cujas mãos a criança grega atravessava os anos a caminho da escola, por caminhos da vida". BRANDÃO, C., 1984a, p. 42.

Ao se considerar a evolução do termo, através do tempo, vê-se que Platão considerava que a verdadeira educação deveria afastar o homem de tudo que o prende a sua existência empírica, onde acha-se asfixiado pelos sentidos e pelas paixões, a fim de atingir a sua essência verdadeira no mundo das idéias. Santo Tomás, na Idade Média, considerou a educação como a realização das potencialidades do homem. Durante o Iluminismo, no século XVIII, a ênfase foi colocada no ideal do homem racional. Kant a definiu como o processo pelo qual o homem chega a ser homem, ou seja, "o fim da educação seria desenvolver, em cada indivíduo, toda a perfeição de que ele fosse capaz". ARANHA, M. L. A., 1989, p. 53.

Autores como Durkheim entendem a educação como a ação exercida pelas gerações adultas sobre as gerações que não se encontram ainda preparadas para a vida social; tem por objeto suscitar e desenvolver na criança certo número de estados físicos, intelectuais e morais reclamados pela

sociedade política no seu conjunto e pelo meio especial a que a criança, particularmente, se destina. BRANDÃO, C., 1984a, p. 71.

Educação consiste para BRANDÃO, C., 1984a, p. 65, essencialmente, na formação do homem de caráter. Ela é um processo vital, para o qual concorrem forças naturais e espirituais, conjugadas pela ação consciente do educador e pela vontade livre do educando. Não pode, pois, ser confundida com o simples desenvolvimento ou crescimento dos seres vivos, nem com a mera adaptação do indivíduo ao meio. É atividade criadora, que visa a levar o ser humano a realizar as suas potencialidades físicas, morais, espirituais e intelectuais. Não se reduz à preparação para fins exclusivamente utilitários, como uma profissão, nem para o desenvolvimento de características parciais da personalidade, como um dom artístico, mas abrange o homem integral, em todos os aspectos de seu corpo e de sua alma, ou seja, em toda a extensão de sua vida sensível, espiritual, intelectual, moral, individual, doméstica e social, para elevá-la, regulá-la e aperfeiçoá-la. É processo contínuo, que começa nas origens do ser humano e estende-se até a morte.

A educação é, como outras, uma fração do modo de vida dos grupos sociais que a criam e recriam, entre tantas outras invenções de sua cultura, em sua sociedade.

A educação, segundo BRANDÃO, C., 1984, p. 12, existe no imaginário das pessoas e na ideologia dos grupos sociais; ali, sempre se espera, de dentro, ou sempre se diz para fora que a missão é a de transformar sujeitos e mundos em alguma coisa melhor, de acordo com as imagens que se tem de uns e outros. Todavia, na prática, a mesma educação que ensina pode deseducar e pode correr o risco de fazer o contrário do que pensa que faz, ou do que inventa que pode fazer.

Educar é informar. O inverso, no entanto, nem sempre é possível. FREIRE, P., 1983a, p. 67 considera que educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados.

Toda a ação educativa é comunicação transmitida através de símbolos. Também os atos não-verbais, no processo de educação, têm posição e significado só na medida em que são interpretados. Assim, a ação pedagógica deve ser julgada, a partir do que e de que forma se comunica.

MOLLENHAUER

Em síntese, educação sempre é interação, e interação sempre acontece na comunicação. Assim, a educação deve ser entendida como a ação que tem por objetivo constituir uma estrutura comunicativa que sirva de base para a emancipação. GOERGEN apud KUNSCH, M., 1986a, p. 166.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A necessidade de envolver a comunicação em uma frente de esclarecimento sobre doenças caracterizadas como um problema de saúde pública, resulta da própria origem da palavra comunicação - do latim - *comunicare* " tornar comum, esclarecer".

Vincular o processo comunicativo à educação talvez seja o caminho correto. O modelo de programa de educação sanitária e o eixo central da concepção e execução dos mesmos tem sido, segundo CARDACI apud ARANHA, M., 1979, p. 116, a crença de que um vazão de informações era o que originava as práticas errôneas dos indivíduos e que, em consequência, uma informação convenientemente estruturada e canalizada por vias corretas daria como resultado mudança nas condutas daqueles a quem era dirigida a mensagem.

No entanto, já está demonstrado na prática que esse modelo de educação vertical não traz resultados na construção efetiva da saúde pública e principalmente, não induz à mudança de comportamento. Essa metodologia pautada pelo aspecto autocrático, pode-se observar nos programas educativos elaborados por JAMES, W., 1974, p. 25, os quais pertencem ao grupo de programas da Unión Internacional contra el Cáncer, que é uma organização beneficente não governamental dedicada exclusivamente a promover em todo mundo a luta anticancerosa, nos seus diversos aspectos de investigação, terapêutica e prevenção.

Segundo FREITAG, B., 1986, p. 173 a saúde pública inclui-se entre as práticas sociais nas quais essa relação de hegemonia pode ser identificada. A necessidade de educação da população atendida pelos serviços de saúde pública vai emergir como um forte instrumento para a sua implantação,

generalizando a crença, entre técnicos e mesmo a população em geral, de que a maioria dos problemas de saúde tem sua origem na ignorância das pessoas.

Pensamos que a forma de romper com essa hegemonia seja a prática de uma educação transformadora, na qual sujeito-objeto e meio social possam interagir.

Quando existe um estudo epidemiológico, segundo SANDMAN, P., 1991, p. 43s, existe também uma responsabilidade educacional. Falar com a comunidade é apenas o começo, o mais importante é reconhecer se eles realmente entenderam.

A grande mudança em campanhas epidemiológicas, propostas por SANDMAN, P., 1991, p. 50s, não é aprender como fazer a comunicação, mas sim decidir que a comunicação, antes de tudo, constitui-se em parte essencial do trabalho.

INSTITUIÇÕES

São criadas para satisfazer certas necessidades humanas. Nesse sentido, a saúde que, que satisfaz a necessidade do bem-estar físico, é uma instituição. Um hospital não é uma instituição, mas uma organização comunitária dessa instituição. Da mesma forma, para QUESADA, G., 1980, p. 2, a educação é uma instituição. A escola é uma expressão dessa instituição, chamada educação. E por conseguinte, a comunicação, como instituição, atende a necessidade que nós temos de sermos gregários.

As instituições são as veias pelas quais circulam as mudanças sociais. Servem para eliminar o que existe de anormal ou doentio dentro de certos movimentos bruscos da sociedade. Elas também têm a função de integrar as partes de um todo.

Como se relaciona Cultura com Educação?

Educação e cultura, de acordo com PAVIANI. J., 1990, p. 49, são elementos indissociáveis, uma vez que a educação não pode ser apenas a transmissora de uma cultura, mas ela, obrigatoriamente, terá de nascer e ter suas raízes nessa cultura.

Analisando a origem do termo, é possível determinar que a palavra **cultura** é de origem romana. Origina-se de *colere*, que quer dizer cultivar, habitar, tomar conta, criar e preservar, relacionando-se, essencialmente, com o trato do homem com a natureza. Assim, partindo da etimologia, chega-se ao conceito que ARANHA, M. L. A., 1989, p. 4, estabelece para cultura como "a transformação que o homem exerce sobre a natureza, mediante o trabalho, os instrumentos e as idéias utilizados nessa transformação, bem como os produtos resultantes. e mais ainda, que nesse processo, o homem se autoproduz, se faz a si mesmo um homem."

Sendo assim, as diferenças entre o homem e o animal não são apenas no grau, mas de natureza, pois, enquanto o animal permanece envolvido na natureza, o homem é capaz de transformá-la, tornando possível a **cultura**.

A cultura apresenta nuances variadas, dependendo do lugar e do período. Na Antigüidade, por exemplo, Demétrio Poliorceto, depois de haver conquistado a cidade onde vivia o filósofo Estilpão, pretendeu indenizá-lo pelos prejuízos materiais que sofrera por causa da pilhagem. Relata BRANDÃO, C. R., 1984b, p. 44, que quando Demétrio pediu que fizesse o inventário do que lhe pertencera e fora destruído, Estilpão respondeu que nada havia perdido do que era seu, porque não lhe haviam roubado a sua cultura, dado que ainda conservava a eloqüência e o saber. Semelhante linha de concepção foi adotada pelo Shorter Oxford Dictionary ao defini-la como "o lado intelectual da civilização".

É com Coleridge que aparece pela primeira vez, no vocabulário inglês, o termo *cultivation*, tomado no sentido de disposição, maneira de ser, ou hábito do espírito. Para Coleridge, a cultura reside no "desenvolvimento harmonioso destas qualidades e faculdades que nos caracterizam enquanto homens". Essa noção de cultura como disposição cultivada é oposta por Coleridge a de civilização, pois a civilização acha-se ao lado da exterioridade, ao passo que a cultura, como exigência humana de perfeição, tem sua origem na intimidade da consciência. Matthew Arnold define cultura como "a busca da perfeição pessoal total, através do conhecimento sobre todos os assuntos que mais nos concernem e de tudo o que foi pensado e dito de melhor no mundo.

Pode-se notar uma afinidade evidente entre as concepções de Arnold e aquelas desenvolvidas mais recentemente pelo crítico literário Frank Raymond Leavis. Para ele, como para Coleridge, um século antes, existe uma oposição entre civilização e cultura, e as realizações, as maneiras de ser que a palavra *cultura* recobre constituem qualquer coisa de qualitativamente superior a tudo aquilo que trazem os "progressos da civilização", só que somente uma minoria pode ser capaz de manter esses valores superiores, ao preço, mais freqüentemente, de uma luta contra o meio hostil da "civilização de massa". FOURQUIN, J. C., 1993, p. 30.

Para T. S. Eliot, a postulação aristocrática perceptível em toda a problemática da cultura herdada do romantismo encontra-se acentuada e levada a um nível quase doutrinal. Para ele, a alta cultura é e deve permanecer essencialmente minoritária, pois todo o esforço para difundi-la em grande escala e para fazer o conjunto do corpo social beneficiar-se dela não pode senão destruí-la. Continuando, ele afirma que o essencial da cultura, isto é, a maneira de viver, não se aprende na escola, mas no seio da família. Atribuir um lugar exagerado à educação escolar em relação à educação

familiar, só pode conduzir, segundo ELIOT, a uma corrupção da cultura. FOURQUIN, J. C., 1993, p. 32.

Conforme João Paulo II, em seu discurso pronunciado aos intelectuais no Rio de Janeiro em 1980, transcritas por PAVIANI, J., 1990, p. 57, a cultura nasce livre e deve difundir-se em um regime de liberdade. Assim, o homem culto tem o dever de propor sua cultura, mas não a pode impor. "A imposição contradiz a cultura, porque contradiz aquele processo de livre assimilação pessoal por parte do pensamento e do amor, que é peculiar à cultura do espírito. Uma cultura imposta não somente contrasta com a liberdade do homem, mas põe obstáculo ao processo formativo da própria cultura que, na sua complexidade, desde a ciência até a forma de vestir, nasce da colaboração de todos os homens. "

Portanto, a relação da cultura com comunicação deve-se ao fato de que é próprio do ser humano fazer-se mediado pela cultura, posto que, nem mesmo um ermitão conseguiria anular a presença do mundo cultural. Como a condição humana não deriva da realização hipotética de instintos, mas resulta da assimilação de modelos sociais, é conveniente ressaltar que, para os sociologistas, segundo LAPLANTINE, 1991, p. 120, cultura nada mais é que o próprio social, considerado sob o ângulo dos caracteres distintivos que apresentam os comportamentos individuais dos membros desse grupo, bem como suas produções artesanais. Assim, devemos ter, segundo T. S. Eliot," uma piedade para com os mortos, por mais obscuros que eles sejam e uma solicitude para com os que nascerão, por mais distanciados que eles estejam", pois que essa é a dupla preocupação fundadora da cultura. Sujeitos à finitude, e sabendo disso, nós não temos, ao final das contas, outra escolha senão querer para os outros a vida e confiar-lhes nosso testamento. FOURQUIN, J. C., 1993, p. 172.

Qual a relação entre Comunicação e Informação?

Como a informação constitui-se num direito do cidadão, assegurado pela lei máxima do país em sua constituição de 1988, ART. XIV, Cap. 1, tit. II, ela perpassa por todos os tipos de atividades, inclusive a comunicação.

O direito à informação está situado como um componente do direito à comunicação, pois para MARQUES de MELO, 1986, p. 73, não basta ter acesso aos fatos, sendo-lhe indispensável expressar e difundir as idéias e interpretações que formula sobre a realidade. Assim o direito à informação trata-se de uma categoria em processo de configuração, situada na fronteira entre o direito de comunicação e o direito de educação.

É inegável que a informação constituiu-se na mais perfeita representação da sociedade pós-industrial, sendo que ARAÚJO, V., 1991, P. 60 afirma que até a segunda guerra mundial ninguém teria dado à Informação o *status* que ela adquiriu atualmente.

Na transição da sociedade industrial para a pós-industrial, CABRAL, A. M., 1992, p. 214, pondera que a informação delinea-se como ingrediente indispensável à tomada de decisões e objeto propulsor do desenvolvimento, sendo que o fator determinante do progresso se desloca cada vez mais da posse de bens materiais para a capacidade de elaborar idéias.

O interessante é que os pós-industrialistas, MOSTAFA, S. & MARANON, E., 1992, p. 209, ao elegerem a informação como a mais valiosa de todas as mercadorias, negam a própria mercadoria enquanto valor.

A UNESCO considera que, para os países em desenvolvimento, o aumento da capacidade de Comunicação e Informação poderá levá-los a progredir em matéria de educação, desenvolver seu potencial científico e tecnológico, melhorar seu sistema sanitário, promover o desenvolvimento rural, bem como, consolidar a unidade nacional e preservar a identidade cultural.

AGUIAR, A., 1991, p. 13. LEMOS, A. B., 1986, p. 109, também concorda, quando afirma que a informação, quando administrada apropriadamente e com soberania de decisões, será um dos instrumentos que podem acionar as mudanças sociais, econômicas e políticas pelas quais todos almejam.

O sociólogo italiano Domenico de Massi (1990) em sua entrevista à revista *Veja*, enfatiza que, atualmente, o que mais conta é " a idealização e criação de bens não materiais como a informação, a estética e os símbolos, que são, sobretudo, veículos de idéias ". CABRAL, A. M., 1992, p. 214.

Assim, no cenário pós-moderno, segundo CABRAL, A. M., 1992, p. 215, o que determina a hierarquia entre os países não é tão somente o motor das fábricas, mas a engrenagem que move a circulação de idéias e informações. A informação é para o cérebro o que o alimento é para o corpo. KLINTOE, 1991, p. 56.

No nosso século verificou-se o crescimento dos conhecimentos científicos e técnicos em ordem exponencial, a ponto de gerar enorme volume de informações. Com isto, as bibliotecas e ou centros de informação tiveram que se adaptar às mudanças ocorridas e adequar seus serviços a uma realidade então emergente. BERGE, R. C., 1970, p. 53. O volume de informações disponíveis no mundo, crescendo de forma geométrica, deu origem ao aparecimento da expressão *explosão da ignorância*, utilizada por FIGUEIREDO, N., 1989, p. 87, para conceituar a informação que, pela sua quantidade, foge do alcance do homem. Isso provocou mudanças radicais nas atividades das bibliotecas e dos bibliotecários, bem como, nos preceitos fundamentais da profissão que foram elaborados na era impressa. MAYER, M., 1990, p. 233. Novas tecnologias despontaram no mercado da informação como uma forma de proporcionar maior rapidez e eficiência no tratamento e fornecimento de informações em serviços bibliotecários. VIEIRA, A. S., 1983, p. 179. Mudou não somente o papel do bibliotecário, bem como as atividades

p. 179. Mudou não somente o papel do bibliotecário, bem como as atividades por ele desenvolvidas, criando-se novas atividades, que geraram o desenvolvimento de novas empresas de informação, mas não necessariamente bibliotecas. CUNHA, M., 1977, p. 141. Houve um processo de desinstitucionalização da instituição biblioteca, transferindo-se a importância da biblioteca e dos documentos para a própria informação. O foco da educação profissional deixou de estar na biblioteca e em sua organização, passando para o bibliotecário como um facilitador do **processo de Comunicação**. Surge o *bibliotecário eletrônico*, que são bibliotecários sem bibliotecas, LANCASTER, F. W., 1983, p. 751, valendo-se apenas de redes de dados eletrônicos para se comunicarem com seus usuários, sem necessidade de se deslocarem até as bibliotecas para ter acesso às fontes de informação. Com relação a estas mudanças, DOWLING, K., 1991, p. 41, da biblioteca Pública de São Francisco, USA, relata que sua grande ambição era implantar a ligação eletrônica da biblioteca. Os bibliotecários seriam os facilitadores e organizadores das informações necessárias, sendo que o contato poderia ser realizado diretamente de suas casas ou de seus locais de trabalho. Isso só vem reforçar o prognóstico de LANCASTER, F. W, 1983, p. 749-50, de um futuro curto para as bibliotecas, enquanto que bibliotecários/agentes de informação, poderiam sobreviver sem elas, se fossem capazes de acompanhar as mudanças exigidas, pois nunca as oportunidades para pensamento criativo e produtos e serviços de informação inovadores foram tão grandes.

Essas transformações na sociedade exigiram do profissional da informação, de acordo com CABRAL, A. M., 1992, p. 220, que ele assumisse novos papéis e desempenhasse-os com determinação e criatividade. Assim, como gerente empreendedor, uma das principais habilidades que o bibliotecário deve desenvolver é a capacidade de comunicação, visto que a

nova realidade em que vai exercer suas funções requer efetiva interação com outros técnicos e diferentes públicos.

Não podemos esquecer que a informação, segundo WERTHEIN, J., 1979, p. 140, é uma função social e não um negócio. Como toda função social a serviço da comunidade, seu exercício não deve ficar sujeito segundo o arbítrio de quem a opera. Além disso, a transformação da informação outorga poder, e toda a sociedade deve organizar-se para que aqueles com o poder sejam socialmente responsáveis pelo seu exercício.

A informação ganhou espaço, até mesmo, na esfera da profissão em si. Conforme LANCASTER, F. W., 1983, p. 752, algumas das mais conceituadas escolas de biblioteconomia dos Estados Unidos, como a School of Library Science teve seu nome substituído para School of Library and Information Science ou Studies. FIGUEIREDO, N. & LIMA, R. C. M., 1986, p. 48, apontam também o caso da escola de Siracusa que substituiu a palavra "Library" para adotar "School of Information Studies". A justificativa apontada foi o mercado restrito para bibliotecários e a observação da existência de muitas outras alternativas ocupacionais para o profissional.

Portanto, estimular a busca de informações à procura de subsídios que possibilitem o desempenho do homem em sua plenitude social é um desafio que precisa ser enfrentado, já que tal ação implica em mudança de comportamento e atitudes frente aos sistemas de informação, implica em educar os indivíduos para consumir, dominar e refletir a informação que está disponível nos meios de comunicação. E este é um trabalho que requer uma ação conjunta de profissionais das mais diferentes áreas, particularmente, segundo MUELLER, M. S., 1990, p. 14, daqueles que atuam no campo da comunicação e ou informação, como é o caso do bibliotecário. Ele pode assumir a posição de um agente transformador, dirigindo seu trabalho no sentido de acionar e promover mudanças na sociedade, por intermédio de políticas de

conteúdo emancipatório, que propiciem aos cidadãos fazer suas escolhas e opções, exercer plenamente seus direitos de cidadania e assumir a liderança de movimentos reivindicatórios, inseridos em projetos sociais mais amplos. CABRAL, A. M., 1992, p. 220.

Para que um bibliotecário/agente de informação consiga exercer suas atividades como autônomo são necessárias certas características pessoais e profissionais, que para KLEMENT, 1985, p. 15, poderiam ser definidas como: *inovação, imaginação, energia e ambição*. Ser bibliotecário e ser autônomo é um desafio, mas um desafio que necessita ser vencido, pois, ao trabalhar como autônomo, o bibliotecário/agente da informação valoriza a si e a sua profissão, fazendo com que se reconheça, efetivamente, o papel do bibliotecário e da Informação no mundo atual. Desta forma talvez seja possível que se possa evitar que resultados de um trabalho de pesquisa, como o realizado na Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, por POLKE et al, 1976, p. 177, continuem a delinear " a imagem do bibliotecário como a de um profissional de vôo curto".

Não há receitas para transformar bibliotecas em organizações inovadoras, entretanto, existem algumas características de organizações inovadoras que podem ser aplicáveis ao ambiente de sistemas de informação. A primeira característica seria a de uma atitude positiva sobre o futuro aliada à crença de que esse pode ser modificado por decisões feitas no presente. Em organizações inovadoras, o clima alimenta pensamentos criativos e mudanças; esse clima é desenvolvido através do tempo e as pessoas com novas idéias e capacidade para desenvolvê-las são reconhecidas e premiadas. A responsabilidade pelo estabelecimento desse clima é do administrador, estimulando o fluxo de idéias, fazendo uso de questões adequadas, mostrando interesse e analisando criteriosamente as idéias recebidas. FIGUEIREDO, N., 1988, p. 23.

Diante da realidade complexa que aponta cada vez mais em direção à transnacionalidade e à multipolaridade, o bibliotecário, conforme expõe CABRAL, A. M., 1992, p. 216, terá que se posicionar politicamente e tomar decisões relativas ao exercício de sua prática profissional, procurando situar, dentro da evolução histórica, a inserção de nosso país neste contexto.

Como o acesso à informação, seu manejo, utilização e aplicação dependem do domínio dos códigos através dos quais se configura, é imprescindível o conhecimento da língua, as formas de compreensão e de expressão, a leitura e a escrita. Uma vez que comunicar, expressar livremente fatos e idéias, pressupõe o domínio do código e o acesso aos conteúdos que permitirão produzir mensagens e difundi-las, divulgá-las. Logo, pressupõe o manejo de informações, o que em outras palavras significa que os bibliotecários, ao se adaptarem às exigências de informação atuais até como forma de auto-preservação, terão, cada vez mais, que se empenhar no trabalho de comunicação, para que possam se tornar transformadores sociais.

A profissão do bibliotecário pressupõe a função de comunicador, ele é comunicador mas não autor de nenhum documento, nem mesmo responsável pela natureza da informação. Ele é um intermediário entre a informação e o destinatário. MUELLER, N. S., 1990, p. 17. Nessa pesquisa ao utilizarmos técnicas de aprendizagem e participação, surge uma imposição no sentido de obrigar a sociedade a modificar os meios de informação em meios de comunicação. GUTIERREZ, 1978, p. 110.

Informação / Comunicação /Saúde

Os cidadãos têm o direito e a responsabilidade de serem providos com informações sobre cuidados com a saúde. Através dessa provisão, os indivíduos passarão a ficar melhor informados sobre problemas pessoais de saúde, como mantê-la, como prevenir doenças e saber como funciona o sistema de saúde. A primeira geração de consumidores de informação sobre saúde, começou no Canadá com relativa fluência, a partir dos anos 70 e 80. Muitos desses constituíram-se apenas em projetos pilotos, e outros, dependiam da energia e do entusiasmo de um ou mais dedicados bibliotecários preocupados em difundir essas informações. AZEVEDO, A. P., 1992, p. 61, relata sua experiência trabalhando diretamente com especialistas de Zoologia, afirmando que a partir deste momento, passou a entender melhor suas necessidades informacionais e tratar com dados que, antes, eram totalmente desconhecidos. Descreve também a forma como auxiliaram a comunidade científica da área de Zoologia, facilitando o acesso às informações com maior rapidez e eficiência. Finaliza, AZEVEDO, A. P., 1992, p. 60, com um alerta aos profissionais de informação para a importância de sua participação em trabalhos que não sejam necessariamente tratamento de dados bibliográficos, uma vez que existem lacunas na área de informação que ainda não são assistidas adequadamente, por razões diversas, mas que necessitam ser enfrentadas até como um desafio pelos profissionais da área.

Uma solução somente será possível, se todas as forças vivas na sociedade estiverem envolvidas com a vontade política e colaboração harmoniosa dentro de um sistema tecnicamente eficiente. Contudo, não se pode esquecer que são os momentos de mudança que trazem sempre os ventos da esperança, NUNES, T. C. M., 1992, p. 149, de que é possível mergulhar nas dificuldades, para se buscar o oxigênio necessário para repensar estratégias e táticas, aproveitando as lições da história e acreditando

que estão nos conflitos e contradições as possibilidades do florescimento de uma nova realidade.

Examinando a literatura americana sobre a atuação do bibliotecário como agente de Informação sobre saúde, vê-se que, para KAY, P., 1983, p. 406, o bibliotecário / agente de informação não só poderá exercer uma função de educador - comunicador, como poderá, inclusive, estimular a criação de um novo tipo de literatura, que dará ao leitor condições de desenvolver sua habilidade de solucionar independentemente seus problemas no campo da saúde. Ressalta que este termo, educador - comunicador, somente vem reforçar o tipo de atividades e funções que os bibliotecários vinham realizando anteriormente, mais ou menos empiricamente. A diferença é que eles agora o farão de uma forma implícita, direta, deliberada e antes de tudo, em combinação com outros grupos.

Existe um desejo de uma grande parte da população de conhecer mais sobre sua saúde. A disseminação vigorosa de informações, por intermédio de canais médicos e não médicos, o alto custo dos serviços hospitalares, o tempo limitado e variedade de aptidão de cada médico em fornecer informações sobre saúde, têm sido algumas das muitas razões para a grande demanda, que vem crescendo consideravelmente nas bibliotecas, por informação sobre saúde. Sabe-se, contudo, KAY, P., 1983, p. 408, que não será possível para os bibliotecários obterem ótimos resultados em sua nova missão de prover informações sobre saúde, se não tiverem a cooperação de médicos e outros profissionais ligados à saúde. Assim a experiência e os conhecimentos médicos são de valor inestimável para o bibliotecário - agente de informação em saúde. Isso vem reforçar a necessidade de grupos multidisciplinares para se divulgar informação em saúde.

Como educador - comunicador - catalizador, o bibliotecário/agente de informação deverá estimular a cooperação entre os bibliotecários e

representantes de todas as profissões relacionadas com a saúde para facilitar e delinear a solução de problemas vinculados com a educação de saúde. O autor vai mais longe, apontando para a evolução de um trabalho cooperativo com participação de agentes interdisciplinares locais, regionais e nacionais. O primeiro grupo formado com estas características foi em 1905, em Boston, pelo Dr. Platt, para pacientes que necessitavam de suporte e informação sobre saúde. Sendo desta forma, RUBIN, R. J., 1983, p. 409, que os bibliotecários tomaram parte das primeiras experiências com grupos multidisciplinares.

No entanto, os profissionais de saúde, quando se relacionam com pessoas leigas e comuns, devem ter em mente que não são professores a escrever num livro de páginas em branco, pois a população tem suas próprias crenças e valores sobre a saúde, bem como, explicações sobre a origem e cura de doenças. e embora seja importante assimilar criticamente as contribuições teóricas a esse respeito, sobretudo dos estudos sobre representações sociais da saúde-doença, é preciso saber aprender na experiência, na infinita complexidade da vida. Neste sentido, os educadores também precisam ser educados. VALLA, V., 1993, p. 22.

O líder democrático, segundo TRECKER, H. & TRECKER, A., 1968, p. 27, é aquele que ajuda e não aquele que faz. Faz parte de suas atribuições ajudar cada membro do grupo a perceber a real importância e utilidade de qualquer trabalho a ser feito no grupo. Isto, em outras outras palavras, significa que o líder democrático é, antes de tudo, um coordenador. Ele conseguirá muito mais, se fizer perguntas, ao invés de dar ordens.

A visível deterioração das condições sanitárias das classes populares brasileiras deixa de interessar apenas a técnicos e especialistas no campo da medicina e torna-se, para diversos setores sociais, objeto de apreciação crítica e disputas políticas.

Os princípios de medicina comunitária surgiram nos Estados Unidos, em meados da década de sessenta. Nasceram dentro dos projetos de guerra contra a pobreza nos governos Kennedy e Johnson. Esses programas não chegaram a atingir expressão quantitativa, porém, é importante lembrar que neles a idéia de participação comunitária prevaleceu, fazendo com que os grupos sociais fossem engajados em tarefas auxiliares, nos ambulatórios locais. Aplicou-se, a nível de saúde, os princípios definidos como de organização e de desenvolvimento de comunidade, isto é, a *capacitação* de grupos sociais subalternos para torná-los *conscientes* dos seus problemas e *aptos* a buscar soluções, mediante esforços da própria comunidade.

Na China, a partir da chamada Revolução Cultural, em meados dos anos sessenta, houve uma tentativa rigorosa para difundir serviços simplificados para as populações rurais. Foram treinados um milhão de médicos descalços e três milhões de ajudantes rurais de saúde. Essa transformação da medicina chinesa acompanhou o complexo processo revolucionário que viabilizou seu efetivo impacto sobre as condições sanitárias populares. Já as proposições de medicina comunitária, quando aplicadas a países com estruturas sociais onde predomina a exploração e a desigualdade, tenderam unicamente a servir como instrumento político dos grupos no poder. COSTA, N. R., 1984, p. 306-309.

Segundo LEMOS, A. A. B., 1984, p. 36, uma das falácias acerca da informação científica em saúde é a de que esta é uma área que conta com uma provisão adequada, para não dizer excessiva, de conhecimentos. Ora, no caso brasileiro, pelo menos, isto não é verdadeiro, porque não existe uma única clientela, mas sim, várias clientelas, com diferentes níveis de interesse e de formação profissional.

Está confirmado que é possível aos bibliotecários ou agentes da informação atuarem na área da saúde, porém, o que provavelmente ocorrerá é

que, no futuro, esses profissionais que optarem por este tipo de atividade, segundo KAY, P., 1983, p. 408, deverão submeter-se a um tipo de preparação especial para colaborar com os médicos nesse tipo de trabalho de educação de saúde. É importante salientar que, para que esta ação ocorra em sua eficácia, a interdisciplinaridade requer não apenas especialistas nas diversas áreas envolvidas, mas, acima de tudo, um projeto que coordene as atividades para o qual convirjam as ações e que tenha sido elaborado para ser posto efetivamente em prática. Sem projeto não há interdisciplinaridade.

Para que serve a pesquisa conscientizadora?

A pesquisa conscientizante é uma das denominações para um tipo de trabalho no qual pesquisador e pesquisados procuram superar a dicotomia teoria e ou prática em uma proposta de transformação social. HUMBERT, C., 1977, p. 39

Essa pesquisa conscientizante confunde-se segundo THIOLENT, M., 1985, p. 14, com o termo "pesquisa-ação", que nada mais é do que um tipo de pesquisa social com base empírica, a qual é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, onde os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. Assim, os termos pesquisa conscientizadora, "pesquisa-ação" e pesquisa participativa são usados indiscriminadamente neste trabalho, uma vez que segundo LE BORTEF, G. apud BRANDÃO, C., 1983, p. 168, não existe um modelo único de pesquisa participante, pois trata-se, em síntese, de adaptar, em cada caso, o processo às condições particulares de cada situação concreta.

Desde a Enquete Operária de Marx, em 1880, uma parcela de cientistas sociais tem proposto métodos de investigação que superem a dimensão formalista instaurada pela ciência moderna.

A pesquisa ação associada e às vezes, tomada como equivalente a metodologias como a pesquisa participante, a pesquisa popular, a pesquisa militante, a pesquisa conscientizante e outras, introduz dois elementos importantes no processo de investigação: a convivência e a participação. BRANDÃO, C., 1983, p. 27.

A idéia fundamental de MILLS, W., 1969, p. 67 é a de que o indivíduo só pode conhecer suas potencialidades de vida, tornando-se cômico das possibilidades de todas as pessoas nas mesmas circunstâncias em que ele vive. Assim, há mais sabedoria em experiências comunitárias, por vezes simples, ingênuas, inocentes, do que no torvelinho do progresso planetário, DEMO, P., 1984, p. 112. Essas ações, embora parecendo pequenas e sem muito conteúdo, são, em essência, as mais profundas, pois, na trajetória histórica, é o que se observa de mais transformador.

De acordo com DEMO, P., 1984, p. 112, uma vez que não se consegue domar de todo a desigualdade, porque nossa história é contraditória, pode-se, contudo, torná-la mais suportável, quando for experimentada comunitariamente, já que a democracia mais profunda é a pequena, porque este é o tamanho do homem. Porém, toda vez que envolve-se o processo de conscientização, mola mestra de uma pedagogia emancipatória na qual os membros da organização segundo SAUL, A. M., 1988, p. 55 são tratados como seres autodeterminantes, ou seja, capazes de desenvolverem suas próprias ações, enfrentam-se algumas dificuldades, uma vez que toda a ação transformadora gera inquietação. É por isso que, pressentindo ser a mais compatível com o trabalho de comunicação na área de saúde pública, optou-se pela rota comunitária.

Reforçando esse posicionamento KUNSCH, M, 1986a, p. 82, pondera que quando nos propomos a desenvolver um trabalho de comunicação mais relacionado com a comunidade local, devemos ter uma fundamentação de princípios educacionais emancipadores, como os propostos na pedagogia de Paulo Freire, realizando principalmente uma pesquisa do tipo participante, sobre a qual existe todo um livro de Carlos Rodrigues Brandão.

No livro "L'enquête conscientizante", Collette HUMBERT e Jean, MERLO, 1978, mostram que, na pesquisa conscientizante, os sujeitos são grupos militantes, população e animadores, sendo os objetos os conflitos da realidade através da percepção da população. KRAHE, e , 1990, p. 64.

Dentre as especificações de pesquisa conscientizadora, segundo os autores acima citados, selecionou-se as mais significativas:

1. como processo de conscientização ele mesmo, a pesquisa-conscientizante parte da ação dos grupos de base militante e é orientado para a ação;
2. ela assume o desafio de fazer progredir dialeticamente as populações concernentes, ao mesmo tempo, dentro da análise crítica de sua realidade e dentro do processo de conscientização;
3. as hipóteses de pesquisa são as hipóteses de ação transformadora.

Segundo MAILHIOT, G., 1981, p. 123, as pesquisas dos últimos anos foram elaboradas de acordo com a metodologia que Kurt Lewin preparou no último ano de sua vida, em um artigo célebre, dentro de uma perspectiva de pesquisa-ação. Na noite que precedeu sua morte Kurt Lewin havia terminado a redação desse artigo sobre a pesquisa ação, que deveria ser publicada na revista "The Journal of Social Psychology". Esse artigo continha as suas

últimas formulações sobre o que deveria ser a experimentação e a pesquisa em psicologia social.

Assim, a experimentação em psicologia social, tornando-se uma "pesquisa-ação", permite aos pesquisadores encontrar no campo, por ocasião de uma ação social, boas condições para descobrir as constantes e variáveis em jogo, na transformação de um agrupamento humano. O grande mérito de Lewin foi mostrar os grandes obstáculos que a psicologia social iria enfrentar, caso as pesquisas continuassem a serem realizadas em laboratório.

No contexto da América Latina, a pesquisa ação é sobretudo ligada à visão emancipatória, tanto no meio rural como no urbano, e especialmente aplicada em projetos de educação popular ou de comunicação social.

Na América Latina, este tipo de pesquisa conscientizadora foi amplamente utilizada, a partir da década de sessenta, especialmente vinculada aos anseios emancipatórios de grupos subalternos nos movimentos sociais. Percebe-se a ênfase na pesquisa participante, como uma das áreas de trabalho de um significativo setor de educadores, pesquisadores e em geral, de um número importante de organismos de pesquisa e desenvolvimento educacional. Encontram-se projetos de pesquisa vinculados ao desenvolvimento comunitário, à educação de adultos em geral, à capacitação sindical, a programas de saúde e ativação cultural e inclusive, a programas regulares de ensino, situados na perspectiva de modificar a prática docente e as relações educador-educando.

Essa linha de pesquisa foi utilizada no programa de reforma agrária peruano, nos anos sessenta, e nos últimos anos, encontrou campo fértil como componente das políticas de desenvolvimento rural integrado e de organização comunitária, aplicado em diversos países latino-americanos: Venezuela, Colômbia, países do Caribe, República Dominicana e Haiti, além de diversos estados do Brasil. Apesar dos relatos dessas experiências serem

escassos, conforme GAJARDO apud BRANDÃO, C., 1984b, p. 27, é possível definir que os que utilizam esse enfoque trabalham a nível de microrregiões e localidades.

No Chile, durante o governo da unidade popular, foi desenvolvido um projeto que combinava pesquisa e ação educativa, o qual atendeu à reivindicação feita por organizações camponesas que solicitavam a realização de um programa de capacitação que permitisse aos seus sócios incorporarem-se aos processos de planejamento agrícola. Os técnicos propuseram a realização de um diagnóstico comunal, efetuado pelos camponeses, porém, utilizando um modelo elaborado por eles. O levantamento e a análise dos dados foram realizados conjuntamente por camponeses e técnicos, sendo seus resultados divulgados para o restante da comunidade.

Após vários anos dessa experiência, ela pode ser positivamente avaliada. Em primeiro lugar, porque permitiu aos camponeses compreender sua situação no interior da estrutura de poder local e nacional. Em segundo lugar, porque se abriram novos espaços de participação e porque se melhorou a capacidade de negociação das organizações camponesas com as autoridades governamentais. GAJARDO, M., 1986, p. 28.

A pesquisa participante, segundo GAJARDO, M., 1986, p. 47, começa a predominar na América Latina, desde o final dos anos setenta. O contexto social e político, na época, e ainda hoje, proporcionam um campo propício para aceitação de uma proposta com um conjunto de operações e procedimentos metodológicos passíveis de serem utilizados na gestão das ações imediatas.

No Brasil, a pesquisa conscientizadora desenvolveu-se vinculada ao intenso movimento de valorização da cultura popular que marcou o início da década de sessenta, quando Paulo Freire convocava o povo a participar tanto da pesquisa como dos trabalhos de educação popular, evidenciando o caráter

amplamente político de sua proposta. Devido a isso, por quase vinte anos, os trabalhos que estavam sendo desenvolvidos nessa área foram rigorosamente censurados, vindo a renascer no fim da década de setenta. SILVA, M., 1986, p. 17.

Algumas das pesquisas desse tipo, realizadas no Brasil, podem ser encontradas nos livros organizados por Carlos Brandão, como é o caso do "O Meio Bruto", que é um estudo sobre condições, direitos, valores e trabalho popular vinculados aos problemas de saúde, em Góias. Outra pesquisa descrita é "Salário e Custo de Vida" realizada em Recife. "A condução do trabalhador", que trata sobre transportes coletivos em Nova Iguaçu, também faz parte das pesquisas participantes realizadas no Brasil. BRANDÃO, C., 1983, p. 24.

A ênfase do estudo da comunicação no meio rural levou o grupo de UFRPE, Universidade Federal Rural de Pernambuco, a experiências de pesquisa participativa ou pesquisa-ação, tanto em projetos institucionais como no trabalho individual e coletivo de professores. BENJAMIN, R., 1990, p. 165. Dentre os projetos desenvolvidos destacamos o projeto Bandas de Pífano, que consistia em uma experiência de uma metodologia alternativa de pesquisa e ação de revitalização de manifestação da cultura popular. Já o projeto Tamadaré tinha por finalidade a implantação de uma base de ação da Universidade Federal Rural de Pernambuco buscando através da pesquisa-ação o desenvolvimento cultural. BENJAMIN, R., 1990, p. 166.

Em Natal, no bairro operário de Lagoa Seca, RGN e no bairro operário de Guarujá, SP., SILVA, C. E. L., 1985, p. 72 buscou analisar a influência do Jornal Nacional sobre as classes trabalhadoras, tentando perceber que variáveis poderiam influir para que a comunidade enxergasse os noticiários com mais senso crítico.

O que se constata, na realidade do nosso país, é que os projetos conscientizantes não são muito numerosos. COSTA, M., 1993, p. 4.

Uma vez que, na busca de uma sociedade mais justa e equilibrada para os nossos povos, a informação representa o elemento fundamental de apoio e suporte à consecução e promoção das mudanças sociais, CABRAL, A. M., 1992, p. 222, o bibliotecário não só deve investir toda sua criatividade no gerenciamento da informação como também na criação de sua demanda.

A consciência, a organização e a ação são um processo que não se dão de forma cronológica é preciso primeiro tomar consciência para depois se organizar. PERUZZO, C. M., 1989. p. 108.

A passagem da incomunicabilidade à comunicação se dá no processo reciprocamente determinado entre consciência-organização-ação e o grau de comunicação dependerá do nível dessas. Comunicação implica em participação, sendo que a informação sobre saúde constitui-se em uma oportunidade para se exercer a cidadania. PERUZZO, C. M., & PERUZZO apud KUNSCH, M. M. K., 1986a, p. 421.

Como a saúde se relaciona com informação/ comunicação?

A saúde de acordo com a Organização Mundial da Saúde segundo MOONEY, G. H. & DRUMMOND, M. F., 1982, p. 1263," equivale a um completo bem estar físico, mental e social que não consiste apenas na ausência de doenças", enquanto o Conselho Federal de Medicina, 1990, entende por saúde " não a ausência de doenças, mas o resultado de adequadas condições de alimentação, habitação, saneamento e educação. "

Embora tais conceitos evitem a associação direta de saúde à ausência de doenças, é fundamental lembrar que o processo de saúde em um indivíduo

se dá, em grande parte, pelas condições sócio-econômicas do meio em que atua, sendo mais incidentes, portanto, em comunidades subdesenvolvidas.

É importante compreender a saúde como um processo de responsabilidade coletiva. Afinal, para resolver os numerosos problemas sanitários de ordem coletiva e ambiental, é preciso elevar o grau de responsabilidade dos cidadãos. MONTSERRAT FORTUNY & JAVIER GALLEGU apud GLUER, I. 1994, p. 12, entendem que esta responsabilidade requer:

a. aquisição de bagagem cultural, informações e atitudes que nos permitam resolver os problemas de saúde. Assim, graças à informação, cada pessoa poderia administrar melhor sua saúde, porque conheceria mais os riscos e meios de evitar enfermidades e os instrumentos necessários para agir em cada caso. Além disso, a bagagem cultural (a informação) permitiria reduzir a demanda social dos tratamentos ineficazes. Um público informado se preocuparia, em primeiro lugar, com a prevenção primária, a fase anterior à aparição da enfermidade.

b. inserção do valor saúde na comunidade.

O historiador Fernando SEFFNER em entrevista a GLUER, L. M., 1994, p, 13 afirma: adoecer, em geral não é visto como um dinamismo da vida. É sempre algo episódico. Não está presente em nossa escala de valores.

Quanto ao tipo de morte, conforme diz SONTAG, S., 1989, p. 46, há variações. Assim, ao contrário da morte suave atribuída à tuberculose, por exemplo, tanto a AIDS como o Câncer, levam a uma morte sofrida. Portanto, todas aquelas doenças metaforizadas que atormentam a imaginação coletiva levam a uma morte sofrida, ou imagina-se que o façam.

Considera-se que o não controle e prevenção de algumas doenças pode ser percebido como um atentado à cidadania, como a Hanseníase e o próprio câncer. Como um atentado à cidadania, ele passa a ser um problema social. Com isso, torna-se fundamental envolver a comunicação neste conflito social,

pois somente com a formação de uma ampla frente de luta, capaz de mobilizar desde o indivíduo até os mais diversos setores da população, conseguiremos facultar o acesso aos serviços de atendimento e esclarecer e eliminar dúvidas, fruto da desinformação.

ENDEMICIA, EPIDEMIA E PANDEMICIA

Até mesmo em alguns dos seus conceitos, saúde encontra-se relacionada com doença, como, por exemplo: saúde é a ausência de doenças. Para que se entendesse um pouco mais sobre os termos relacionados com doença os relacionamos abaixo.

ENDEMICIA é uma doença que existe constantemente em determinado lugar, acometendo número maior ou menor de indivíduos. Quando aumenta sua incidência toma o nome de **EPIDEMIA**.

Na história da humanidade, observa-se vários casos de epidemias. Desde a da Babilônia, 3000 anos antes de Cristo, passando em 1346 pela *morte negra* na Europa, e no Brasil, em 1685, com um surto de febre amarela.

Essas epidemias, muitas vezes, são chamadas de pestes ou febres. Antes que o microscópio abrisse caminho para a descoberta de microorganismos causadores de doenças, as civilizações mais antigas atribuíam as epidemias ao trabalho de maus espíritos. Observa-se uma mudança radical desse quadro, quando Pasteur, no século XIX, demonstrou a relação entre microorganismos e doenças.

PANDEMICIA - é muito difícil definir o limiar entre as epidemias e as pandemias. A literatura médica define como pandemia uma epidemia generalizada.

Saúde e Informação em um projeto de Rastreamento:

O Grupo de Estudos e Pesquisas de Câncer de Esôfago, GEPECE, do qual a pesquisadora faz parte como bibliotecária, elaborou o projeto "*Rastreamento Populacional em Câncer de Esôfago no Rio Grande do Sul*", mais precisamente na área da Encosta Colonial da Serra do Estado do Rio Grande do Sul, município de Taquara. O projeto tem como objetivo o diagnóstico precoce em câncer de esôfago. A participação da pesquisadora no presente grupo de pesquisa surgiu da necessidade, inicialmente, de gerenciamento das informações. A partir do desenvolvimento do projeto, da experiência docente e dos trabalhos realizados na área de educação, o campo de atuação foi expandindo-se cada vez mais, tornando-se responsável também pelo planejamento e desenvolvimento de ações que tivessem como objetivo a participação da comunidade envolvida.

Quanto à saúde e à perda da saúde, para VALLA, V., 1993, p. 20, são fenômenos ou processos referidos a indivíduos normalmente representados por um estado de "bem-estar" e de felicidade que, em certo momento, transformam-se em sofrimento e infelicidade. Interessante de ressaltar é o fato da doença, apesar de estar ligada à vida privada do indivíduo, raramente é um caso isolado. Assim, processos semelhantes verificam-se em outras pessoas e são expressão de dificuldades sociais em suas vidas. Posto isso BROWN citado em VALLA, V., 1993, p. 21, considera que educação e saúde devem facilitar a capacidade dos indivíduos e dos grupos sociais para terem o máximo de poder sobre suas vidas.

A saúde, segundo SUAREZ, J., 1993, p. 61, é um fenômeno integral, determinado fundamentalmente pelas condições em que vivem as pessoas, famílias e comunidades, sendo que essas são determinadas por complexos fatores socioeconômicos interatuantes. Assim, para se conseguir melhores

níveis de saúde para a população, é necessário contar-se com a ação de muitos setores sociais e não somente do setor da saúde.

Na busca de respostas eficazes e eficientes para enfrentar os graves problemas vinculados à saúde da população, em tempos de recursos escassos e desigualdades sociais que parecem acentuar-se na grande maioria dos países subdesenvolvidos, coloca-se em destaque a necessidade de fortalecer a promoção da saúde e a prevenção de enfermidades como componentes prioritários das estratégias a serem desenvolvidas. SUAREZ, J., 1993, p. 61.

Com relação à saúde, constata-se que o Rio Grande do Sul apresenta elevados coeficientes de mortalidade concernentes ao câncer de esôfago, com tendência ascendente, tanto no sexo masculino como feminino. Estes coeficientes, segundo PROLLA, J., 1992, p. 24, são os mais altos, quando comparados com os outros estados do país, com países do cone sul da América Latina, ou mesmo com relação aos 45 países estudados pela Organização Mundial da Saúde, OMS, em ambos os sexos. Observa-se, também, disparidade destes coeficientes, quando analisados nas 24 microrregiões do Rio Grande do Sul, com coeficientes de mortalidades 4 vezes superiores de uma microregião para outra. Analisando os coeficientes de mortalidade para o câncer de esôfago por 100.000 habitantes, DIETZ, J., 1992, p. 29, constatou :

no Brasil, de 4.06 /1..... (masc. /fem);

no Rio Grande do Sul, de 12.01/3.35 (masc. /fem.), sendo que nas microrregiões da Campanha e Colonial da Encosta da Serra foram de 20.70/7.05 e 16.44/3.79, respectivamente, para sexo masculino e feminino.

Esse é um tipo de doença que se caracteriza por alta mortalidade, devido, fundamentalmente, ao diagnóstico tardio. Na China, país que apresenta os mais altos coeficientes de mortalidade, ou seja, 100 casos por 100. 000 habitantes por ano, foi instituído, há aproximadamente 20 anos, um

programa de rastreamento populacional, através do uso do balão chinês. Foram obtidos grupos de pacientes diagnosticados precocemente através, da citologia com balão, sendo que os mesmos apresentam índices de sobrevida em 5 anos de 44% a 90%, contrastando com as demais estatísticas mundiais de 1% a 5% de sobrevida em 5 anos. PROLLA, J. et al., 1993, p. 23.

Portanto, em face do Rio Grande do Sul apresentar o referido quadro epidemiológico, com determinadas localidades apresentando índices maiores do que a microrregião a que pertencem, evidenciou-se a exeqüibilidade do rastreamento populacional (ou campanha de prevenção) nesses bolsões. A cidade de Taquara (RS), apresenta uma população de 42. 468 habitantes. Sendo 20. 901 homens e 21. 567 mulheres. Esse município apresentou uma taxa de crescimento (de 1980 a 1991) de 2. 648. A concentração dessa população é na área urbana - 83%, contra apenas 17%, localizadas na área rural. (Dados demográficos do censo de 1991). Foi escolhida para estudo piloto por apresentar a média de 5. 5 óbitos por câncer de esôfago ao ano, bem como, devido à proximidade de Porto Alegre, por facilitar o deslocamento da equipe de pesquisa e de pacientes no sentido inverso.

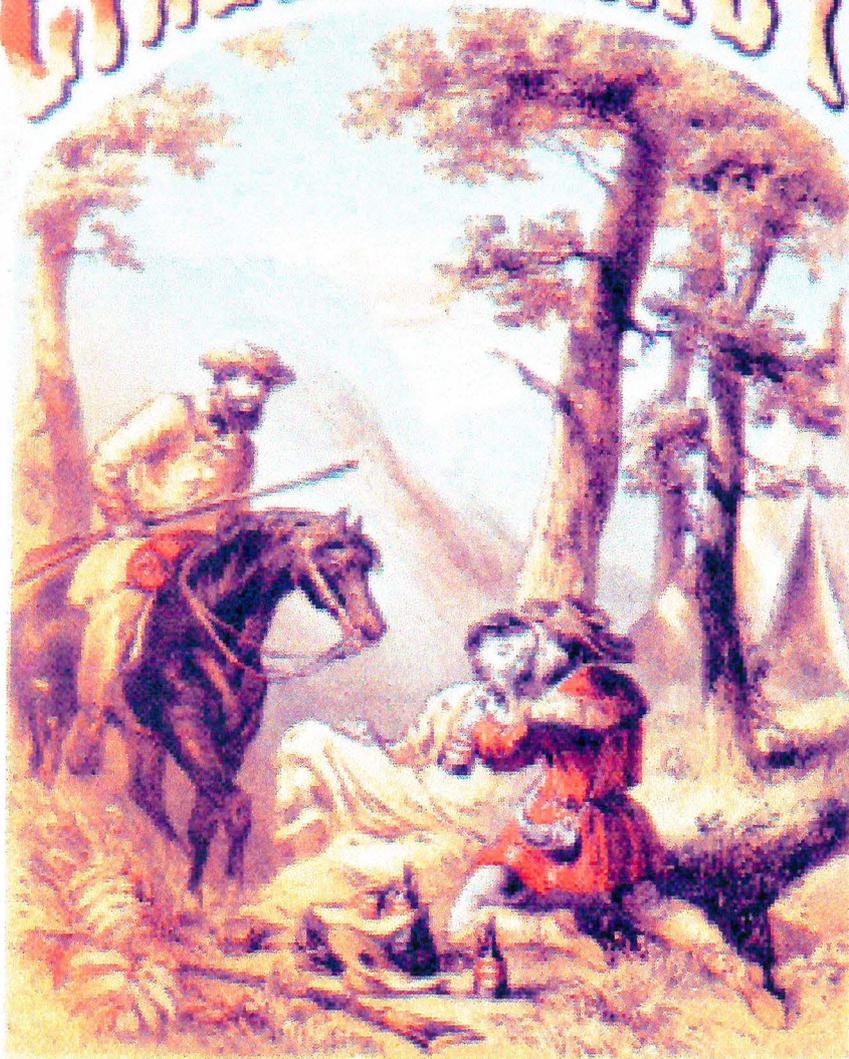
Não só o Rio Grande do Sul como todo o país enfrenta grandes problemas de saúde pública. No entanto, o fato do Rio Grande do Sul apresentar em média 600 casos novos de carcinoma de esôfago a cada ano, PROLLA, J. C. et al. 1993, p. 19, gerando um gasto médio de US\$ 4.000 (quatro mil dólares) por cada paciente, perfazendo um total de US\$ 2.400.000,00 (dois milhões e quatrocentos mil dólares) por ano em seu sistema de saúde, coloca-o no rol dos problemas a serem enfrentados em saúde pública.

Importante a destacar é que esses valores dispendidos não melhoraram em nada as estatísticas de sobrevida em 5 anos, que são de 1% a 5%, porque a totalidade desses recursos é utilizada em procedimentos

terapêuticos e diagnósticos em pacientes com doença avançada. Na China, segundo PROLLA, J. C. et al., 1993, p. 21, ocorreu o contrário com o programa de diagnóstico precoce, através da citologia esofágica colhida pelo balão chinês que é um procedimento de baixo custo, compatível com a realidade sócio-econômica do terceiro mundo. A atuação do bibliotecário na área da saúde é pouco explorada, conforme demonstra a escassa literatura sobre o assunto. Segundo afirma AZEVEDO, A., p. 1992, p. 60, há a existência de lacunas na área da informação que ainda não são assistidas adequadamente, por razões diversas, mas que necessitam ser enfrentadas até como um desafio pelos profissionais da área. Considera-se pertinente e desafiador desenvolver uma tese de doutorado envolvendo comunicação institucional na área de saúde. O que se pretende é mostrar quais as contribuições que um especialista em informação pode trazer em um projeto de comunicação institucional na área da saúde.

Assim, ao viabilizar a atuação do bibliotecário/comunicador em um projeto de saúde pública, que passa pela disseminação da informação, discussão e criação de uma demanda por mais informações sobre a problemática, deu-se a criação do presente projeto ***Comunicação Institucional em saúde pública: uma pesquisa conscientizadora.***

DR. C. Y. GIRARD'S
GINGER BRANDY



A CERTAIN CURE for Cholera, Colic, Cramps, Dysentery, Diarrhea & Fever, is a delightful & healthy beverage.

FOR SALE HERE.

CAPÍTULO IV

CARTAZES DE PROPAGANDA DO SÉCULO XIX

CAPÍTULO IV

Esta é a minha maneira de escrever sobre o que penso e de pensar sobre o que faço.

Paulo Freire

Tentando buscar resultados semelhantes aos obtidos na China, o Grupo de Estudos e Pesquisas de Câncer de Esôfago, GEPECE, do qual faço parte como bibliotecária, elaborou o projeto *"Rastreamento Populacional em Câncer de Esôfago no Rio Grande do Sul"*, mais precisamente na área da Encosta Colonial da Serra do Estado do Rio Grande do Sul, município de Taquara. Para viabilizá-lo financeiramente, foi encaminhado à FAPERGS, recebendo não só aprovação como a maior destinação de verbas daquele período. Assim, o GEPECE começava solucionando aquele que é considerado um dos maiores entraves dos projetos, que é a colaboração de uma instituição financiadora.

ESTUDO DE CASO

A PERFORMANCE DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

A metodologia empregada foi, como vimos anteriormente, uma adaptação da proposta de trabalho em pesquisa conscientizadora, aqui tomada como sinônimos: pesquisa participante, ou pesquisa-ação. A pesquisa participativa propõe a tarefa de analisar a realidade encontrada. Assim, ao transcrever os

os procedimentos e achados da pesquisa, faremos a análise de alguns aspectos e retomaremos outros considerados importantes para o entendimento da trajetória realizada.

A proposta dessa pesquisa partiu, conforme anunciado no início do trabalho, da importância de envolver a comunicação institucional e pesquisa conscientizadora em um processo de saúde pública.

O trabalho, como toda proposta conscientizante, estava aberto a modificações, e seu desenvolvimento sucedia-se e era planejado à medida que os acontecimentos ocorriam.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Para facilitar o entendimento da ordem estrutural utilizada pela comunicação participativa neste processo, dividimos a presente categoria em oito grupos, os quais seguem a ordem como os fatos foram sendo sugeridos e a forma como ocorreram. Correspondem à transcrição dos achados em cada uma dessas fases. Os grupos ficaram intitulados :

Reunião com o Secretário da Saúde

Encontro com Médicos da Região

Unidade Sanitária Henrique Baurmann

Reuniões de quartas-feiras/agentes de saúde

Mutirões

Entrevistas

Questionários epidemiológicos

Reuniões do Gepece

REUNIÃO COM O SECRETÁRIO DA SAÚDE DE TAQUARA

Nossa realidade inicial foi o contato realizado com as autoridades de saúde de Taquara. Esse momento representou o início do processo de divulgação da informação na comunidade alvo. A reunião foi no dia 20 de janeiro de 1994, na prefeitura de Taquara. Participaram dessa reunião, além do Secretário de Saúde, Dr. Jair Oliveira, todos os pesquisadores do GEPECE e alguns bolsistas do projeto. Foram expostos os motivos que nos levaram a eleger Taquara para a realização da campanha de diagnóstico precoce, essencialmente devido à alta incidência de câncer de esôfago na região. O Secretário da Saúde ficou com a incumbência de transmitir os objetivos da campanha às demais autoridades do município e membros da comunidade. De acordo com a avaliação e posicionamento dessas pessoas, estabelecer-se-ia a forma como a prefeitura poderia contribuir para a viabilização da execução do projeto, ou seja, local, pessoal, enfim, a infra-estrutura de que necessitávamos. Concordou-se que esses encontros seriam realizados em março, pois, segundo o Secretário, durante os meses de janeiro e fevereiro, haveria dificuldades para reunir a comunidade.

No dia 14 de abril, o Secretário da Saúde comunicou-nos a aceitação formal da realização do projeto na cidade, enumerando as atividades que já havia desencadeado, como divulgação no jornal local (anexo 7), e o agendamento para o dia 28 de abril de uma reunião com a classe médica da região.

A notícia no jornal de Taquara relatava as atividades que o grupo de pesquisa de Porto Alegre estava-se propondo a realizar naquela cidade. Isso permitiu o primeiro contato da comunidade de Taquara com a existência desse grupo de pesquisa - GEPECE - e o tipo de trabalho que estava

propondo-se a realizar. Importante a salientar é que tanto a iniciativa como a redação da matéria partiram do Secretário da Saúde e seus auxiliares.

ENCONTRO COM MÉDICOS DA REGIÃO

Nessa categoria, iremos descrever como se realizou o encontro com os médicos da região e sua importância para o desencadeamento das atividades, uma vez que iniciamos nossa comunicação a partir das propostas dos mesmos.

Esse encontro ocorreu no dia 28 de abril de 1994, na sede do clube Taquara. Percebeu-se que, do primeiro contato a 7 de janeiro até a data deste encontro, houve um período de "assimilação interna" do processo, ou seja, as autoridades da Secretaria de Saúde e Prefeitura, de posse das informações que levamos da nossa proposta de trabalho, reuniram-se, analisaram e iniciaram o processo de engajamento, exatamente como esperávamos. Portanto, nós não poderíamos estabelecer prazo, nem propor atividades, tínhamos que esperar que as autoridades, a partir do momento em que se conscientizassem, participassem da busca de solução dos problemas que a comunidade tinha em termos de saúde pública, no caso específico, a alta incidência de câncer de esôfago. Havíamos apresentado uma proposta de trabalho para atuar em termos de prevenção de câncer de esôfago, mas, acima de tudo, era essencial que eles o considerassem também um grave problema a ser enfrentado e unissem suas forças para um trabalho participativo.

Assim, após esse período de "latência", o Secretário de Saúde comunicou-nos que a Prefeitura e a Secretária de Saúde de Taquara, conscientes do problema da região, mostraram-se interessados em participar

do trabalho, dando o apoio que lhes fosse possível - excetuando-se o financeiro.

Foi o Secretário da Saúde que propôs e agendou um encontro com a comunidade médica da região, como forma de conscientizá-la da alta incidência de câncer de esôfago na circunscrição e do tipo de trabalho que o GEPECE se propunha a realizar no município de Taquara.

Reunidos os médicos do município, o prof. João Carlos Prolla, coordenador do GEPECE, demonstrou, mediante dados estatísticos, porque Taquara havia sido escolhida para a realização deste projeto de rastreamento. Foi enfatizado que o objetivo era prevenir, descobrindo no órgão as lesões precursoras. Procurou-se destacar a necessidade da colaboração por parte deles, tanto utilizando o exame com balão chinês como mostrando qual o melhor caminho para o desenvolvimento do trabalho com a comunidade. Para tanto, foram descritos, minuciosamente, os passos da metodologia utilizada no exame com balão chinês.

Na medida em que, através dos dados apresentados, a comunidade médica percebeu a alta incidência dessa doença na localidade, deu-se o começo de um processo de interação, iniciando-se um primeiro momento de procedimentos de comunicação indispensáveis para a conscientização da comunidade.

Algumas questões mereceram um tratamento individualizado, como quanto ao chimarrão, onde demonstraram interesse em saber se os problemas estavam relacionados com a temperatura da água, ou se com a própria erva-mate. O grupo de pesquisa respondeu que, com relação a erva -mate *Ilex paraguayensis*, os exames não haviam demonstrado elementos carcinogênicos. Porém, um dos pesquisadores do GEPECE encontra-se atualmente realizando uma pesquisa experimental. A pesquisa consiste em administrar a *Ilex paraguayensis* para camundongos. A um primeiro grupo de

animais foi administrada a erva-mate com água fria, não tendo sido detectados tumores de esôfago. A segunda etapa consistiu na administração da *Ilex Paraguariensis* com temperatura elevada. A pesquisa ainda não está concluída, mas, pelos resultados obtidos, percebe-se um aumento do número de tumores nos animais que ingeriram erva-mate com água quente.

A comunidade médica também queria saber onde se desenvolveria o trabalho na prática. Explicamos que o Secretário de Saúde do município havia-nos designado a unidade sanitária de Taquara da rua Henrique Baurmann para o desenvolvimento do trabalho por ser a maior e com melhor acesso à comunidade.

No desenrolar de nossa conversa, a comunidade médica formulou muitas sugestões com relação à divulgação do trabalho junto à comunidade, o que, especificamente, era de interesse da pesquisadora, pois um dos nossos objetivos de utilização da pesquisa participativa era exatamente fazer com que a própria comunidade orientasse os passos a serem seguidos.

Todas essas sugestões foram anotadas, tendo em vista que, a partir delas, iniciamos nosso trabalho de comunicação com a comunidade. Sugeriram a realização de outras palestras para motivar mais a classe médica. Propuseram que fosse usada a imprensa local : jornal e rádio, pois achavam importante que a comunidade tomasse conhecimento do que iria ser feito e como seria feito. Sugeriram também o uso de folhetos explicativos e cartazes, a exemplo do que é realizado com os outros tipos de campanhas.

Foi encerrado o seminário, com a comunidade agradecida pela oportunidade de debater seus problemas, e sugerida uma próxima reunião, a ser agendada pelo Secretário de Saúde do município.

Paralelamente a essas atividades, no início de junho, o GEPECE organizou um encontro científico no Hospital de Clínicas, ocasião em que

vários de seus membros pesquisadores realizaram entrevistas no rádio e televisão, aproveitando a ocasião para divulgar a campanha de prevenção em Taquara.

UNIDADE SANITÁRIA HENRIQUE BAURMANN

O local para realização da campanha de prevenção foi definido pelo Secretário da Saúde de Taquara. Foi-nos destinada a unidade sanitária Henrique Baumann. Essa unidade pertence ao governo estadual, sendo chefiado pelo médico Dr. Pedro Paulo Andrade.

Foi realizada uma reunião com o chefe da Unidade, demais funcionários, Secretário da Saúde e membros da equipe de pesquisa, GEPECE, no dia 21 de junho. Procurou-se situar o problema ao grupo, demonstrando a importância do desempenho de cada um deles para o desenvolvimento e eficácia do trabalho. Expusemos a importância da sua participação e atuação, uma vez que estaríamos presentes uma vez por semana no município, ficando alguns serviços como agendamento de exames, prestação de informações, tanto por telefone como pessoalmente, por conta deles. Isso, em outras palavras, significava um aumento do serviço que habitualmente faziam. Para nossa satisfação, a campanha de prevenção teve a melhor receptividade, tanto por parte do médico chefe como dos demais funcionários da Unidade. Desde o primeiro dia, houve um entrosamento e receptividade muito grande deles para com a equipe do GEPECE.

Desde esse primeiro encontro, iniciei o trabalho com os agentes de saúde, mobilizando-os e incitando-os a participarem efetivamente do processo.

Esse encontro permitiu que juntos fôssemos estabelecendo a forma como se desenvolveria o trabalho. Foram analisados e escolhidos os dias para a vinda da equipe à unidade sanitária, número de voluntários a serem agendados por sessão - assim foi denominada a população-alvo que iria ao

posto para realização do exame com o balão chinês, uma vez que eles, enquanto não houvesse diagnóstico, não eram doentes. Foi determinado um livro só para o agendamento desses exames. Desta forma, todas as quartas-feiras pela manhã, uma equipe de trabalho deslocar-se-ia a essa unidade sanitária, onde os voluntários seriam agendados previamente para posterior realização dos exames. Ficou também definido que o melhor dia para a realização desses exames seria às quartas-feiras pela manhã. Estabeleceram que nesses dias ficaria a nossa disposição uma sala, tanto para a aplicação das entrevistas, questionários epidemiológicos como para a realização do exame. Depois, com o desenrolar do trabalho, conseguiu-se uma sala de recepção para a realização das entrevistas. Os agentes de saúde ocupar-se-iam do agendamento e preenchimento da ficha junto à Unidade. Depois desses acertos, marcamos o início do trabalho para a primeira quarta-feira após esta reunião, no dia 29 de junho, uma vez que os agentes de saúde já sabiam quais os procedimentos a serem adotados.

REUNIÕES DAS QUARTAS-FEIRAS / ENCONTRO DE AGENTES DE SAÚDE

Estabelecidos os procedimentos a serem seguidos para o desenvolvimento dos trabalhos, começamos a divulgar nossa campanha de prevenção na comunidade, seguindo as sugestões que os médicos haviam proposto no nosso encontro de 28 de abril. No encontro que realizamos com o pessoal da unidade sanitária foram muito importantes a proposta e o estabelecimento de um dia semanal para a realização da campanha (ficou definido para as quartas-feiras), pois sabemos, segundo SCHNEIDER, J. O., 1979, p. 63, que quanto mais espaçada e descontínua a mensagem for comunicada, menos sensíveis se mostrarão os seus efeitos. A comunicação,

quando realizada de forma freqüente, a intervalos regulares, semanais, ou pelo menos mensais, são muito importantes, pois reforçam o vínculo. Ao ser definido um contato semanal para nossas atividades, estávamos aliando o que é sugerido pelos princípios de comunicação aos preceitos do método participativo, ou seja, realizando as atividades sugeridas pelo grupo.

Iniciamos nossa atividade junto à unidade de saúde Henrique Baurmann, inicialmente, com os agentes de saúde, motivando-os na campanha de prevenção, mostrando a importância do trabalho deles para a comunidade e para a campanha em si. Com isso, procuramos desenvolver nossas atividades sempre vinculando as diretrizes do método participativo a preceitos básicos de comunicação, como o que SCHNEIDER, J. O., 1979, p. 63 coloca "que mesmo utilizando-se de outros meios de comunicação, os contatos diretos, especialmente, devem ser valorizados". Daí nossa preocupação com essas reuniões com os médicos e agentes de saúde da Unidade, pois na nossa ausência eles representavam o nosso elo de ligação com os voluntários. Essa retroalimentação constituiu-se em uma atividade constante, durante todo o tempo de realização do trabalho. Foi um trabalho contínuo, buscando sempre colocá-los ao par do andamento dos trabalhos, da questão da alta incidência de câncer de esôfago na região, de levantamento de dados sobre a experiência deles na Unidade, e principalmente, incentivando-os não só a participarem ativamente do processo, bem como solicitando suas opiniões e sugestões para o melhor andamento dos trabalhos e de solução dos problemas da comunidade.

Na nossa primeira quarta-feira de trabalho, compareceram apenas dois voluntários. Um que morava em Novo Hamburgo, que tendo ouvido uma entrevista na rádio Pampa de Porto Alegre com um dos médicos da equipe dirigiu-se à unidade sanitária; e outro que havia sido informado no posto.

A partir desse encontro, começamos atendendo às solicitações dos médicos, conforme descrevemos na categoria acima. Nessa categoria, procuramos analisar a resposta dada às sugestões e o impacto produzido junto à população-alvo.

Os médicos da localidade sugeriram a confecção de cartazes. Elaboramos um, contendo o mapa do Rio Grande do Sul, onde eram destacadas as regiões com alta incidência de câncer de esôfago. No caso do estado do Rio Grande do Sul, esta concentração está localizada na região da Campanha, a noroeste de Porto Alegre, na fronteira com o Uruguai e Argentina, bem como na região da Encosta da Serra, onde está localizada a cidade de Taquara. Esses cartazes foram afixados na unidade sanitária Henrique Baurmann, primeiramente junto aos demais cartazes da unidade, ou seja, diretamente nas paredes, e posteriormente, foi confeccionado um mural para o GEPECE, e nele, então, foram colocados os cartazes e folhetos relativos à campanha de prevenção, informações sobre nossa campanha, especialmente as datas dos próximos "mutirões". Quando da realização das entrevistas, comentava-se com os voluntários que naquele mural havia um espaço destinado para, se eles quisessem, deixar registrada alguma mensagem. Com o desenrolar das atividades, percebeu-se que esse espaço havia sido pouco explorado, talvez porque muitos deles, trabalhadores rurais, tivessem dificuldade em expor suas idéias no papel, já que esta não era a forma mais convencional de comunicação utilizada por eles. Ocorreu-nos um fato muito significativo, quando da realização dos questionários epidemiológicos. No final, há um termo de autorização à realização do exame que necessita ser assinado, e em determinado momento, surgiu um voluntário que não conseguia sequer desenhar seu nome. Para solucionar essa situação, recorreu-se ao que considerávamos *arcaico*: o uso da almofada de carimbo

para identificação do voluntário. Isso nos fez refletir sobre as implicações restritivas desse fator na comunicação escrita.

Outra recomendação do grupo médico foi a confecção de folhetos, tanto para a classe médica como para a comunidade em geral. Os folhetos para a classe médica forem entregues ao Secretário da Saúde, que fez questão de entregar aos colegas. Os folhetos à comunidade foram distribuídos aos voluntários, no momento em que realizavam a entrevista na unidade sanitária, e ficaram à disposição dos usuários e do Secretário de Saúde para divulgar junto aos órgãos afins.

Esses folhetos representaram um fator de comunicação muito significativo, especialmente com aquelas religiões que não ouvem rádio, nem lêem jornal, pois foi mediante eles que ficaram sabendo da campanha, mobilizando o pastor, e por conseguinte, toda a sua comunidade.

Outra sugestão foi o uso do rádio. Esse instrumento de comunicação tem a capacidade de tornar a equipe de saúde conhecida em toda a região de sua abrangência. Quando realizávamos entrevistas ao vivo, as pessoas que, após terem ouvido a mensagem, dirigiam-se à unidade sanitária, ficavam surpresas ao reconhecerem aqueles que haviam falado no rádio. "O sr. dr. foi quem falou no rádio? Ou" é o sr. que falou no rádio que vai realizar o exame?" Era como se essas pessoas que haviam falado no rádio tivessem alguma coisa de mágico, de distante, de inacessível. Ficavam admirados de poder falar ou conhecer pessoalmente aqueles indivíduos. O rádio dá, outorga uma visão mágica, talvez até pelo próprio fato de ser um meio de comunicação que não utiliza imagens. Nesses termos, podemos compará-lo ao poder do livro, que emitindo uma mensagem deixa para que cada um forme a sua imagem, de acordo com suas experiências. Da mesma forma, o rádio, uma vez que não usa a imagem, deixa espaço para que as pessoas idealizem suas imagens. Mas, quando a imagem deixa de ser uma idealização para se transformar em

uma realidade palpável, como falar no rádio e estar ali, acessível, vivo, real, é um fenômeno comunicacional de muito impacto (passível de ser analisado em uma outra pesquisa). Enfim, o rádio possibilita-nos o acesso à realidade social, ajudando a integrar mais profundamente a equipe de saúde na comunidade.

Como o rádio, ao longo da história, tem-se mostrado um instrumento de conscientização, procuramos utilizá-lo dessa forma, uma vez que em educação para a saúde ele poderá ser um canal importante de veiculação de informações, dependendo da maneira de sua utilização.

Nas reuniões, além do contato com os agentes de saúde, realizávamos as entrevistas com as pessoas que estavam no posto de saúde. Em média, eram realizadas de seis a nove exames e quatro entrevistas nessas quartas-feiras. Em cada entrevista, relatávamos a grande incidência de câncer de esôfago nesta região e os cuidados básicos que se deve ter com a saúde. Várias pessoas que não sabiam da campanha ficaram interessadas, algumas inclusive, agendaram exames para outros parentes. Outros disseram que iriam relatar em suas casas, no seu bairro e para seus vizinhos esse trabalho que estava sendo realizado no posto de saúde. O que se percebeu foi um grande interesse por parte das pessoas sobre informações de saúde. Praticamente todos tinham um caso a relatar. Mas o que mais nos chamou a atenção foi como todos ficavam gratos por este tipo de iniciativa. Houve sempre uma grande receptividade por este tipo de trabalho. O que verificamos é que as mulheres, essencialmente são as que mais se preocupam em realizar os exames; os homens parece que ficavam em casa para ver se tudo correria bem para, depois, virem. Estávamos fazendo um trabalho no sentido de ver se elas conseguiam convencer seus maridos, filhos a virem realizar o exame. Quando passamos a realizar os mutirões aos sábados, percebemos que o número de indivíduos masculinos aumentou um pouco.

Nesse contato direto com a comunidade, alguns aspectos bastante interessantes foram sendo levantados, como o fato de eles não terem bem noção da diferença de algumas doenças, por exemplo, não fazem distinção entre úlcera e câncer. A desinformação é tão grande que dificulta até mesmo que eles consigam identificar aquele aspecto como um fator importante a ser considerado na sua saúde.

Na medida da possibilidade da rádio de Taquara, procurava-se dar entrevista no rádio, ou deixar-se material para ser divulgado no noticiário do meio-dia. Essa matéria continha informações sobre os altos índices de câncer de esôfago apresentadas por essa região, quais os indivíduos mais indicados para a realização de exames preventivos, aproveitando para noticiar sobre a campanha que estava sendo realizada na unidade sanitária de Taquara.

O que percebemos durante essas reuniões às quartas-feiras, e à medida que divulgávamos esta campanha, era que quanto mais conseguíamos atingir a população-alvo mais eles respondiam satisfatoriamente. Trata-se de um trabalho como de justaposição de peças, que vai-se desenvolvendo lentamente, mas de uma forma consolidada. A impressão que tínhamos é que aquelas pessoas que recebiam as informações ficavam sensibilizadas pelo tipo de atenção que estavam recebendo.

Em uma dessas nossas reuniões de quarta-feira, participamos da festa de aniversário do médico chefe do posto. Foi importante para o entrosamento da equipe de trabalho com os médicos e funcionários do posto.

Na nossa reunião do dia 13 de agosto, ocorreu um fato muito significativo. Como tínhamos agendado pessoas até janeiro de 1995, conversamos com os funcionários do posto para vermos qual seria a alternativa que poderíamos utilizar para atender mais rapidamente essa agenda. Eles propuseram-nos que realizássemos nosso trabalho aos sábados. Sábado não é dia de trabalho na Unidade, portanto, necessitávamos

não só da sua iniciativa como da sua cooperação para que pudéssemos abrir o posto. Assim, nasceram os nossos *mutirões*, fruto de um esforço conjunto do pessoal da unidade sanitária e da equipe GEPECE para a resolução de uma necessidade da comunidade, criada a partir do momento em que começamos a divulgar nossa campanha.

MUTIRÕES

Foi o nome como os agentes de saúde batizaram o sábado no qual realizamos nosso trabalho de prevenção em câncer de esôfago.

Desde que se decidiu pela realização dos mutirões, foram efetuados cinco.

O primeiro mutirão ocorreu no dia 3 de setembro e ainda em setembro, foi realizado outro mutirão no dia 24. Em outubro, realizamos o mutirão no dia 15 e em novembro tivemos dois mutirões, um dia 4 e outro dia 19.

Como se desenvolviam os *mutirões*?

Nesses dias - sábado - toda a equipe se mobilizava para Taquara, sendo realizados, em média, 70 exames com o balão chinês. Enquanto os voluntários aguardavam para serem atendidos, ou para responderem ao questionário epidemiológico com os bolsistas do grupo de pesquisa GEPECE, a pesquisadora ia realizando as entrevistas.

No momento em que chegávamos ao posto, recebia todas as fichas agendadas, na ordem de chegada. A partir deste momento, começava a distribuí-las nas equipes de trabalho. Esse processo de distribuição ficava centralizado comigo, facilitando, também, o sorteio para a realização das entrevistas.

Outro aspecto interessante a salientar é que alguns dados na transmissão de nossas mensagens, através dos vários meios de comunicação,

tinham sempre que conter determinados tipos de informações essenciais para a realização dos exames. Por exemplo, havia necessidade de que no dia do exame se apresentassem em jejum de pelo menos 4 horas. Essa era uma informação muito importante, pois, se não se apresentassem desta forma, inviabilizariam a realização do exame. Obtivemos índices de praticamente cem por cento na percepção dessa mensagem. Interessante é que mesmo estando em jejum, esses indivíduos mostraram-se muito receptivos e participativos.

Ainda outro fator importante com relação aos mutirões era o fato de serem realizados os sábados, e muitos deles manifestaram satisfação, pois não precisavam falhar serviço para realizar o exame. Um chegou a dizer "fazia algum tempo que queria realizar o exame, mas não podia falhar o serviço, agora, no sábado, facilita mais. "

Eu era o elo intermediário entre as equipes de trabalho e a comunidade que iria realizar os exames. As fichas eram distribuídas por mim, e eles quando queriam alguma informação, dirigiam-se a mim. Ao perceberem que eu era um elemento novo no posto, responsável pela distribuição das fichas, realizando aquelas conversas e encaminhando os exames, começaram a pedir todo o tipo de informação. Qual o dia da vacina de sarampo? Com quem marcavam o exame da biometria? Começamos então a resolver também outros problemas relacionados com saúde, porém não especificamente com a campanha do balão chinês, como a dificuldade de internação no Hospital de Clínicas de pessoas já em estado avançado da doença. Os agentes de saúde do posto elegeram-nos o *anjo da guarda* daquelas pessoas, portanto, qualquer problema relacionado com saúde a nível de Porto Alegre era-nos encaminhado e na medida do possível, começamos a atender esse tipo de solicitação. A equipe tornou-se o ponto de referência para qualquer solução quanto aos problemas de saúde, com relação aos agentes de saúde. Muitas vezes, recebemos ligações telefônicas solicitando algum tipo de

esclarecimento quanto ao encaminhamento de doentes, mesmo quanto aos dias de realização dos exames, ou a aspectos da divulgação que lhes eram solicitados no posto. Para quase tudo, eles se reportavam a nós.

ENTREVISTAS

Quando paramos, como agora, para refletir sobre a caminhada feita, deparamo-nos com uma série de acontecimentos que, de uma ou outra maneira, influenciaram nossa trajetória, e em especial, determinadas razões de alguns entrevistados. Pode-se perceber que à medida que o trabalho progredia crescia o número de pessoas envolvidas em cada etapa do processo, exatamente como se esperava de um trabalho participativo.

O momento mais oportuno, segundo SCHNEIDER, J. O., 1979, p. 63 para realizar a comunicação, no caso das cooperativas, é quando o associado sente a necessidade de usar algum serviço da cooperativa. No caso específico, foi escolhido o momento em que a comunidade, conhecedora da existência da campanha de exame com balão chinês, vinha até a Unidade Sanitária Henrique Baurmann, procurando maiores informações e especialmente, no momento das entrevistas.

Um dos fatores que nos levaram a optar pela entrevista como instrumento de coleta de dados foi o nível de escolaridade e tipo de ocupação da maioria da nossa população-alvo. Também foi considerada a questão de o retorno muito pequeno de questionários respondidos ser um fator extremamente prejudicial em termos de levantamento de dados. Observa-se, atualmente, que em determinadas pesquisas de opinião empresas que utilizam questionários como meio de coleta de dados têm-se utilizado de um artifício para motivar os entrevistados a responderem. Geralmente se convertem em termos de algum

tipo de sorteio. Por outro lado, eles também impedem o contato direto com o entrevistado, de onde são retiradas informações preciosas, que somente através da descontração da conversa e do nível de entrosamento entrevistador/ entrevistado pode-se obter. A riqueza de informações obtidas nas entrevistas semi-estruturadas permitiram um alargamento na avaliação dos resultados, bem como das conclusões a que chegamos.

As pessoas mostraram-se extremamente receptivas, dir-se-ia até que elas gostavam deste tipo de atenção que lhes era dado nas entrevistas. Fato interessante é que como a pesquisadora ia fazendo a escolha por sorteio, e como, várias vezes, para a realização das entrevistas, misturava-se a eles nos bancos da sala de espera, os vizinhos que estavam sentados ao lado começavam também a responder as perguntas. Todas as vezes que ocorreu uma situação dessas, também realizava-se a entrevista com essas pessoas, pois estava explícita a sua vontade de participar daquele processo.

No intervalo das entrevistas, havia conversas informais sentando junto com alguns deles. Também fazia-se a distribuição dos folhetos que elaboramos: muitas vezes, enquanto estava-se realizando a entrevista com algum dos voluntários, surgia um solicitando aquele "papel" que ainda não tinha recebido.

QUESTIONÁRIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Os questionários epidemiológicos continham questões estruturadas. Essas questões eram expostas oralmente pelos 15 bolsistas do projeto de prevenção aos entrevistados, sendo imediatamente transcritos pelos entrevistadores. Esses bolsistas foram especialmente treinados para realizarem este tipo de atividade. O questionário serviu de instrumento tanto

para o grupo de pesquisa em prevenção como trouxe dados significativos para esta pesquisa, tais como idade média da população estudada, sexo, principal ocupação.

REUNIÕES DO GEPECE

Nos sábados que não havia mutirões faziam-se reuniões com a equipe do grupo de pesquisa GEPECE. Essas reuniões realizavam-se no Hospital de

Clínicas, onde eram analisados e discutidos os problemas, ou novas situações ocorridas. Nessa ocasião, era feita uma retroalimentação constante, alterando-se alguns procedimentos que considerávamos ineficazes e acentuando-se aqueles com resultados satisfatórios. As reuniões revestiam-se de grande valor para o andamento do meu trabalho, pois era quando se colocava as experiências vivenciadas por todo grupo, de forma a buscar o envolvimento de todos, em todos os passos do processo, uma vez que, às vezes, o que ocorria com uma das equipes de trabalho era ignorados pelas demais, durante a atividades de campo.

Portanto, durante todo o trabalho, foram realizadas reuniões aos sábados com o grupo de pesquisa com o objetivo de integração constante.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao nos propormos a realizar um trabalho como esse, envolvendo a pesquisa conscientizadora sabíamos que na avaliação do processo possivelmente poderíamos encontrar algumas dificuldades, uma vez que não estávamos trabalhando apenas com elementos quantitativos, mas basicamente com dados qualitativos.

Ao contrário dos trabalhos quantitativos nos quais uma análise acurada dos dados mostra-nos se alcançamos ou não os objetivos propostos, na pesquisa conscientizante essa resposta pode ocorrer de maneira velada, logo após, ou no decorrer do trabalho, ou mesmo muito tempo depois.

Os dados obtidos nessa DISCUSSÃO DOS RESULTADOS foram reunidos em três grandes grupos:

DADOS DOS QUESTIONÁRIOS EPIDEMIOLÓGICOS CONSULTAS NA UNIDADE SANITÁRIA ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS - ENTREVISTAS

DADOS QUESTIONÁRIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Através dos dados obtidos dos questionários epidemiológicos foi possível caracterizar a amostra estudada quanto a sua origem, ou seja, seu município de residência, quanto à idade, sexo e principal atividade exercida.

Quanto à origem da população-alvo detectou-se que a grande maioria era de Taquara 72, 9%, seguindo-se os municípios de Parobé 9, 3%, Rolante 7, 8%, Porto Alegre 7, 0% e as outras cidades como Nova Hartz, Campo Bom, Padilha, Itagiba-São Francisco de Paula, Igrejinha, Três Coroas corresponderam a 3, 1%. A nossa população-alvo era os habitantes de

Taquara, mas, através dos meios de comunicação, indivíduos das localidades próximas que apresentavam os mesmos índices de alta incidência em câncer de esôfago também foram atingidos. Por isso, foram incluídos na população estudada.

Com relação ao sexo, constatou-se que 47, 4% da amostra se constituía de indivíduos do sexo masculino e 52, 6 % do sexo feminino.

Nosso objetivo na campanha era atingir pessoas com mais de 40 anos. Pode-se verificar com relação aos dados coletados que 42, 1% dos indivíduos tinham até 49 anos; 28, 6% estavam entre a faixa de 50 a 58 anos; 15, 7% estavam na faixa de 59 a 68 anos e apenas 13, 6% possuíam mais de 68 anos.

Com relação à idade, também não houve um rigor absoluto, pois, algumas vezes, foram realizados exames em indivíduos que, mesmo não tendo quarenta anos, apresentaram-se em jejum para realizá-lo. Quase sempre esses indivíduos tinham uma história familiar relacionada a câncer de esôfago, sendo, por isso, anexados à amostra.

Com relação à principal atividade exercida, pode-se constatar que as três atividades mais citadas foram:

atividades industriais - 35, 2%

atividades domésticas - 23, 5%

atividades rurais- 14, 75 %

Perfazendo um total de 73, 4%, e as demais atividades corresponderam a 26, 6%.

CONSULTAS NA UNIDADE SANITÁRIA

Um dado importante na análise crítica dos achados, foi o aumento do número de consultas no Posto de Saúde. Mediante os dados transcritos abaixo foi possível identificar o aumento do número de consultas realizadas após o

início do trabalho de prevenção. Esse trabalho teve início em junho de 1994. Para fins de procedimentos dentro da Unidade Sanitária cada exame com balão chinês foi classificado como consulta.

Ano de 1994

TABELA 1

Consultas nos meses anteriores à campanha, janeiro-maio, excluindo fevereiro

janeiro	março	abril	maio	total	média
232	221	280	311	1044	261

TABELA 2

Consultas nos meses da campanha, excluindo junho e julho

julho	agosto	setembro	outubro	novembro	total	média
360	450	519	438	527	2294	458, 8

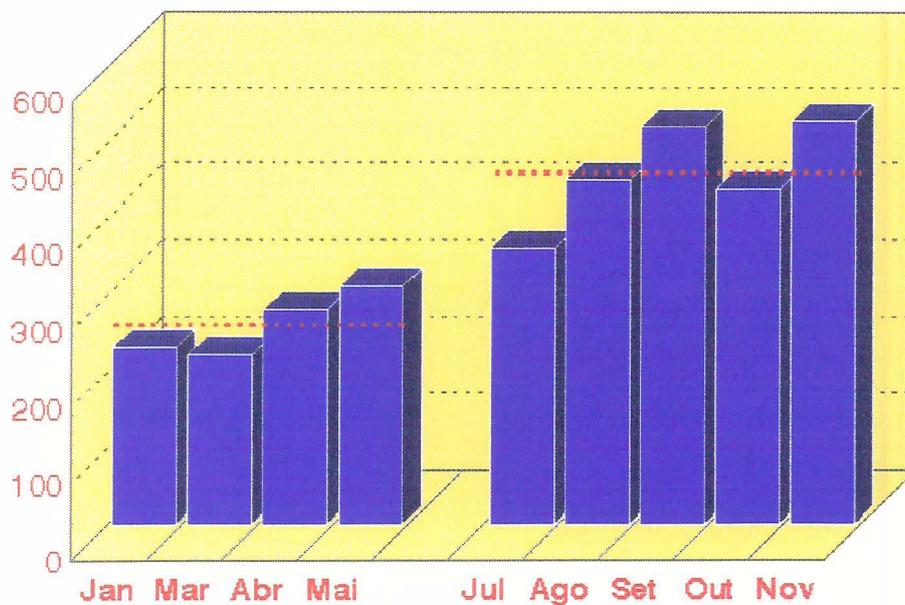
A média do período da campanha é maior do que a média pré-campanha para $p = 0,01430$ (Mann-Whitney).

TABELA 3

Meses excluídos do cálculo

fevereiro	junho	total
94	380	474

Número de Consultas por Mês (1994)



$\mu = 261$

$\mu = 458,8$

$p = 0,0143$

FIGURA 1- Número de consultas por mês (1994)

O total de consultas no período de janeiro a novembro foi 3812, excluindo-se os meses de fevereiro e junho, chega-se a 3338. Nos meses de julho a novembro foram realizadas 2294 consultas, o que corresponde a 68, 72 % e nos meses de janeiro a maio, realizaram-se 1044 consultas, correspondendo a 31, 27%. Observando-se um aumento de 119, 73 %, no número de consultas depois do início do nosso trabalho.

A análise das médias demonstrou que os quatro últimos meses, de julho a novembro apresentaram um aumento das consultas, em relação aos quatro meses pré-campanha, estatisticamente significativa para $p = 0, 01430$ (Mann-Whitney)

A exclusão de fevereiro é porque esse foi um mês atípico, com muitos feriados e um número menor de dias, e de junho devido a campanha ter começado no decorrer do mês, o que o descaracteriza como pertencente a um dos grupos.

ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS - ENTREVISTAS

As entrevistas seguiram um critério semiológico que procurou determinar :

- **O nível de conhecimento anterior à campanha;** ou seja, quais as informações que a população-alvo possuía sobre os altos índices de câncer de esôfago na região, antes de iniciarmos nossa campanha de prevenção; o que se obteve através das respostas à pergunta 1 da entrevista.

- **Que conhecimentos foram acrescentados através da campanha;** obtivemos esses dados mediante a análise das respostas colhidas nas questões 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8. A última corresponde especificamente à avaliação do entrevistado sobre essa campanha, e as demais nos permitem avaliar, pela característica do instrumento de pesquisa, o quanto de informação foi apreendida pelos indivíduos componentes da amostra.
- **A veiculação mais eficaz da informação;** o que foi possível estabelecer através da análise das respostas à pergunta 10.
- **A informação mais diferenciada;** foi definida pela relação entre a pergunta 10 onde era questionada qual a veiculação mais eficiente da informação com a 6 na qual perguntava-se sobre a utilidade do exame com balão.
- **O nível de aceitação ou rejeição;** assim como as sugestões propostas para a sua continuidade; o que se pôde obter através das respostas as perguntas 9 e 11, onde também foi possível observar os princípios de continuidade da pesquisa conscientizante.

O nível de conhecimento anterior à campanha

Quando perguntados se antes de iniciarmos essa campanha eles tinham conhecimento das principais doenças que havia na região, 52 indivíduos responderam que não, correspondendo a 55,3% das pessoas entrevistadas; alguns chegaram a expressar que só haviam ficado sabendo, quando ouviram o rádio ou quando leram o jornal. Um disse-me, "a gente via, mas não botava sentido na direção. Depois que a pessoa desperta, a gente começa a olhar mais." Examinando o conteúdo dessa mensagem pode-se constatar que, apesar de estarem convivendo com a doença, não haviam tomado consciência ou qualquer posicionamento a respeito do fato. A partir do nosso trabalho de

divulgação, houve um processo de conscientização, ou conforme suas expressões, depois que a pessoa desperta começa, a olhar mais. Assim, o simples fato da existência de um problema não é suficiente para desencadear uma ação, é necessário alguma forma de chamamento que faça com que o fato se concretize na constatação de um problema.

Os que responderam que sabiam mais ou menos foram 12 indivíduos, correspondendo a 12,8% da amostra estudada. Juntando esses dois percentuais, os de quem não conhecia e daqueles que sabiam alguma coisa, obtivemos 68,1%. Com isso, podemos afirmar que praticamente 70% da amostra não tinha conhecimento das principais doenças da região, conseqüentemente, da incidência elevada do câncer de esôfago nessa região.

Os que responderam que conheciam as principais doenças da região constituíam-se de 30 voluntários, correspondendo a 31,9% (p=0,001). Uma vez que responderam afirmativamente, indagou-se quais eram essas doenças. Houve todo tipo de resposta, desde dor de cabeça, cólicas, doenças contagiosas, doenças de criança, do coração, pressão alta, pulmão, nervosismo, pelo "lado da ginecologia", derrame, enfarto, tuberculose, garganta, aids, gastrite, úlcera, "queimação" do estômago, até câncer. Diz-se até câncer, pois, de acordo com o elenco de doenças citadas, é possível perceber que o câncer era uma das dezenas de enfermidades da região. Relatou-me uma das entrevistadas: "aqui tem de tudo e agora é muito gripe." Foi possível observar também, pelas respostas, que muitos deles não conseguiam distinguir a diferença entre úlcera e câncer, usando-os como sinônimo. Dentre os tipos de câncer os mais citados foram da garganta, esôfago, estômago, intestino, cabeça e pulmão. Essa questão deu espaço a que muitos deles fizessem referência a casos de doenças de um amigo, vizinho ou parente que havia falecido de câncer de intestino, garganta ou esôfago.

Analisando-se a variedade de respostas obtidas, percebe-se que, mesmo esses indivíduos que disseram saber quais as doenças mais comuns na região, na realidade, não eram todos os que as conheciam. Portanto, o índice de conhecimento das principais doenças da região pela população estudada, segundo os dados obtidos, não passava de 15%. Tudo que se somar a este percentual corresponderá às respostas a comunicação institucional que exercemos junto a esse grupo, através da pesquisa conscientizante. Talvez muitos tenham respondido afirmativamente por vergonha ou timidez, pois, ao fazer essa pergunta a um dos entrevistados chamou atenção a sua insegurança em dar a resposta, ao que sua mulher, que o acompanhava, completou, "se não sabe, diz que não sabe. "

Que conhecimentos foram acrescentados através da campanha

Para analisarmos o que os indivíduos da amostra haviam apreendido durante a campanha, utilizamo-nos das respostas às questões de número 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8.

À questão 2, que questionava se consideravam o fumo prejudicial para a saúde, 91 voluntários responderam que consideravam péssimo para a saúde, o que corresponde a 96, 8% da amostra, ou seja, quase a totalidade dos indivíduos envolvidos sabiam dos malefícios produzidos pelo fumo. Muitos expressaram tratar-se de algo condenável, comparado a um veneno, que era uma coisa que só estragava a saúde, era o fim do mundo, dava mau cheiro na roupa, que já haviam fumado, mas que pararam porque não havia sido uma boa experiência. Outros colocavam que não condenavam quem fumava e alguns ponderaram que, apesar de saberem que não se tratava de algo bom

para a saúde, continuavam fumando. Alguns justificaram devido a problemas de gordura. "Sabe como é, se paro de fumar engordo"; 1 voluntário(1, 1%) achava bom; 1 dos indivíduos achava que não interferia, ou seja 1, 1%. Esse voluntário relatou que fumava porque não tinha problema algum. O marido que a acompanhava concluiu, " não tem problema, só teve que tirar um pedaço do intestino porque tinha câncer." Concluindo, apenas 1 dos indivíduos manifestou que não sabia, correspondendo a 1, 1% da amostra.

O conhecimento sobre fumo não pode ser atribuído somente às informações veiculadas através dessa campanha, uma vez que já existe toda uma cultura antitabágica no nosso meio. Além das várias campanhas já deflagradas combatendo o fumo, não podemos esquecer que, atualmente, existe uma legislação específica, proibindo fumar em elevadores, ambientes fechados e hospitais.

Através da análise das respostas obtidas na questão 3, se consideravam a ingestão de alimentos excessivamente quentes prejudiciais à saúde, foi possível identificar que 80 indivíduos (85, 1%) responderam que era prejudicial; enquanto 6 indivíduos (6, 4%) disseram que era bom. Os que achavam que não interferia foram 4, ou seja 4, 3% da população estudada. e finalmente, 4 indivíduos responderam que não sabiam, correspondendo a 4, 3% da amostra.

Partindo-se do nível de conhecimento anterior a campanha igual a 32 %, obtido pela pergunta 1, comparou-se essa proporções com a questão 3 e chegou-se a uma diferença significativa ($p=0,0001$). Essa relação sugere que houve aumento global no conhecimento sobre os efeitos da água quente veiculados pela campanha.

Com isso, pode-se concluir que a grande maioria da população-alvo estava conscientizada dos prejuízos à saúde provocados pela ingestão de alimentos

excessivamente quentes. Muitos diziam, "não pode de fazer bem. Nada exagerado é bom, só pode queimar". Alguns relacionavam com suas experiências pessoais "muito bom não deve ser, já notei quando tomo muito quente." O melhor é normal, ou, como relatou um dos entrevistados, utilizando uma expressão muito peculiar "tem é que "bitolá. "

Durante as entrevistas, alguns ponderaram que já tomaram muito quente, mas que agora pararam, e outros, apesar de acreditar que fazia mal, continuavam tomando. Um aspecto muito importante que foi levantado em uma das entrevistas foi o depoimento de um dos voluntários com relação à perda de sensibilidade devido às próteses dentárias, que nessa região apresenta um grande índice; "saber eu sei que é prejudicial mas a prótese dificulta a sensibilidade, a gente só sente depois que engoliu. A língua, no caso, ajuda a sentir a temperatura, mas não é suficiente." Com relação à prótese dentária total, superior ou inferior, ou ambas, constatou-se que cerca de 90% dos indivíduos a tinham, o que era um fator que prejudicava a sensibilidade de temperatura dos alimentos.

Os que responderam que era bom ingerir alimentos quentes justificaram dizendo que, quando estavam resfriados, "era bom tomar algo bem quente." Percebeu-se através das respostas a existência de um hábito cultural que considera positiva a ingestão de alimentos quentes para tratamento de algumas doenças como gripes e bronquites: "é bom para bronquite, para afrouxar. "

Informações mais precisas sobre a ingestão de alimentos quentes foram veiculadas por intermédio deste trabalho, especialmente considerando-se algumas respostas que mostraram um conhecimento voltado apenas para aspectos positivos desse hábito. Diante disso, salienta-se, neste item o efeito esclarecedor da informação correta através do processo de comunicação.

Com relação à questão 4, sobre a ingestão de frutas e verduras cruas para a saúde, 78 indivíduos responderam que era bom, correspondendo a 83, 0% da amostra. Os indivíduos que responderam que não sabiam foram 9, ou seja 9, 6% da amostra. Os que consideraram ruim para a saúde foram apenas 5 voluntários(5, 3%) e finalmente, 2 indivíduos responderam que a ingestão de frutas e verduras cruas não fazia diferença para a saúde, o que corresponde a 2, 1% da amostra.

Novamente foi estudada a relação entre a proporção de 32% encontrada na questão 1 e 83, 0% obtida na 4, a qual mostrou uma diferença significativa ($p=0, 0001$) a favor de um aprendizado a respeito do fator benéfico dos vegetais, conhecimento esse claramente transmitido pela campanha.

Com isso, conclui-se que a grande maioria da população estudada, ou seja, 82, 8% dos indivíduos, sabia da importância de alimentar-se com frutas, como relatou uma das entrevistadas - por causa das vitaminas. Quanto às verduras, manifestaram alguma restrição, especialmente no que se referia ao fato de serem cruas e também quanto à questão do uso dos agrotóxicos, bem como a forma como eram tratadas essas verduras. Fizeram especial referência ao problema dos agrotóxicos, relatando que só se alimentavam de verduras plantadas por eles, natural, sem tóxico. "Tenho minha horta em dia". A fruta apresentou maiores índices de aceitação pelos entrevistados; conforme seus depoimentos "a fruta é boa, mas a verdura crua tem micróbio, prejudica, é sempre bom dar um fervura. Já a fruta dá para comer sem ferver." Muitos fizeram referência ao aspecto do cuidado com relação à lavagem das verduras. Percebe-se, através das respostas colhidas que a verdura crua parece estar relacionada a algo não muito limpo, que só se tornaria puro e medida que passasse por um processo de cocção, como se viu através desse

tipo de depoimento," cuida muito do que como, por isso só como coisas cozidas."

Dentre as respostas colhidas, houve alguns que disseram não poderem comer verduras cruas porque tinham dificuldade na deglutição. O aspecto da mastigação de alimentos crus talvez esteja associado ao fator descrito na questão anterior, que é o uso de próteses totais por parte da maioria da amostra, dificultando tanto a sensibilidade dos alimentos como a própria mastigação, especialmente de alimentos excessivamente duros, como cenoura, rabanete, nabo, beterraba. Nesses casos o processo de mastigação é facilitado se todas essas verduras forem cozidas. Perdem em valor nutritivo, mas resolvem o problema de mastigação. Como relatamos na questão acima cerca de aproximadamente 90% da amostra estudada tinha próteses totais, alguns só superiores, outros só inferiores, mas muitos com ambas. Esse era um dado que não fazia parte do nosso instrumento de pesquisa, mas que passou a merecer atenção devido a grande incidência de próteses verificadas no decorrer do trabalho e suas implicações com a saúde. E por fim alguns relataram que não comiam verduras cruas devido a problemas de alergia: "tive uma alergia enorme de verdura crua, tem que ser cozida."

A ingestão de frutas e verduras também é um hábito cultural nessa região de colonização alemã, acrescido já de conhecimentos sobre moléstias infecto-contagiosas transmitidas pela ingestão de vegetais crus e ainda de noções sobre a presença de agrotóxicos. A informação específica sobre o fator protetor dos vegetais crus no surgimento do câncer de esôfago é o que foi adicionado ao que a população já sabia, porém os resultados são equivalentes aos adquiridos sobre alimentos quentes evidenciando o processo de informação em curso nas duas questões.

Na questão 5 quando perguntamos se eles achavam que quando a pessoa tinha uma doença, como por exemplo o câncer, se, e a achassem no início, ajudaria no seu tratamento, pôde-se verificar que 89 dos voluntários responderam que sim, correspondendo a 94, 7% da população estudada. Transcrevo alguns dos motivos que relataram, "porque aí tem mais chance de prevenir. "Se corta o mal pela raiz". Tudo do começo é melhor. Acho que no início se se trata logo, deve de ter cura". Em tempo dá para curar, ou como diziam **tem solução, sendo tarde não dá mais**".

Um dos entrevistados ponderou "sabe dona é bom providenciar de manhã". O que em outras palavras significa, que quanto mais cedo se detectar alguma doença mais chances terão de cura. "Pode tratar se não tá tão avançada. Vai prá operação; senão cria raízes em outros órgãos. Se tá no útero pode tratar e não deixar espalhar. Pode ficar boa. "Muitos achavam que era válido até mesmo para fazer uma experiência. "Bem de início, tipo desta campanha", se não dá para curar pelo menos ajuda.

Pode-se constatar que a grande maioria dos entrevistados preferiam enfrentar a verdade do que tentar evitá-la, chegando a expressarem claramente que se tivesse alguma coisa queriam saber. Como foi o caso desse entrevistado que colocou "saber que tem uma doença não é o pior, o pior é ter e não saber." "Se tem não adianta não querer saber, por isso é melhor fazer logo. "

Percebe-se através das respostas que eles consideraram a pesquisa como algo positivo, conforme o que expuseram nessa resposta. "Vai livrar muitas pessoas que tem o problema e não sabem. Acontece que muitas vezes a "pessoa tem medo." Em alguns casos davam ao câncer um tratamento de caráter comportamental, "ele é muito teimoso".

Se encontrar uma doença como o câncer logo no início ajuda no tratamento, Apenas 5 indivíduos ou seja 5, 3% dos entrevistados responderam que não sabiam se ajuda no tratamento encontrá-la no seu estágio inicial.

Nota-se um sentimento de esperança com relação aos exames preventivos e se detectada a doença, inclusive com seu tratamento, pois conforme manifestaram, "dependo do lugar tem cura." Há, de uma forma geral, uma idéia de que é possível combater-la "porque se achar a doença pode conter". Outro aspecto interessante levantado nas entrevistas é o fato das chances serem maiores de cura se o indivíduo ainda não sentiu nenhum sintoma. Se a pessoa sabe vai tratar, se não tem cura pelo menos melhora.

Outro fato que deu para perceber é que eles não faziam muita distinção entre exame com balão chinês e endoscopia, o qual muitas vezes chamavam de exame da "mangueirinha." Faz dois meses fiz o exame da "mangueirinha" e depois não achei mais o médico. Também observou-se a coerência até mesmo com relação ao prognóstico negativo, "se está muito avançado não ajuda mais"

Muitos vieram para dar exemplo a outros parentes. Esse é outro aspecto muito interessante, pois, inicialmente, vinham mais mulheres realizar o exame, então, perguntávamos porque as demais pessoas da família não haviam vindo, elas respondiam que estavam vindo para dar o exemplo. "Quero ver se agora meus filhos vem realizar o exame, principalmente porque se for cedo, talvez fiquem curados; já perdi meu avô e tenho um irmão com câncer de esôfago". "Porque como vai vir muitas pessoas eu vou incentivar a virem. Minha cunhada adoeceu, sofre muito e eu vou mandar fazer o exame. "

Nota-se, assim, um pensamento predominante positivo com relação ao diagnóstico precoce por parte da amostra estudada. Talvez por isso esse tipo de campanha tenha obtido um índice de 100% de aceitação, uma vez que a grande maioria acreditava que qualquer diagnóstico precoce dá a

possibilidade de tratamento, que pode não ser de cura, mas que, de qualquer forma, torna as probabilidades bem maiores. A forma como reagiam a um diagnóstico precoce fica bastante clara nesse depoimento "não tenho medo dela. Um amigo me disse: já pensou se aparece a "coisa"?Ao que o outro concluiu - "esperança é que a gente não perde"

Quando perguntados se sabiam para que servia o exame com o balão chinês que iriam realizar, 54 indivíduos responderam que sabiam para que servia o exame, correspondendo a 57, 4% da amostra, ao passo que 29 não sabiam, ou seja, 30, 9% da população estudada. Apenas 11 indivíduos (11, 7%) responderam que tinham uma idéia, sem muita certeza.

Mediante esses dados, é possível perceber que 42, 6% dos entrevistados não sabiam, ou tinham uma vaga idéia do que seria o exame com balão chinês. Os que tinham dúvida, geralmente, faziam confusão com outros tipos de exame, como o exame do tubo ou da mangueirinha(que no caso é a endoscopia). Também não sabiam se esse tipo de exame era para todas as doenças, ou só para câncer (câncer aqui considerado em geral, podendo ser de qualquer órgão). Outro voluntário pensou que o exame era ginecológico. Portanto, praticamente a metade da população estudada desconhecia o tipo de exame que iria realizar.

Para aqueles indivíduos que responderam afirmativamente, pediu-se que explicassem para que servia o exame com o balão. Houve então todo o tipo de resposta. Disseram ser "para ver se tinham úlcera." Outro respondeu, porque "providencia"(este providencia, usado como sinônimo de prevenir). Para gastrite. Para falta de ar. Segundo esses dados, também pode-se concluir que, mesmo as pessoas que disseram ter conhecimento da finalidade do exame com balão chinês, muitas vezes, tinham uma idéia errônea.

É evidente que muitos responderam que o exame servia para prevenir o câncer ou, usando a expressão que utilizavam "para ver se tenho ou não a

doença." Doença é a forma como muitos deles se referem ao câncer. Também o chamam de "a coisa". É bom para ver se tem um problema de início, ou para ver se tem "começo de câncer". Com relação ao câncer, fizeram referência ao câncer de esôfago, garganta e de estômago. Um entrevistado disse-me claramente: "para ver se tem câncer na garganta." Através das respostas a essa questão da entrevista, pode-se identificar uma característica muito interessante da população estudada: que a mesma não fazia distinção entre esôfago e garganta. Garganta é a parte visível, e o esôfago a que não vêem, assim tudo para eles é garganta (até o exame eles batizaram de "exame da garganta"). Notamos que especialmente os últimos entrevistados apresentaram um conhecimento mais específico do tipo de exame que iriam realizar, pois, referiam-se freqüentemente a expressões como: para ver o que tem no esôfago, para ver se está doente ou não, para o esôfago, para examinar ou prevenir câncer de esôfago. Assim, percebe-se o poder cumulativo da comunicação, que vai se consolidando, a medida que se ouve ou se lê a mensagem repetidas vezes, provocando um processo de internalização, alguns de forma consciente, e outros de forma inconsciente, razão porque essencialmente esses últimos foram os que mais apontaram ser o exame para prevenção de câncer de esôfago.

Porém, o mais significativo com relação a esses dados é que os indivíduos atingidos por um instrumento de comunicação, mesmo não sabendo exatamente para que servia o exame com o balão chinês (42, 6%), foram motivados a participar da campanha, demonstrando com isso a importância dos meios de comunicação nesse tipo de campanha onde o indivíduo mesmo não tendo absoluta certeza do que vai realizar, é movido pela comunicação. Isso pode ser perfeitamente comprovado através desse depoimento; vim por causa das "doenças." É o caso de outro voluntário que me relatou "quero fazer, porque represento que estou meio "embuxado".

Na questão 7, ao perguntar se sabiam se esse câncer de esôfago era mais frequente em homens, em mulheres, ou era igual, 47 indivíduos responderam que era nos homens, o que corresponde a 50, 0% da população estudada. Muitos deles, inclusive, tinham uma história para contar de parentes ou amigos que foram afetados por câncer de esôfago. Um deles relatou "dentro da nossa família foram uns quantos" Alguns iam mais longe, arriscando possíveis causas: "dá mais nos homens por causa dos vícios: chimarrão, cigarro e trago. Os que responderam igual foram 28 voluntários, ou seja, 29, 8% da amostra estudada, sendo que, muitas vezes utilizavam a expressão "acho que é parelho, ou regula". Dos entrevistados, 13 (13, 8%) responderam não saber, e apenas 6 indivíduos (6, 4%) responderam ser mais comum nas mulheres.

Analisando esses dados, percebe-se que mais da metade da amostra estudada tinha conhecimento de que o câncer de esôfago era mais frequente nos homens, especialmente pela experiência observada em pessoas da família, ou em amigos;" o que tenho visto mais é nos homens mesmo." Isso demonstra que a veiculação da informação através dos meios de comunicação fez com que eles apreendessem que os homens são mais acometidos de câncer de esôfago do que as mulheres. Em contrapartida, apesar de saberem que os homens eram mais suscetíveis a esse tipo de câncer, eram as mulheres que mais procuravam a unidade sanitária para realizar o exame, especialmente nas quartas-feiras. Quando passamos a realizá-los também aos sábados, houve um aumento do número de voluntários do sexo masculino, oportunizando-lhes manifestarem sua satisfação, pois assim não precisariam faltar ao trabalho para realizar o exame.

Através dos resultados das questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7, estabeleceu-se um paralelo, comparando-os com o tipo de informação veiculada nessa campanha. Mais especificamente, se analisarmos ainda as respostas à questão de número 8, onde foi perguntado se todas as informações sobre câncer de esôfago que haviam sido divulgadas pelos diferentes instrumentos de comunicação tinham ajudado a saber mais sobre essa doença, 100% responderam afirmativamente. Esse dado demonstra o que havia sido comentado em cada uma das questões, isto é, que muitas vezes, os entrevistados apesar de responderem que conheciam determinada doença ou situação, na realidade, os que realmente tinham conhecimento eram muito poucos, ou seja, os 15% que colocamos na análise da questão número 1. Se eles mesmos consideraram que essas informações os ajudaram em 100%, pode-se concluir com segurança que houve um acréscimo quanto às informações apreendidas sobre câncer de esôfago por parte da população estudada, durante a realização desse trabalho.

Concluindo, podemos afirmar que houve considerável acréscimo de informações sobre câncer de esôfago, conforme nos mostra a análise das respostas à questão 8. A amostra respondeu por unanimidade que havia achado que essa comunicação feita através do rádio, jornal e folhetos, havia contribuído no seu conhecimento sobre câncer de esôfago. Se confrontarmos esse resultado com o resultado obtido na questão 1, sobre qual o conhecimento que eles já tinham sobre câncer de esôfago antes de iniciarmos nosso trabalho, que era de aproximadamente 15%, vamos perceber que houve um aumento de cerca de 85% dos conhecimentos apreendidos em decorrência dessa campanha. Quando utilizamos o termo apreensão, estávamos conscientes não apenas da sutil diferença ortográfica entre os termos aprender e apreender, mas também da diferença de significado que lhe é conferida. Enquanto aprender restringe-se à tomada de conhecimento e sua

retenção na memória, a apreensão permite uma apreensão de seu conteúdo e uma modificação do meio. FREIRE, P., 1983b, p. 19.

A resposta que consideramos de maior impacto foi "essa campanha é muito importante porque a pessoa sai da escuridão". Essa expressão transcende à mensagem escrita, revestindo-se inclusive, de um componente visual. Vários entrevistados mostraram que se não fosse pelos instrumentos de comunicação não teriam ficado sabendo da existência da doença na região. **Selecionou-se algumas respostas para serem transcritas mostrando** como a população-alvo percebeu a mensagem. Um dos voluntários ponderou "*eu sou um que não estava aqui se não ouvisse no rádio, pois não sabia*". Outro disse acho que é muito importante informar "tanto é que vim, se não fosse a campanha não tinha vindo."

A entrevista como instrumento de coleta de dados foi um fator muito positivo, pois, além daqueles previstos, ela oportuniza às pessoas exprimirem-se livremente. Um dos entrevistados ponderou que se não fosse essa campanha, a gente não teria ficado sabendo:" acho que todos estão ficando mais informados, todos aprendendo, nós os velhos e moços também. "

Todos esses depoimentos vem reforçar a importância dos meios de comunicação utilizados na conscientização dessa população, pois muito relataram que não tinham conhecimento dessa doença na região até serem atingidos por um instrumento de comunicação "eu não sabia, fiquei sabendo pelo pastor"; outra acrescentou "fiquei sabendo por causa do jornal".

Também através das respostas dadas vê-se a importância dada à comunicação, indivíduo a indivíduo, demonstrando claramente a forma como evoluiu a comunicação dentro desse universo:" porque a gente fica sabendo e já vai passando para outro. É só divulgar que o pessoal se interessa, olhe por exemplo, a maioria das pessoas não sabia, escutam no rádio e falam para uns vizinhos, aí vai outros mais." Observa-se como eles fazem referência ao

instrumento de comunicação de massa como sendo o veículo que deu origem à mensagem, porém, depois, a forma utilizada para sua transmissão era a comunicação direta. Isso se observa quando eles comentam "essa campanha é boa para o povo, pois pode prevenir, ao menos fica informado. A gente avisa para vizinhos e amigos. É muito válido, pois esclarece as pessoas que não tem acesso." Acesso assume o significado de esclarecer as pessoas que não tinham conhecimento sobre a doença.

Essas respostas permitiram que se traçasse um perfil da comunidade com relação aos aspectos comunicacionais, ressaltando até algumas particularidades de comportamento da própria região. Um aspecto importante, que ficou claro nas entrevistas, é a questão da credibilidade da fonte, conforme ponderou um dos entrevistados "a palavra do filho é uma coisa, quando quem fala é outra pessoa é diferente".

A experiência de mais de vinte anos do pastor da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil mostrou-nos uma faceta particular do processo de comunicação, quando as pessoas, deliberadamente, não querem se comunicar. Comentando se as pessoas estavam mais informadas com relação ao câncer de esôfago, ele ponderou que, para as pessoas que lêem, sim. Justificou-nos que aquelas que não liam não era devido ao fato de serem analfabetas, mas porque eram pessoas muito introspectivas, que não liam, não ouviam rádio, TV, nem buscavam maior intensidade no relacionamento com outras pessoas. Concluiu, dizendo que, de acordo com sua experiência em tratar com esse tipo de pessoas, podia afirmar ser muito difícil ajudá-las, tendo, inclusive, usado uma expressão extremamente regional: "são como tatu, não saem da toca." Mostrou dessa forma como o processo da comunicação pode ser obstruído, quando a pessoa não quer ser atingida por qualquer canal de informação; não se trata de falha no canal da comunicação, eles simplesmente rejeitam qualquer forma de comunicação. No entanto, a

população com essas características restringe-se a um contingente pequeno, e não faziam parte do nosso grupo-amostra.

Quanto à questão da conscientização, alguns entrevistados foram mais longe, tecendo algumas considerações como "para as pessoas que compreendem, vai ser muito bom, mas as pessoas que não compreendem, não adianta; aquela dali fez o exame e está fumando." Fica claro que ela sabe que o fumo faz mal para a saúde e respondeu isso; sabe dos riscos que corre, por isso mesmo veio realizar o exame, porém continua fumando. "Tem gente muito ignorante sobre certas coisas. Claro que tem gente que tá aproveitando, mas tem gente que não adianta. Eu sei que vão aparentar." Isso significa que o fator conscientização é algo extremamente individual, ou seja, podemos alertar as pessoas com relação aos cuidados que deverão tomar com relação ao câncer de esôfago, mas esses só alterarão sua atitude à medida que se conscientizarem. Como disse um dos entrevistados em sua forma simplória *"tem todos que se juntarem e cada um vai aprendendo cada vez mais."*

O que se pode depreender a partir das respostas dos entrevistados foi que perceberam a campanha como algo extremamente positivo, tendo alguns expressado, "é uma coisa que a gente nem contava." Outros foram mais adiante, procurando relacionar a importância dos conteúdos que haviam apreendido com a questão da conscientização da comunidade. Como esse se constituía um dos grandes objetivos de minha proposta, creio que através das respostas transcritas a seguir, é possível demonstrar como o objetivo foi atingido: *"acho que é a melhor coisa que poderia haver para nós, pois leva a conscientização, eu mesma me interessei em saber. Isso é coisa boa"*

Com isso, percebe-se que a comunicação não se transmite de forma didática, o que buscamos mediante essa pesquisa foi fazer com que essa comunicação, partindo da participação do grupo, levasse-os à

conscientização, ou seja, que as pessoas percebessem seus problemas para poderem valorizar a necessidade de realizar o exame, ao mesmo tempo que precisavam tomar cuidados preventivos com sua saúde. Acho que um grande passo foi dado nesse sentido, quando ouvimos ser dito "é bom para as pessoas irem se prevenindo. Evita males maiores se tratados em tempo. É coisa boa. A gente ajuda muita coisa."

Nível de aceitação ou rejeição

Para avaliarmos esse item, analisamos as respostas das questões 9 e 11. Através das respostas obtidas na questão 9, quando perguntávamos o que eles achavam dessa campanha que estávamos desenvolvendo, obtivemos nas respostas 100% de aceitação, podendo-se afirmar que houve sempre uma posição amistosa relacionada a nossa campanha de saúde. A grande maioria considerou-a ótima e excelente. Alguns chegaram a dizer que melhor seria impossível. Utilizando suas expressões com relação à campanha podemos destacar "melhor coisa fazendo recurso para beneficiar as pessoas". Ou, como eles mesmo ponderavam, a "saúde para as pessoas de poucas condições financeiras não tem, as vezes, por onde iniciar, a gente para ir para Porto Alegre é muito difícil, passei mil e um trabalho. Ajuda para qualquer pessoa da região e é uma grande grandeza. Um vizinho meu disse: vai fazer o exame que eles vão encontrar. "A maioria não tem dinheiro, quando tem uma campanha é muito bom." "Estão fazendo benefícios para nós que precisemos. "A vida está difícil, se não encontrar um começo por onde começar pode encomendar o caixão, pois além da doença tem o desespero". Aqui a gente está sendo acompanhada por pessoas da medicina, especialistas. "

Com relação especificamente ao nosso trabalho comentavam "vocês a gente vê que estão trabalhando com vontade. Como a gente nem esperava

que vinha uma coisa dessas para a cidade, deve aproveitar e fazer." Isto é bom para Taquara, que tem um pouco de carinho de vocês. "

Conforme um dos entrevistados nos relatou "se vão fazer como no papel é bom", o papel a que eles se referiam é o folheto que entregávamos enquanto esperavam a realização do exame.

Quanto à conscientização, demonstraram que a população está crescendo e é necessário tomar cuidados especiais. Percebe-se, com isso, a preocupação dos entrevistados com relação à conscientização da população para com essa campanha pela maneira como eles se expressam nas entrevistas," se não "cutuca"o povo é ignorante, não vem. Quanto mais divulgar, falar melhor. Tem que ser todo o dia, como o ministro que falava que não podia comprar, quando ele parou de falar o pessoal começou a comprar de novo. "

O nível de aceitação dessa campanha foi tão grande que a população demonstrou claramente especial interesse em que fossem realizadas outros tipos de campanhas sobre outras doenças, como a AIDS ou outras doenças mais complicadas, uma vez que as pessoas, não tendo dinheiro para fazer exames seriam beneficiadas com campanhas desse tipo. Como disse-nos um dos entrevistados : "deveria ser de tudo. Muito útil para todos nós; se tiver outro tipo vou fazer. Espero que vocês continuem por muito tempo. Tomara que vocês não cansem. "

Com relação as respostas da questão 11, através das sugestões sobre como deveríamos agir para que mais pessoas pudessem participar da campanha, foi possível fazer um confronto com a percentagem do veículo de comunicação pelo qual foram atingidos, para estabelecermos se havia correlação entre a forma como eles foram atingidos pela comunicação da

campanha e a forma que eles estavam sugerindo. Listamos as duas principais sugestões apontadas que foram :

Primeiro, a comunicação de pessoa a pessoa. Consideravam que era importante dar conselho, avisar, enfim, ir comunicando para mais pessoas. Conforme afirmaram, "muitas pessoas não têm dinheiro para pagar e começa e vai e vai, outra vai e vai criando coragem." Ou seja, a comunicação indivíduo - indivíduo.

Ainda acrescentavam que caberia ao próprio povo a tarefa de divulgação. O que coincide com os objetivos da pesquisa participante na qual espera-se que, a partir da conscientização, a própria comunidade oriente os passos a serem seguidos. "Tem que falar aos amigos, contar para os outros, transmissão oral, ou como eles diziam "conversa de boca." A importância dada a esse tipo de contato individualizado é possível de ser detectada, quando nos relataram" tem muita gente com problema que não sabe, se souber eu mando." Isso demonstra claramente o poder da comunicação oral direta existente entre os indivíduos. Assim nos relatou um entrevistado, "eu mesmo já mandei muita gente para cá, de São Borja e de Parobé". Alguns voluntários disseram participar de clubes de mães, ou de grupos da Igreja, onde também poderiam levar os folhetos e realizar a divulgação direta, conforme afirmaram "de minha pessoa eu vou dizer que é bom. Tudo para o nosso bem é bom. Hoje levantei as 6 h e disse para a mulher, vou lá fazer o exame." Outra expressão usada por eles foi que era bom divulgar ensinando, comunicando. "Muito bom para todos. "

A segunda sugestão mais apontada foi o rádio, coincidindo com as principais formas com que eles também foram atingidos pela informação. O rádio foi apontado como grande veículo de comunicação, especialmente, o noticiário do meio-dia da rádio de Taquara. Como eles mesmo disseram, todo

mundo ouve esse noticiário, porque são todas notícias que interessam a cidade.

Também falaram para continuarmos divulgando através dos jornais. Outro sugestão foi a utilização de cartazes, a exemplo das outras campanhas. Foi proposto que se divulgasse em centros comunitários e escolas.

Um dos voluntários comentou ser um dos médicos da unidade sanitária, da religião adventista e que ele poderia fazer palestras explicativas.

Outro fator verificado como positivo foi a realização da campanha aos sábados, os mutirões, dando possibilidade àquelas pessoas que trabalhavam realizarem-no nesse dia; "queria já ter vindo antes, mas no dia de semana não dava por causa do serviço, por isto foi bom o exame no sábado".

Confrontando as principais sugestões com os principais instrumentos de comunicação que os atingiram, percebemos que há uma estreita relação entre a forma como eles foram atingidos pela comunicação e as sugestões que nos deram.

Elas foram muito importantes para que pudéssemos avaliar como se efetivou a pesquisa participativa na população, identificando suas atitudes de envolvimento com o processo, e as alternativas buscadas para a continuidade da campanha. Um aspecto importante, dentro desse processo de comunicação envolvendo a pesquisa participativa, foi a forma natural como as adesões foram ocorrendo, à medida que o trabalho se desenvolvia. BRANDÃO, C. et al., 1984, p. 22, alerta-nos para o fato de que quando um indivíduo se dispõe a participar de uma pesquisa, geralmente, já são pessoas sensibilizadas para isso. Até porque muitas vezes já fazem parte de outras atividades coletivas, ou de algum movimento mais amplo.

Na nossa pesquisa, obtivemos a participação efetiva dos agentes de saúde de Taquara, do médico-chefe e de muitos voluntários. Entre eles, destacamos uma senhora moradora do município de Igrejinha que, desde a

primeira vez que veio a Unidade para realizar exame com seu marido, passou a vir sistematicamente, em todos os sábados do mutirão. Por sorte, ela foi uma das entrevistadas, tendo demonstrado interesse em levar alguns folhetos para seus vizinhos e conhecidos. No mutirão seguinte, identifiquei-a junto aos demais voluntários para serem atendidos. Como me lembrava de que já havia realizado o exame, fui conversar com ela. Ela estava trazendo a sogra para exame. Contou que havia distribuído os folhetos e que havia falado para muitas pessoas da sua comunidade. Disse-me que muitos haviam ficado de vir ao posto, e estava aproveitando a vinda com a sogra para conferir quem realmente havia comparecido. Encontrou dois conhecidos realizando o exame. No terceiro mutirão subsequente, assim que a vi entrar, cumprimentei-a e chamando pelo nome comecei a conversar. Ela ficou surpresa como a havia reconhecido. Até eu confesso que, a princípio, achei que não teria condições de reconhecer as pessoas, pois atendíamos um grande número delas em cada mutirão. Porém, com o passar do tempo, percebi como identificava aqueles líderes naturais, que retornavam, trazendo parentes ou amigos, buscando folhetos ou mais informações. Na nossa conversa, essa líder mostrou interesse em mais folhetos para distribuir e trouxe-me junto a notícia que havia saído no jornal NH de Novo Hamburgo, através do qual havia ficado informada da campanha. Anexo 8.

Dessa forma, criou-se, durante o desenvolvimento do trabalho, uma relação de participação e envolvimento grande com determinados voluntários, os quais sempre se sentiam distinguidos quando manifestávamos que os havíamos reconhecido, e de como era importante o seu trabalho de mobilização na sua comunidade. Eram líderes ou naturais, ou de direito, como o caso do pastor da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil; sua esposa era uma das entrevistadas, durante um mutirão. Ao ser perguntada sobre como havia ficado sabendo da campanha, disse-me que havia sido o

marido que a mobilizara e aos demais membros da Igreja, já que era o ministro. Essa entrevista com o pastor não foi sorteada, pois fui especialmente conversar com ele. Fiquei sabendo que havia sido informado através dos folhetos distribuídos no posto de saúde. A partir dessa informação, veio para realizar o exame. Outros pesquisadores da nossa equipe aproveitaram para acrescentar dados sobre a alta incidência de câncer de esôfago. Um casal de alunos alemães que estavam realizando estágio de graduação na Faculdade de Medicina, sabendo do nosso trabalho de pesquisa em zona de imigração alemã, mostraram muito interesse em participar. A partir desse encontro com o líder religioso, passamos, nos mutirões seguintes a receber muitos indivíduos por ele indicados. Ele, além de pregar nos seus cultos, estava divulgando nossa campanha também em seus grupos de trabalho. Ao participar de um programa de rádio, ao meio-dia de domingo, também passou a transmitir essa mensagem. Enfim, o pastor foi um dos nossos grandes aliados no processo de divulgação de nosso trabalho. Um líder comunitário que se incorporou ao trabalho participativo.

Essas constatações vêm reafirmar a questão de que, para haver participação da comunidade, é preciso antes de mais nada *criar espaço para que essas lideranças possam se manifestar*. Somente assim, poderemos imaginar um processo de campanha de prevenção com caráter participativo, e não com cunho impositivo, como tem sido a maioria das campanhas que vem-se realizando.

Nossa pesquisa não tinha comprometimento de ordem política ou econômica, nem discriminação de qualquer segmento da comunidade. Nossa preocupação era com o desenvolvimento da pesquisa. Isso ficou claro à população-alvo uma vez que nos disseram "fico satisfeito quando encontro uma sinceridade assim. Vai de encontro aos meus pensamentos." "Vi pessoas de classe rica e meio para baixo apoiando e fiquei emocionado de ver também

as pessoas da alta classe para fazer o exame, quase sempre aparece as pessoas de baixa classe. "

As respostas a essa questão, além de demonstrar o índice de 100% de aceitação que obtivemos junto a população estudada, também, permitiu que observássemos como esse tipo de pesquisa conscientizante, onde buscava-se a participação efetiva da comunidade na gerência de seus próprios problemas, foi apropriada, uma vez que mostrou-se extremamente eficiente na conscientização e mobilização dessa comunidade.

A informação mais diferenciada

A relação mostra com significância estatística que o rádio veicula a informação mais diferenciada, enquanto que a transmissão de indivíduo a indivíduo passa uma mensagem menos precisa, porém foi a forma mais freqüente de veiculação da mensagem ($p=0,00973$).

A veiculação mais eficaz da informação

Ao questioná-los sobre como haviam ficado sabendo do exame, pôde-se notar, através das respostas dadas, transcritas no gráfico da página seguinte, que a forma mais freqüente foi a recomendação de uma pessoa, 38 indivíduos, o que corresponde a 40,4% das respostas obtidas. Seguiu-se o rádio, onde 32 voluntários disseram ter ficado sabendo por meio dele, ou seja, 34,0%; em terceiro lugar, 10 indivíduos (10,6%) responderam que foi no posto de saúde que obtiveram a informação; em quarto lugar, apareceu o jornal com 9

indivíduos, ou seja 9, 6% da população estudada e finalmente, apenas 5 indivíduos (5, 3%) foram mobilizados através dos folhetos (figura 2).

Veiculação da Informação

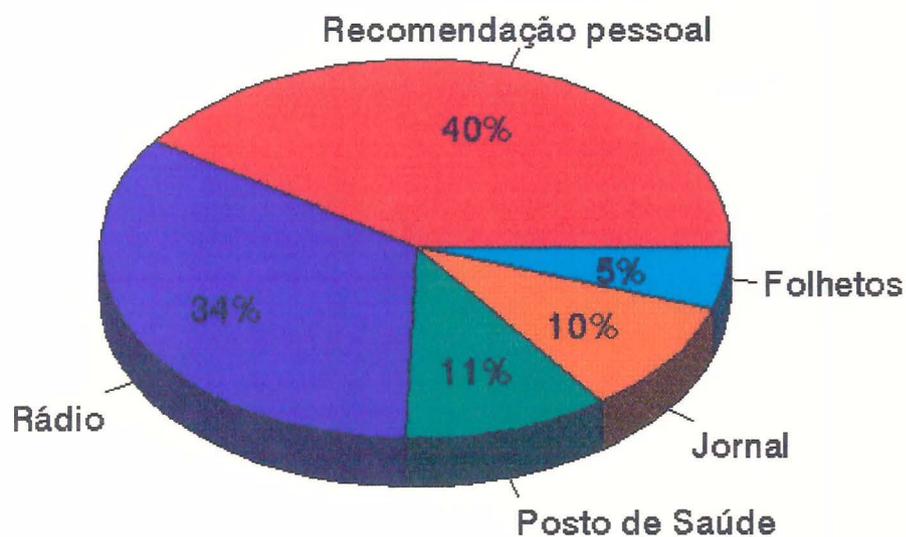


FIGURA 2 - Veiculação da informação

Como foi possível estabelecer, através das respostas, que o meio de comunicação que mais atingiu a população-alvo foi a recomendação de alguma pessoa. Identificamos terem sido essas pessoas: parentes, amigos ou vizinhos que vieram realizar o exame e depois o recomendaram. "Uma vizinha minha me disse para fazer e daí a gente evita." Também houve indicações do médico-chefe da unidade sanitária, do prefeito e principalmente, do pastor da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. Com isso, constatou-se que, a partir dos primeiros voluntários, desencadeou-se uma "campanha de solidariedade" e a recomendação, boca a boca, como eles se referiram, passou a ser a mais importante.

Com relação ao rádio, a que teve maior repercussão na campanha foi a de Taquara, especialmente o noticiário do meio-dia.

As demais rádios utilizadas, Pampa e Farroupilha de Porto Alegre, tiveram uma expressão pouco significativa.

Quanto aos jornais, eles representaram um contingente de 9,7%. Desses, o de maior significância foi o jornal Panorama de Taquara, seguido do jornal NH de Novo Hamburgo, do RS115 de Igrejinha e por último, o Correio do Povo de Porto Alegre.

A unidade sanitária representou 10,8%, onde destacamos a atuação do médico-chefe de Taquara e de sua equipe, bem como do médico do posto de Rolante.

O folheto, apesar de ter representado apenas 4,3%, foi um elemento muito importante, em dois segmentos: para determinadas religiões, como a pentecostal, onde não ouvem rádio e nem lêem jornais, constituindo-se na única alternativa para conseguirmos atingir esse núcleo. Além disso, foi um folheto que desencadeou a ação do pastor da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, transformando-se num veículo muito importante do processo de comunicação, que permitiu divulgar, das mais diferentes formas, a

nossa campanha: distribuindo nossos folhetos, pregando no culto da Igreja, em reunião de pais nas escolas e até mesmo na rádio de Taquara. Todos os domingos das 12 às 12h30min há um programa das 7 paróquias : Padilha, Três Coroas, Igrejinha, Parobé, Nova Hartz, Rolante e Taquara. Conforme seu depoimento: "tenho sempre divulgado neste programa de domingo e ele é muito escutado na região." Através dessa pesquisa conscientizadora, onde através da informação inicial as pessoas buscam se entrosar no processo de comunicação, obtivemos o apoio desse importante líder comunitário. O processo de comunicação começava a tomar contornos próprios, de acordo com a conscientização das pessoas e de sua mobilização na comunidade.

Ainda dentro dessa análise do instrumento da mídia mais efetivo nessa amostra, constatamos que a ação dos agentes de saúde e da classe médica teve um efeito catalisador, pela sua aprovação e orientação na unidade sanitária, porém, ainda não se evidencia uma participação maciça desse contingente tão importante em campanhas desse porte. Creio que o aspecto participativo ainda possa aumentar esse envolvimento como já apresentou em outros segmentos da comunidade. Houve, durante todo o nosso trabalho, a participação de alguns médicos do posto que indicavam a importância da realização desse exame e o apoio do Secretário de Saúde do município e de seus assessores. Realizaram-se exames até em médicos da comunidade e seus familiares.

No momento em que líderes comunitários, ou simples voluntários aperceberam-se do valor do seu envolvimento na campanha, e o que isso representava de positivo para o bem da comunidade como um todo, o trabalho de comunicação foi-se tornando cada vez mais amplo, seguindo uma progressão geométrica. O grande aliado, indiscutivelmente, foi o fator conscientização, pois, a partir dessa apreensão por parte dos indivíduos, eles mesmo encarregaram-se de continuar impulsionando as formas de

comunicação já existentes, ou, até mesmo, criando outras, específicas de sua profissão como, no caso do pastor: o culto e a pregação. Com isso, percebeu-se que à medida que o processo se desenvolvia, houve um melhor direcionamento do processo de conscientização por parte dos líderes comunitários, viabilizando sua continuidade. Somente quando a própria comunidade toma para si esta tarefa, é que o processo adquire *legitimidade*.

CONCLUSÕES

Talvez um dos fatores determinantes da comunicação mais utilizada ser a de indivíduo a indivíduo, tenha sido o fato do uso da pesquisa conscientizadora, onde são as próprias pessoas que desencadeiam as ações.

Ao analisarmos as respostas das entrevistas, podemos com segurança responder a nossa grande questão dessa pesquisa que indaga-se seria a comunicação institucional capaz de motivar uma comunidade para participar de um projeto em saúde pública.

Acompanhando tudo o que foi exposto, podemos dizer seguramente que sim, pois, quando nos responderam que essa campanha havia-os ajudado a conhecerem mais sobre câncer de esôfago, e quando demonstraram interesse não somente em mantê-la, mas especialmente de participar, dando sugestões, obtivemos elementos para caracterizar o fechamento da pesquisa conscientizadora. A comunidade, a partir do conhecimento da situação, apoiou e passou a liderar o processo, desenvolvendo-o de forma permanente. Assim, temos muitas esperanças com relação à manutenção do projeto, pois tudo o que é imposto, tende a acabar, porém, quando algo surge e cresce, a partir do envolvimento, da participação da comunidade, do seu processo de conscientização, a tendência é de que as coisas evoluam, cresçam, dentro da contingência natural que sua legitimidade lhes outorga.

Acredito que a comunicação institucional não só foi capaz de motivar a comunidade, como, através da pesquisa conscientizante, tornou-os membros participativos, legitimando não a pesquisa, mas a campanha na comunidade.

PROPOSTAS

No decorrer de nosso trabalho e de nosso envolvimento com a comunidade de forma participativa, surgiram propostas de realização de outros trabalhos de pesquisa, envolvendo o grupo de pesquisa GEPECE e a comunidade de Taquara.

O primeiro foi com relação à área de educação. Foi-nos solicitada a **extensão deste tipo de ação conscientizadora com os professores da rede municipal de educação**. Para viabilizar esse trabalho, elaboramos o projeto *O que a educação pode fazer por sua saúde*, que tinha como objetivo oferecer subsídios, através de uma estratégia viável, no sentido de permitir aos professores da rede pública municipal de Taquara desencadear um processo de conscientização sobre a importância da cultura alimentar e da dieta adequada como forma de prevenção do câncer de esôfago. Esse estudo buscará desenvolver outros sobre a cultura alimentar da região e sua relação com a saúde, bem como promover programas inovadores na área de educação dos jovens.

Esse projeto reveste-se de uma atividade conjunta do grupo de pesquisa GEPECE, da Secretaria da Saúde e de Educação de Taquara, da Unidade Sanitária de Taquara, da UFRGS e do HCPA. Atualmente, encontra-se em fase de análise, pela comissão de avaliação da FAPERGS. Esperamos iniciá-lo em março de 1995.

Além desse projeto que se encontra em fase de implantação, estamos iniciando estudo para realização de outro projeto conjunto com a Unidade Sanitária Henrique Baurmann, de prevenção do fumo em escolares. Esse encontra-se em fase de estruturação.

Portanto, a partir da nossa campanha de prevenção de câncer de esôfago, utilizando a comunicação institucional e a pesquisa participativa,

possibilitamos a viabilização de mais dois projetos, a pedido da comunidade local.

PERSPECTIVAS

Ao analisarmos os resultados obtidos, pudemos constatar algumas perspectivas dessa pesquisa com relação a trabalhos futuros como:

Expansão do projeto para outras áreas de risco por solicitação das comunidades. Enquanto realizávamos essa pesquisa, algumas localidades que tomaram conhecimento de nossas atividades, solicitaram-nos a realização de trabalho semelhante. Contataram-nos representantes do município de Farroupilha e de Nova Petrópolis, RS.

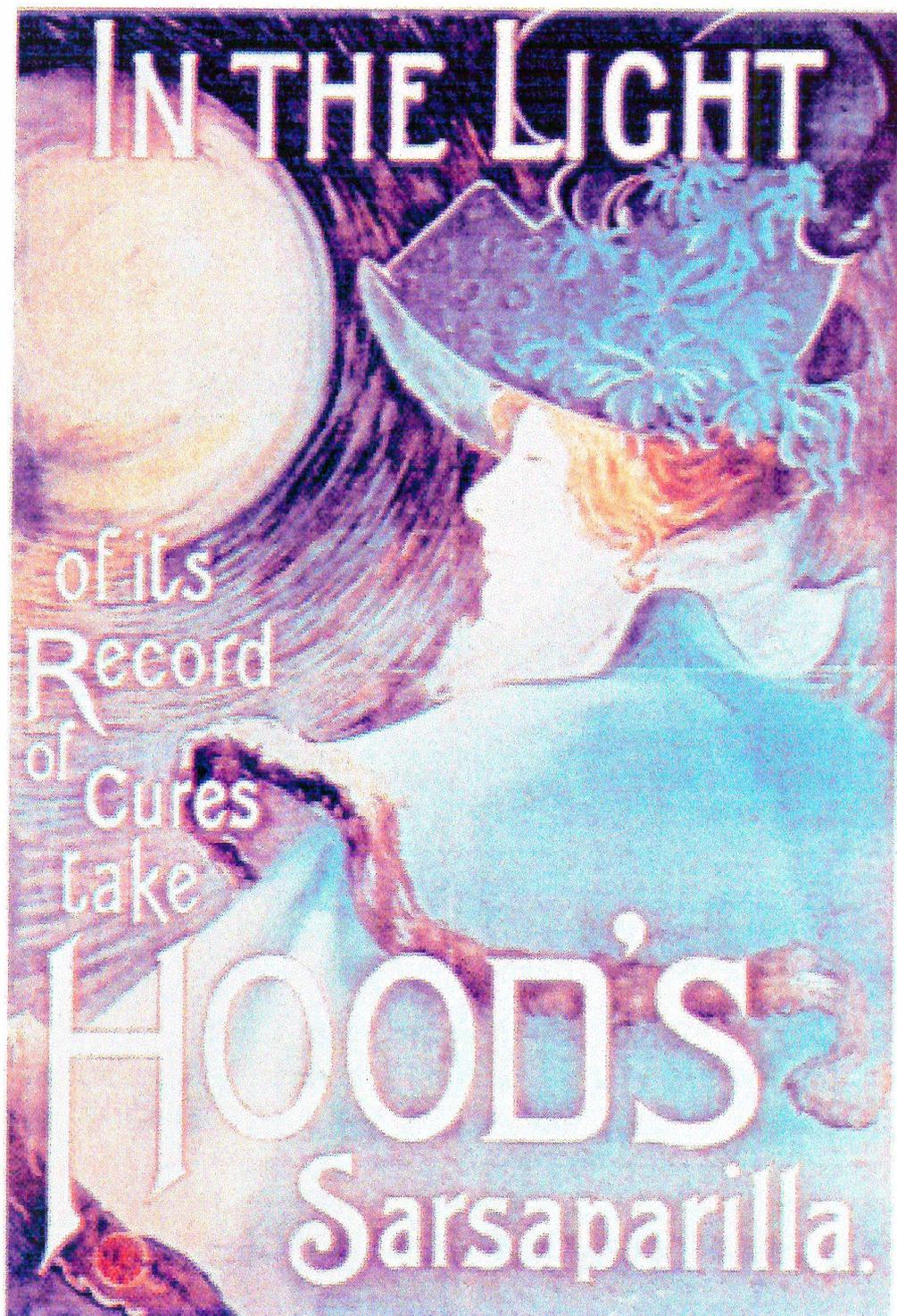
Em entrevista que participamos com o Secretário de Saúde do Estado, obtivemos não apenas seu comprometimento, bem como encaminhamento de proposta da Secretaria de Saúde para extensão desse trabalho a outras unidades do Estado.

Como recebemos verba da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul, FAPERGS para desenvolvimento do projeto de "Rastreamento Populacional em Câncer de Esôfago no Rio Grande do Sul" e compra de equipamentos para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre realizar os exames necessários, foi-nos solicitado um relatório, apresentando as atividades que haviam sido desenvolvidas, resultados e projeções. A comissão avaliadora da FAPERGS, após análise do material enviado e reunião com os membros do GEPECE, mostrou-se sensivelmente impressionada com o âmbito da atividade que estávamos desenvolvendo, interessando-se, de modo especial, pela forma como estava-se efetivando o processo de comunicação com a comunidade. Na sua avaliação, houve recomendação para que fosse dado todo o apoio à continuidade do trabalho.

Durante a realização de nossa pesquisa, recebemos a visita de pesquisadores da Universidade de Milão e do Ospedale Maggiore di Milano, os quais demonstraram especial interesse em desenvolver uma pesquisa em conjunto, fazendo um confronto dos casos da região de alta incidência em

câncer de esôfago - Trento e Vêneto - com os nossos imigrantes provenientes dessas regiões da Itália. Estamos elaborando esse trabalho no qual se procuraria analisar se a tendência de alto risco em câncer de esôfago desses imigrantes do Vêneto e do Trento havia persistido no Brasil, ou se haviam ocorrido variações nessa tendência com a imigração.

Como manifestaram interesse especial pelo processo de comunicação que estávamos realizando, e uma vez que estão pretendendo realizar um trabalho nessa linha, enviamos ao congresso que se realizará em Milão, em agosto de 1995, um trabalho, relatando nossa experiência com comunicação institucional em campanhas de prevenção em câncer de esôfago.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARTAZES DE PROPAGANDA DO SÉCULO XIX

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, A. C. Informação e atividades de desenvolvimento científico, tecnológico e industrial: tipologia proposta com base em análise funcional. **Ciência da Informação**, v. 20, n. 1, p. 7-15, jan./jun. 1991.
- ALVES, M. J. A. Programa de ações integradas de saúde materno-infantil. In: SEMINÁRIO SAÚDE E COMUNICAÇÃO SOCIAL, 1989, Belo Horizonte. **Relatório preliminar**. . . Belo Horizonte, 1989. p. 57-61.
- ARANHA, M. L. A. **Filosofia da educação**. São Paulo: Moderna, 1989. 214p.
- ARAÚJO, V. M. R. H. de. Informação: instrumento de dominação e de submissão. **Ciência da Informação**, v. 20, n. 1, p. 37-44, jan./jun. 1991.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Referências bibliográficas - NBR 6023**.
- AZEVEDO, A. P. Tratamento da informação em coleções científicas em Zoologia. **Ciência da Informação**, v. 21, n. 1, p. 59-61, jan./jun. 1992.
- BABIN, P.; KOULOUMDJIAN, M. F. **Os novos modos de compreender: a geração do audiovisual e do computador**. São Paulo: Paulinas, 1989. 183 p.
- BEJZMAN, I. **Saúde Pública e Comunicação Social no Brasil**. Porto Alegre: Famescos/PUC, 1991. 370p.
- BELTRÃO, L. **Folkcomunicação: a comunicação dos marginalizados**. São Paulo: Cortez, 1980. 279 p.
- BENGE, R. C. **Libraries and cultural change**. Great Britain: Archoon Books, 1970. 278 p.
- BENJAMIN, R. Da difusão de inovações à pesquisa-ação. **Revista Brasileira de Comunicação**, v. 13, n. 62/63, p. 165-168, 1990.

- BOWEN, J. **Historia de la educación occidental**. Barcelona: Herder, 1976. 480 p.
- BRANDÃO, C. **O educador: vida e morte**. Rio de Janeiro: Graal, 1984a. 137 p.
- BRANDÃO, C. (Org.) **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- _____. **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1984b.
- BRANDÃO, C.; CAMPOS, M.; DEMO, P. Quais as questões básicas hoje, para um debate sobre pesquisa participante? **Em Aberto**, v.3, n. 20, p. 13-23, abr. 1984.
- BRESSAN, M. Ideologia e publicidade rural: notas para um debate. **Revista Brasileira de Comunicação**, v.12, n. 61, p. 151-155, jul./dez. 1989.
- CABRAL, A. M. Sociedade pós-moderna: o poder da informação - o poder de informar. **Revista da Escola de Biblioteconomia UFMG**, v. 21, n. 2, p. 213-223, jul./dez. 1992.
- CORREA, T. G. Comunicação, democracia e progresso social. **Leopoldianvm**, v. 15, n. 45, p. 29-38, ago. 1988a.
- _____. **Contato imediato com opinião pública: os bastidores da ação política**. São Paulo: Global, 1988b. 136 p.
- COSTA, M. **Interpretando a tradição em educação popular: pesquisa-ação e hermenêutica**. Belo Horizonte, 1993. 17 p. (datilografado)
- CUNHA, M. B. da. Mercado de trabalho para o bibliotecário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIBLIOTECONOMIA E DOCUMENTAÇÃO, 9, JORNADA SULRIOGRANDENSE DE BIBLIOTECONOMIA, 5, Porto Alegre, 1977. **Anais...** Porto Alegre: ARB, 1977. 2 v. p. 139-148.
- DEMO, P. **Pesquisa participante: mito e realidade**. Rio de Janeiro: SENAC/DN, 1984. 112 p.

- DIETZ, J. **Diferenças geográficas na mortalidade por câncer de esôfago no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: UFRGS/HCPA, 1992. (Projeto de Doutorado)
- ERBOLATO, M. **Deontologia da Comunicação Social**. Petrópolis: Vozes, 1982. 242 p.
- FABRE, M. **História da Comunicação**. Suíça: Moraes Editora, 1966. 111 p.
- FIGUEIREDO, N. M.; LIMA, R. C. M. Desenvolvimento profissional e inovações tecnológicas. **Revista da Escola de Biblioteconomia UFMG**, v. 15, n. 1, p. 47-67, mar. 1986.
- _____. Técnicas e idéias para promover o uso da Informação. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, v. 21, n. 3/4, p. 7-33, jul./dez. 1988.
- _____. Inovação, produtividade e sistemas de informação. **Ciência da Informação**, v. 18, n. 1, p. 83-95, jan./jun. 1989.
- FISHER, D. **El derecho a comunicar hoy**. Paris: UNESCO, 1984. 55p.
- FLETCHER, R. et al. **Epidemiologia clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 312 p.
- FOURQUIN, J. C. **Escola e cultura**: as bases sociais e epistemológicas do conhecimento escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 208 p.
- FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 149 p.
- _____. **Extensão ou Comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983a. 93p.
- _____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983b. 218 p.
- FREITAG, B. Educação para todos. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 67, n. 155, p. 203, 1986.

- GAL, Roger. **História da educação**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960. 147 p.
- GLÜER, L. M. **Aids: só você pode mudar**. Porto Alegre: UFRGS, 1994. 46 p. (Projeto Experimental em Jornalismo)
- GOERGEN, P. A Comunicação nas Faculdades de Educação. In: KUNSCH, M. M. K. **Comunicação e educação: caminhos cruzados**. São Paulo: Loyola, 1986. 501p. p. 155-167.
- GUEDES, E. M. S.; MOTTA, R. M. M. Direito e avesso. In: SEMINÁRIO SAÚDE E COMUNICAÇÃO SOCIAL, 1989, Belo Horizonte. **Relatório preliminar...** Belo Horizonte: 1989, p. 23-25.
- HUMBERT, C. **Consciencialização**. Lisboa: Moraes Editores, 1977. 182 p.
- JAMES, W. Ejecución de un programa de educación del público. In: UNIÓN INTERNACIONAL CONTRA EL CÁNCER. **Teoría y práctica de la educación sanitaria en la lucha contra el cáncer**. Ginebra: 1974. 153p. p. 23-31.
- KAY, Paul. Public access to health information: a psychoanalyst's view. **RQ**, Reference and Adult Services Division, v. 22, n. 4, p. 400-408, Summer 1983.
- KLEMENT, S. Informediary the journal of information interpreneurship. **Informediary**, v. 1, n. 1, p. 1-9, June 1985.
- KLINTOE, K. Interação entre empresas com necessidades de informação e a estrutura nacional de centros com provisão de conhecimento acumulado. **Ciência da Informação**, v. 20, n. 1, p. 55-57, jan./jun. 1991.
- KRAHE, E. F. **Avaliação escolar: pesquisa conscientizante**. Porto Alegre: UFRGS, 1990. 203 p. (Dissertação de Mestrado em Educação)
- KUNSCH, M. M. K. **Folkcomunicação: a comunicação dos marginalizados**. São Paulo: Loyola, 1986a. 501 p.

_____. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada.** São Paulo: Summus, 1986b. 171 p.

KUNSCH, M. M. K.; FERNANDES, F. A. M. (Org.) **Comunicação, democracia e cultura.** São Paulo: Loyola, 1989. 140 p.

LANCASTER, F. W. Future librarianship: preparing for an unconventional career. **Wilson Library Bulletin**, v. 57, n. 9, p. 747-753, May 1983.

LANDMANN, J. **Evitando a saúde & promovendo a doença.** Rio de Janeiro: Achiamé, 1982. 188 p.

LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia.** São Paulo: Brasiliense, 1991. 205 p.

LEMOS, A. A. B. Algumas questões aparentemente relevantes, sobre informação científica em saúde. **Revista de Biblioteconomia de Brasília**, v. 12, n. 1, p.35-42, jan./jun. 1984.

_____. Planejamento e coordenação da informação científica e tecnológica no Brasil. **Ciência da Informação**, v. 15, n. 2, p. 107-115, 1986.

LUCKESI, C. C. Presença dos meios de comunicação na escola: utilização pedagógica e preparação para a cidadania. In: KUNSCH, M. M. K. **Comunicação e educação: caminhos cruzados.** São Paulo: Loyola, 1986. 501p. p. 23-52.

LYONS, A. & PETRUCELLI, R.J. **Medicine: an illustrated History.** New York : Abrams, 1978. 616p.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos.** São Paulo: Duas Cidades, 1981. 188 p.

MARQUES DE MELO, J. **Comunicação: direito à informação.** Campinas: Papyrus, 1986. 151 p.

MATTOS, S. Meios de comunicação a serviço da educação. **Revista Brasileira de Comunicação**, v. 16, n. 1, p. 34-59, jan./jun. 1993.

- MAYER, M. The transformation of librarianship. **Canadian Library Journal**, v. 47, n. 4, p. 233-235, 1990.
- MILLS, C. W. **A imaginação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1969. 246 p.
- MOONEY, G. H.; DRUMMOND, M. F. Essentials of health economics. **British Medical Journal**, v. 285, p. 1263-1264, 1982.
- MOSTAFA, S.; MARANON, E. O segredo, a informação e a cidadania. **Revista da Escola de Biblioteconomia UFMG**, v. 21, n. 2, p. 203-212, jul./dez. 1992.
- MUELLER, M. S. Comunicação, informação, biblioteca: uma abordagem integradora - um questionamento. **Revista da Escola de Biblioteconomia UFMG**, v. 19, n. 1, p. 7-23, mar. 1990.
- MURIEL, M. L.; ROTA, G. **Comunicacion institucional: enfoque social de relaciones humanas**. Quito: CIESPAL, 1980. 353 p.
- NIXON, R. **Investigaciones sobre Comunicación Colectiva**. Quito: CIESPAL, 1968. 90 p.
- NUNES, T. C. M. **Recursos humanos em saúde e a municipalização**. Brasília: UNB, 1992. 2 v. (Série Cadernos da Nona)
- OXFORD ADVANCED LEARNER'S DICTIONARY. Great Britain: Orford University Press, 1990. 1579 p.
- PAVIANI, J. **Problemas de Filosofia da Educação**. Petrópolis: Vozes, 1990. 118 p.
- POBLACION, D. & DUARTE, J. Comunicação da informação científica entre pesquisadores. **Revista Brasileira de Comunicação**, v.12, n. 61, p. 47-61, jul/dez. 1989.

- PERUZZO, C. M. K; PERUZZO, D. Da incomunicação à prática associativa: uma ação político-pedagógica. In: KUNSCH, M. M. K. **Comunicação e educação: caminhos cruzados**. São Paulo: Loyola, 1986. 501p. p. 411-421.
- PERUZZO, C. M. K., Relações públicas nos movimentos populares. **Revista Brasileira de Comunicação**, v. 12, n. 60, p. 107-112, jan./jun. 1989.
- PINHEIRO, A. S. P. Bibliotecário autônomo; uma nova perspectiva. **Revista de Biblioteconomia de Brasília**, v. 15, n.1, p. 95-108, jan./jun. 1987.
- PISARECK, W; MACZUGA, J. Tendências da pesquisa em comunicação nos países da Europa Central e Leste Europeu. **Revista Brasileira de Comunicação**, v. 12, n. 60, p. 38-44, jan./jun. 1989.
- POLKE, A. M. et al. Análise do mercado de trabalho em Belo Horizonte. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, v. 5, n. 2, p. 165-177, set. 1976.
- PROLLA, J. C. **Epidemiologia no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: UFRGS, 1992. 99p. (Tese de Doutorado em Pneumologia)
- PROLLA, J. C. et al. **Rastreamento populacional em câncer de esôfago no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: UFRGS/HCPA/SSMA, 1993. 26 p.
- QUESADA, G. **Comunicação e comunidade: mitos da mudança social**. São Paulo: Loyola, 1980. 94 p.
- RAMOS, S. Campanhas educativas - AIDS. In: SEMINÁRIO SAÚDE E COMUNICAÇÃO SOCIAL, 1989, Belo Horizonte. **Relatório preliminar...** Belo Horizonte: 1989, p. 39-42.
- SANDAMAN, P. Emerging communication responsibilities of epidemiologists. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 44, suppl. 1. p. 41s-50s, 1991.
- SAUL, A. M. **Avaliação emancipatória: desafio a teoria e a prática de avaliação e reformulação de currículo**. São Paulo: Cortez, 1988. 150p.

- SCHNEIDER, J. O. A comunicação nas cooperativas. In: UNIÃO CRISTÃ BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL. **Comunicação e consciência crítica**. São Paulo: Loyola, 1979. 230p. p. 49-68.
- SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: a trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L & PM, 1987. 111 p.
- SILVA, C. L. **Muito além do jardim botânico**. São Paulo: Cortez, 1985. 163 p.
- SILVA, M. **Refletindo a pesquisa participante no Brasil e na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1986.
- SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. **AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- SUAREZ, J. Proposición de um modelo para el estudio y desarrollo de la acción intersectorial en salud. **Educacion Medica y Salud**, v.27, n. 1, p.61-81, 1993.
- TERRA, O. Processos de participação da população organizada. In: BEJZMAN, I. **Saúde Pública e comunicação social no Brasil**. Porto Alegre: Famescos/PUC, 1991. 370p. p. 40.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985. 105 p.
- TRECKER, H.; TRECKER, A. **Como trabalhar com grupos**. Rio de Janeiro: Agir, 1968. 224 p.
- VALLA, V. (Org.) **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. 160 p.
- VASCONCELOS, E. M. O rádio como veículo de educação popular. **Revista Brasileira de Comunicação**, v. 12, n. 61, p. 129-132, jul./dez. 1989.

VASCONCELOS, E. M.; OLIVEIRA, M. Educação em Saúde. In: SEMINÁRIO SAÚDE E COMUNICAÇÃO SOCIAL, 1989, Belo Horizonte. **Relatório preliminar...** Belo Horizonte: 1989, p. 43-46.

VIEIRA, A. S. Mercado de Informação: do tradicional ao inexplorado. **Revista de Biblioteconomia de Brasília**, v. 11, n. 2, p. 177-192, jul./dez. 1983.

WERTHEIN, J. **Meios de Comunicação: realidade e mito**. São Paulo: Nacional, 1979. 277 p.

WINSLOW, E. A. The evolution of Public Health and its objectives. In: **Public Health in the World Today**. Cambridge: Harvard University, 1949.

XAVIER FILHO, E. O homem e a cura. Porto Alegre: Rigel, 1993. 302p.



ANEXOS

CARTAZES DE PROPAGANDA DO SÉCULO XIX

ANEXO 1

Descrição da Unidade Sanitária Henrique Baurmann

A UNIDADE SANITÁRIA DE TAQUARA está localizada na:

Rua: Henrique Baurmann s/n

Tel: 542 10 20

Está vinculada ao governo estadual e municipal.

Composto de:

4 médicos:

Dr. Pedro Paulo Andrade (chefe da Unidade)

Dr. João Alberto Bangel

Dr. Álvaro Lacerda Filho

Dr. Jair Vargas de Oliveira

7 auxiliares ou agentes de saúde:

Noêmia M. Cardoso Alves

Tânia Jussara Koppe

Maria dos Anjos Pereira da Silva

Daria Pegoraro

Maris Assis

Brasília Hasan

Helena Arnhold

1 veterinário: Dr. Celso Baltar Grillo

e 4 auxiliares de fiscalização: Alexandre Carrara

Ernesto Beuter

Mario

Rubens Gil

O horário de funcionamento: de 2 a 6 feira, das 7 às 17 horas

ANEXO 2

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. O sr.(a) sabia quais as doenças mais freqüentes da região, antes de iniciarmos esta campanha?
2. O que o sr.(a) acha do fumo para a saúde?
3. O que o sr. (a) acha de alimentos extremamente quentes como: sopa, cafezinho, polenta, água do chimarrão, para a saúde?
4. O que o sr.(a) acha da alimentação com frutas e verduras cruas para a saúde?
5. Quando se tem uma doença, como o câncer, o sr.(a) considera que encontrá-la no começo ajuda no seu tratamento?
6. O sr.(a) sabe para que serve o exame do balão chinês?
7. O sr.(a) considera que o câncer de esôfago é mais freqüente nos homens, nas mulheres, ou igual?
8. O sr.(a) acha que este trabalho lhe ajudou a saber mais sobre o câncer de esôfago?
9. O que o sr.(a) acha desta campanha?

10. Como o sr. (a) ficou sabendo da nossa campanha de prevenção com exame do balão do chinês?

11. O sr.(a) teria alguma sugestão, poderia dar algum conselho sobre o que poderíamos fazer para que mais pessoas ficassem sabendo desta campanha?

G E P E C E

LESÕES PRECURSORAS CÂNCER DE ESÔFAGO - PROJETO TAQUARA

- 01.Data: ___/___/___
- 02.Entrevistador ___
- 03.Técnico ___
- 04.Nome _____
- 05.Endereço _____ Telefone: _____
 _____ 1-Próprio 2-Contatos
- Bairro _____ Cidade _____ Estado: _____
- 06.Nome de um parente: _____
 Endereço _____ Telefone: _____
 Bairro _____ Cidade _____ Estado: _____
- 07.Sexo: masc.1; fem.2 _____
08. Data nasc. ___/___/___
- 09.Profissão que exerceu durante mais tempo _____
- 10.Local de residencia: zona urbana Gde POA (1); zona urbana interior (2); zona rural (3): _____
- 11.Onde viveu mais tempo: zona urbana Gde POA(1);zona urbana interior(2);zona rural (3): _____
- 12.O Sr(a) fuma ou fumava ? nunca (1); agora não, mas sim no passado(2);sim (3) : _____
- 13.Idade que iniciou a fumar _____
- 14.Durante quanto tempo fuma ou fumou(calculado pelo entrevistador): ___ (anos) ___ (meses)
- 15.Há quanto tempo parou de fumar ___ (anos) ___ (meses) ___ (dias)
- 16.Quantidade de cigarros consumidos por dia: ___ ou por semana _____
- 17.O Sr(a) toma ou tomava chimarrão? nunca (1); agora não, mas sim no passado (2);
 diariamente (3);fins de semana (4) : _____
- 18.Durante quanto tempo toma ou tomou chimarrão: ___ (anos) ___ (meses)
- 19.Há quanto tempo parou de tomar chimarrão: ___ (anos) ___ (meses) ___ (dias)
20. Recipiente para Chimarrão

Recipiente	Quantidade por Dia	Quantidade por Semana
Cuias (100 ml)		
Chaleira Pequena (100 ml)		
Chaleira Grande (2000 ml)		
Garrafa Térmica (1000 ml)		

- 21.Como costuma tomar o chimarrão? bem quente (1); quente (2); frio(3); _____
- 22.Como costuma tomar café,chás?cafezinho 50 ml (1), xícara 150 ml(2);garrafa térmica 1000 ml (3)

Tipo de Bebida	Recipiente	Quantidade/dia
Café		
Chá		

23..Como o Sr(a) costuma tomar bebidas alcoólicas ? nunca (1); agora não,mas sim no passado (2); diariamente (3); fins de semana (4); menos que uma vez/semana (5)_____

24.Durante quanto tempo toma ou tomou bebidas alcoólicas (calculado pelo entrevistador):
 ___ (anos) ___ (meses)

25.Há quanto tempo parou de tomar bebidas alcoólicas:
 ___ (anos) ___ (meses) ___ (dias)

26.Bebida Alcoólica

Tipo de Bebida	Recipiente	Quantidade por Dia	Quantidade por Semana
Cachaça			
Cerveja			
Vinho			

Tipos de recipientes: martelo 100 ml (1); copo 250 ml (2); cálice 100 ml (3);
 1/2 garrafa 300 ml (4);garrafa 600 mll (5); garrafa de 1000 ml (6)

27. Qual a freqüência que o Sr(a) come verduras? diariamente (1); 1 a 3x/ semana(2); menos que uma vez na semana (3); nunca (4): _____

28. Qual a frequencia que o Sr(a) come frutas? diàriamente (1); 1 a 3x/semana (2); menos que uma vez na semana (3); nunca (4): _____

29.Descrição do ex.citopatológico (balão esofágico):

30. Descrição da esofagoscopia:

31. Uso de corantes:

32. Ex. citopatológico e/ou histopatológico:

33.Comentários:

TERMO DE CONSENTIMENTO

O Rio Grande do Sul apresenta muitos casos de câncer de esôfago. Entre as regiões do nosso estado, Taquara e cidades vizinhas, como também as cidades da Campanha, estão mais sujeitas a apresentar esta doença. Uma maneira de diminuir os novos casos é fazer o diagnóstico precoce, ou seja, diagnosticar alterações no esôfago antes do aparecimento do câncer. Isto pode ser feito com o uso de uma sonda com um pequeno balão inflável na ponta, que permite colher material para exame. É um exame rápido (5 minutos) e bem tolerado. Você poderá lacrimejar, tossir ou sentir vontade de vomitar. O material será examinado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e em aprox. 15 dias teremos o resultado. Este tipo de exame tem sido feito em outras regiões do mundo com ótimos resultados. Para que possamos conhecer melhor as causas desta doença, vamos preencher um questionário com seus dados e hábitos. Se no exame aparecer alterações no esôfago, o Sr.(a) poderá ser encaminhado ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre para avaliação e tratamento, se isto for do seu interesse. Assim, Sr.(a) _____ declara que foi informado dos objetivos deste exame, recebendo informações sobre o procedimento e alertado sobre os desconfortos ou riscos previstos, como também dos benefícios esperados. As minhas dúvidas foram esclarecidas e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. O profissional _____ certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial.

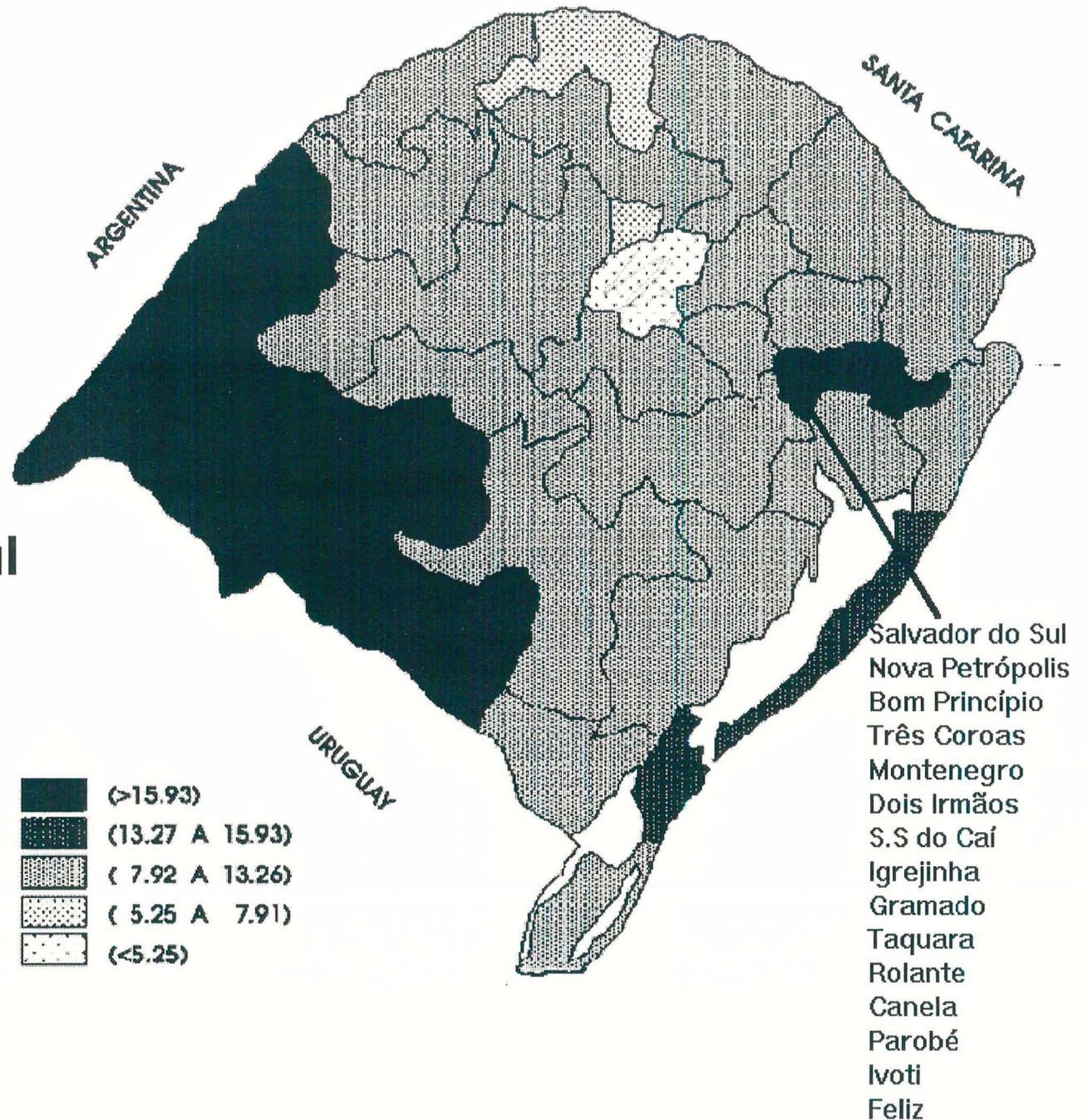
Data: ___/___/___

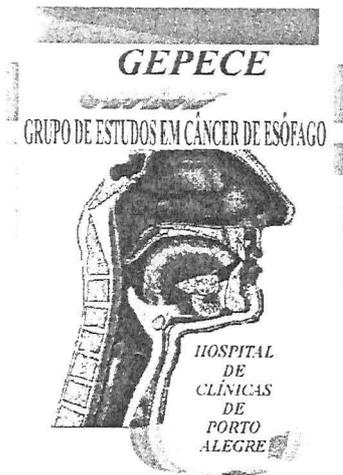
Assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador

Mortalidade por Cancer de Esôfago Rio Grande do Sul

Sexo Masculino





GEPECE

GRUPO DE ESTUDOS EM CÂNCER DE ESÔFAGO

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Faculdade de Medicina da UFRGS, Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do RS, Secretaria de Saúde de Taquara.

Você tinha conhecimento:

- Que o Rio Grande do Sul tem muitos casos de câncer de esôfago ?
- Que a população de Taquara, Três Coroas, Montenegro, Canela, Gramado, Feliz, Ivoti, Dois Irmãos, Igrejinha, Nova Petrópolis, Rolante, Salvador do Sul, S.S. do Caí, Parobé e Bom Princípio está mais sujeita a apresentar este tipo de problema ?

Por isto, atenção, se você:

- Tem mais de 40 anos, principalmente do sexo masculino e reside nos municípios citados, poderá realizar um exame preventivo com balão chinês para detectar anormalidades no esôfago que, se não diagnosticadas e tratadas a tempo, poderão evoluir para Câncer.

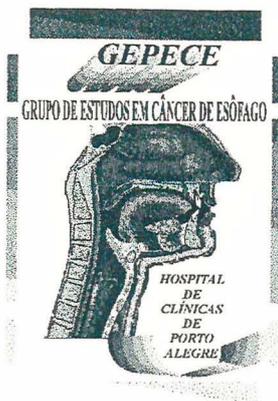
**Posto de Saúde de Taquara, às quartas-feiras pela manhã.
É necessário jejum de 6 horas para a realização do exame.**

PRÓXIMO MUTIRÃO DIA / /

GEPECE: Grupo de Estudos em Câncer de Esôfago

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 Tel: (051) 3316699 Ramais 2347, 2329 e 2345



GEPECE

GRUPO DE ESTUDOS EM CÂNCER DE ESÔFAGO

Colega, o **GEPECE** é um grupo com um interesse comum, que é o estudo e pesquisa em câncer de esôfago. Formou-se, então, um grupo de características multidisciplinar e multi-institucional, fazendo parte deste professores e estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O **GEPECE** reúne-se semanalmente, aprofundando seus estudos e pesquisas epidemiológicas.

Através disto foi possível:

- Identificar a alta mortalidade por câncer de esôfago nas microrregiões da Campanha e da Encosta da Serra Geral, com tendência ascendente, sendo o sexo masculino e faixas superiores a 45 anos as mais atingidas;
- Identificar como fatores de risco: fumo, álcool e ingestão sistemática de bebidas demasiadamente quentes;
- Escolher, dentre os municípios que compõe a microrregião Colonial da Encosta da Serra Geral, a cidade de Taquara por apresentar elevados coeficientes de mortalidade por câncer de esôfago.

PROJETO TAQUARA

O **GEPECE** está desenvolvendo este projeto buscando a prevenção secundária do câncer de esôfago, ou seja, identificação de lesões precursoras na mucosa esofágica através do balão esofágico com colheita de material para exame citológico. Com este procedimento, semelhante à prevenção do câncer do colo uterino, pretende-se alterar o prognóstico do câncer de esôfago.

A presente comunicação tem a finalidade de participar ao colega as atividades do **GEPECE**, assim como solicitar suas críticas e sugestões em relação ao **PROJETO TAQUARA**, uma vez que a classe médica tem pleno conhecimento das necessidades e dificuldades da comunidade taquarense e, sua participação, certamente exercerá um papel importante neste projeto. Ficamos à disposição do colega.

Cordialmente,

João Carlos Prolla
Coordenador

GEPECE: Grupo de Estudos em Câncer de Esôfago
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rua Ramiro Barcelos, 2350 Tel: (051) 3316699 Ramais 2347, 2329 e 2345

Tumores de esôfago serão alvo de pesquisa

No dia 20 de janeiro, estiveram reunidos com o secretário da Saúde e Serviço Social do Município, Jair Vargas Oliveira, os médicos-professores João Carlos Prolla, Cleber Kruehl, Judith Dietz e equipe, representando o Hospital das Clínicas de Porto Alegre e a Secretaria da Saúde do Estado, firmando na ocasião que Taquara sediará um trabalho de prevenção dos "Tumores do Esôfago".

Segundo estudos, a Região da Encosta da Serra apresenta alto índice de incidência de tumores do esôfago, provindos de uma série de fatores, que deverão ser elucidados no desenrolar do trabalho. Estudo semelhante foi realizado na China, onde a incidência desta lesão também é alta,

obtendo-se bons resultados no tratamento, devido ao diagnóstico precoce.

O objetivo do trabalho é mostrar à população que o diagnóstico precoce das lesões facilita o tratamento, com possibilidades de cura. Tal pesquisa será desenvolvida nos postos de atendimento médico da Prefeitura Municipal.

O município está de parabéns em poder desenvolver este trabalho, com cunho social e médico de tão relevante expressão. Estudos desta natureza são desenvolvidos nos grandes centros de primeiro mundo, o que nos leva a reconhecer que a escolha de Taquara para tal pesquisa e estudo é uma distinção internacional na área médica.



Reunião entre secretário da Saúde e representantes do Hospital de Clínicas definiu realização da pesquisa

ANEXO 9

NOTÍCIA NO JORNAL PANORAMA

TAQUARA

Exames anti-câncer do esôfago

A Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, através da 2ª Delegacia Regional de Saúde, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ufrgs) e a Secretaria Municipal de Saúde de Taquara estão realizando um trabalho conjunto para detecção do câncer de esôfago na população do município.

Dados apurados pelo Grupo de Estudos em Câncer de Esôfago (Gepece), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, apontam que a população de Taquara e municípios vizinhos está mais sujeita a apresentar a doença. Por isso, todas as quartas-

feiras pela manhã, no posto municipal de Saúde, são realizados exames preventivos desse tipo de câncer.

Os exames são realizados em pessoas com mais de 40 anos, principalmente, do sexo masculino, e que residam em Taquara, Três Coroas, Montenegro, Canela, Gramado, Feliz, Ivoti, Dois Irmãos, Igrejinha, Nova Petrópolis, Rolante, São Sebastião do Caí, Parobé e Bom Princípio. Para realizar esse exame, a pessoa deve estar em jejum seis horas antes de chegar ao posto de saúde.

Gepece pesquisa câncer de esôfago

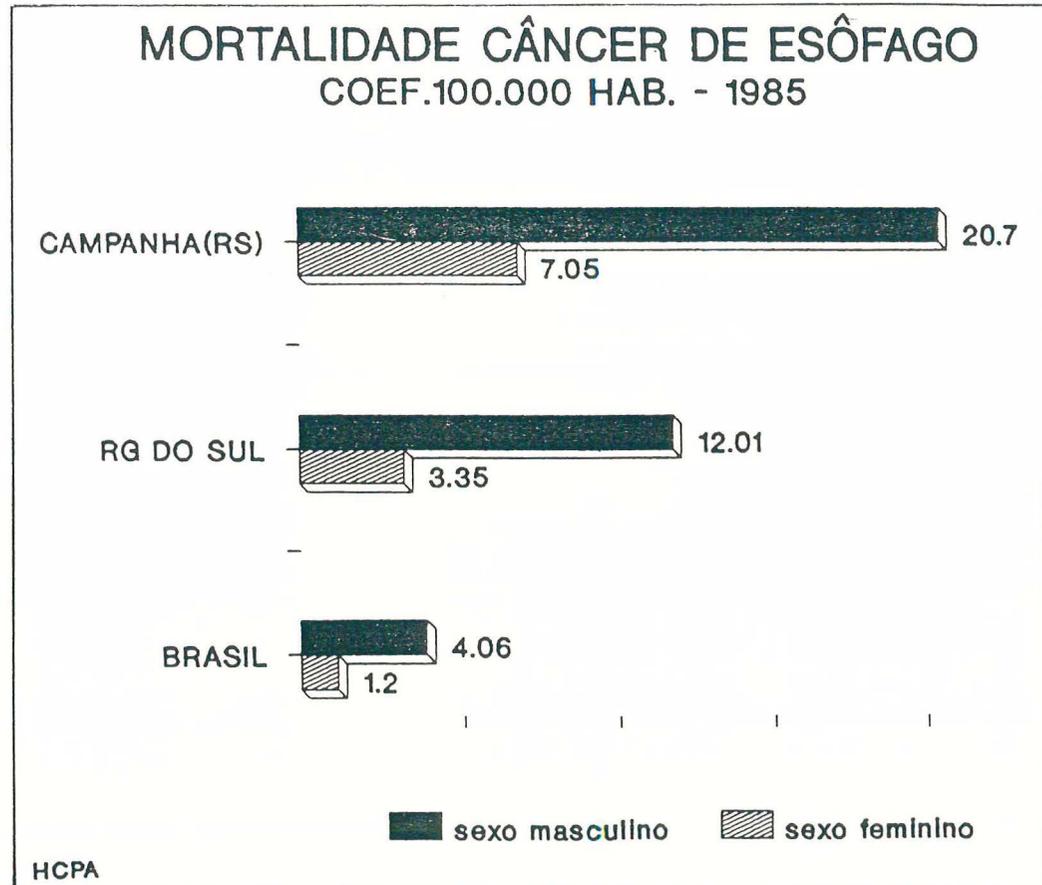
A alta incidência de câncer de esôfago no Rio Grande do Sul e o elevado índice de mortalidade causado pela doença no estado levaram pesquisadores ligados ao Hospital de Clínicas a criar, em 1992, o Grupo de Estudos e Pesquisas em Câncer de Esôfago (Gepece). Formado por sete médicos e 11 bolsistas, o grupo é multidisciplinar e envolve os serviços de Gastroenterologia e Cirurgia Geral do HCPA, além de contar com a colaboração do curso de pós-graduação em Gastroenterologia da UFRGS.

O Gepece iniciou, em julho, um trabalho de pesquisa na região de Taquara, município que apresenta um dos maiores índices de mortalidade por câncer de esôfago: são 26,3 mortes por cem mil habitantes a cada ano, enquanto a média no estado é de 19 e, em locais como São Paulo, de apenas 9 por cem mil. O objetivo do grupo é realizar na região exames para o diagnóstico precoce da doença, utilizando a metodologia do balão chinês. Um pequeno balão de látex, ligado a um tubo de polietileno, é introduzido no esôfago do paciente e posteriormente recolhido, trazendo amostragem de células. Este exame é indolor, não requer uso de sedativos ou anestésicos e dura poucos minutos.

O material coletado é enviado ao HCPA para realização de exames citopatológicos. Pacientes com resultado citopatológico anormal são encaminhados para o Ambulatório de Esôfago, na Zona 15 do hospital, submetendo-se a exames endoscópicos coordenados pelos médicos Sérgio Barros e Ismael Maguilnik. Neste local, está à disposição um videoendoscópio, equipamento adquirido com verbas do projeto complementadas pelo HCPA.

As biópsias encaminhadas ao Serviço de Patologia e Citopatologia são examinadas sob responsabilidade de Antônio Carlos Pütten e Ada Diehl. Nos casos de identificação do câncer de esôfago, os pacientes são recomendados para o tratamento no Serviço de Cirurgia Geral.

PIONEIRISMO — Segundo Cléber Kruehl, chefe do Serviço de Cirurgia Geral do HCPA e membro do Gepece, este projeto é pioneiro no Brasil. O balão foi trazido da China, único país onde é empregado, quando o atual coordenador do pós-graduação em Gastroenterologia e também integrante do Gepece, Sérgio Barros, realizava sua tese de doutorado. Surgiu, então, a idéia de difundir o diagnóstico de lesões precursoras do câncer de esôfago em regiões de alta incidência da doença. A gastroenterologista Judite Dietz fez um levantamento da epidemiologia do local. Paralelamente, o exame



do balão foi testado por Sérgio Barros e Antônio Grüber em mais de 400 pacientes, com bons resultados. Para complementar o projeto, Inês Rosito Kruehl, da Faculdade de Biblioteconomia da UFRGS, planejou uma campanha educativa a ser aplicada junto à população de risco e escolas.

O projeto vai durar dois anos e pretende realizar cerca de 2 mil exames. Paralelamente, vai ser desenvolvido um projeto de educação e prevenção, mostrando os fatores de risco para o surgimento do câncer de esô-

fago — consumo excessivo de álcool, fumo e bebidas com temperatura muito elevada — e a necessidade de uso de frutas e verduras frescas na alimentação diária. “Também queremos fazer com que este tipo de exame se torne tão comum quanto o preventivo de câncer uterino se tornou para as mulheres, já que o diagnóstico precoce é o único meio de reverter o quadro de alta incidência de câncer de esôfago”, acrescenta o chefe do Serviço de Citopatologia do HCPA e um dos criadores do Gepece, João Carlos Prolla.

ANEXOS 11

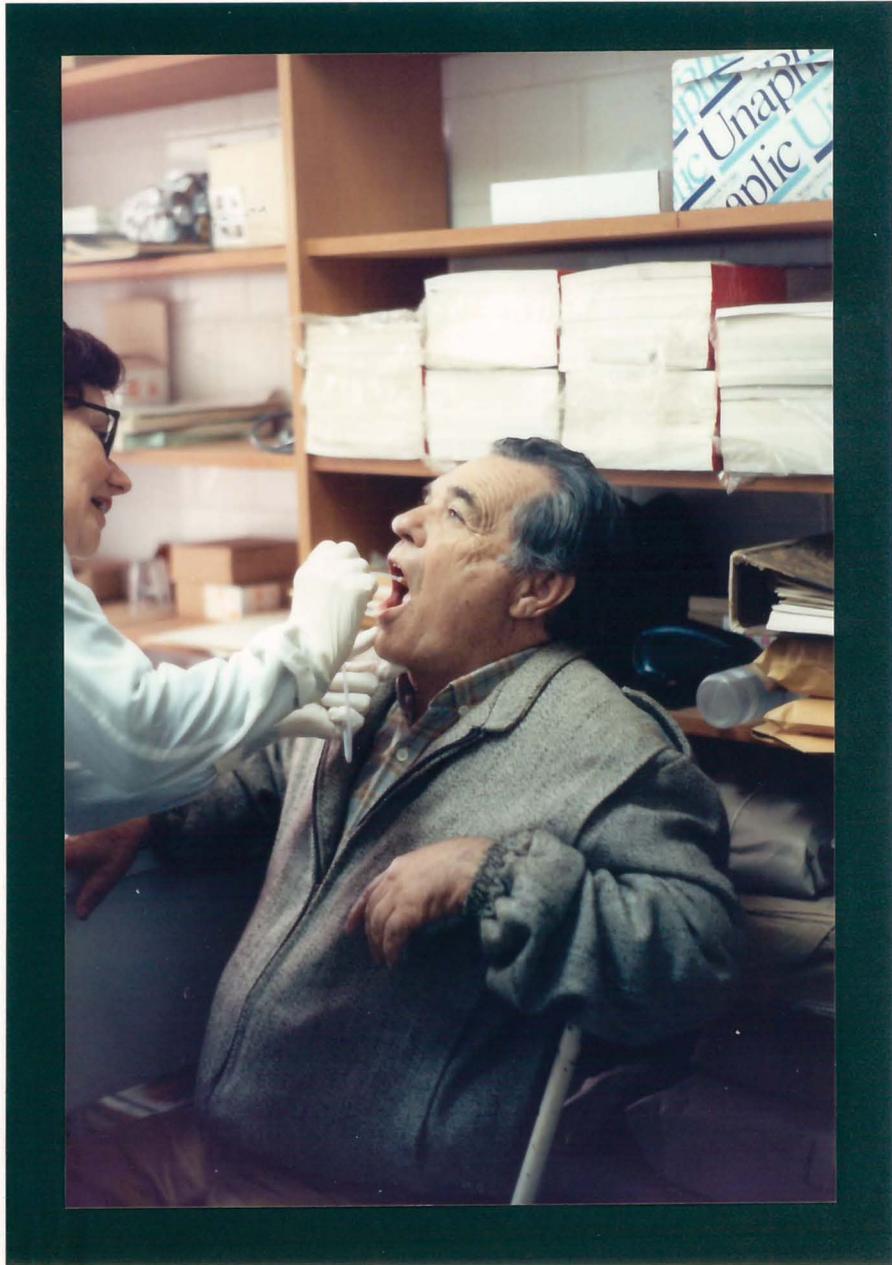
REGISTRO DA PESQUISA





REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS





EXAME COM BALÃO CHINÊS