EDUCAÇÃO DO PÚBLICO EM CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA

LEANDRO SANCHEZ QUEIROZ JÚNIOR

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Prática de Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Ruth Sandoval Marcondes.

São Paulo
1979

À RUTH SANDOVAL MARCONDES,

mais do que orientadora e amiga,
um exemplo a ser seguido.

À MEUS PAIS,

cujo estímulo nunca me faltou
durante todas as fases de mi-
nha formação.

À ANGELA,

pela compreensão e dedicação.

À TODOS que,

direta ou indiretamente, cola-
boraram para a realização des-
te trabalho.

Í N D I C E

	pág.
1. RESUMO.....	iv
2. SUMMARY.....	vi
3. INTRODUÇÃO.....	1
4. CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	4
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA.....	7
CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA.....	9
5. METODOLOGIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA.....	16
CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	17
SITUAÇÃO ATUAL DAS COMUNICAÇÕES NO BRASIL.	23
MÉTODOS DE EDUCAÇÃO DO PÚBLICO.....	28
6. EXPERIÊNCIAS EM CAMPO.....	44
ALEXANDRIA, EGITO.....	47
MACAË, RJ.....	54
SÃO PAULO, SP.....	61
PETRÓPOLIS, RJ.....	63
7. CONCLUSÕES.....	69
8. RECOMENDAÇÕES.....	71
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74

RESUMO

Este trabalho analisa quatro campanhas de Saúde Pública realizadas em Alexandria, no Egito; Macaé, São Paulo e Petrópolis, no Brasil, do ponto de vista da penetrabilidade e rendimento dos métodos utilizados para a educação do público com respeito à vacinação. Tece também considerações sobre o histórico da comunicação, a situação atual das comunicações no Brasil e a metodologia da Educação em Saúde Pública.

SUMMARY

This paper is intended to analyze four Public Health campaigns conducted in Alexandria, Egypt; Macaé, São Paulo e Petrópolis, Brazil, from two stand-points: the percentage of people reached and the efficiency of the methods to promote public education with regards to immunization. It also relates to the history of communication, the present communication trend in Brazil and the methodology for Public Health Education.

INTRODUÇÃO

Campanhas de Saúde Pública, que visam principalmente à vacinação de determinados grupos de população humana ou animal, foram desaconselhadas, salvo em situações de emergência, pelo Seminário sobre Situação de Saúde nas Áreas Metropolitanas Brasileiras, reunido em São Paulo em 1975 sob o patrocínio do Ministério da Saúde². No Brasil, entretanto, elas ainda ocorrem com frequência.

A realização de tais campanhas possivelmente decorre da crença de que o povo não está suficientemente "educado" para procurar espontaneamente as Unidades prestadoras de serviços de saúde a nível de prevenção primária com o fim de receber as atenções que lhe são devidas e às quais tem direito.

Tendo em vista que para ocorrer a educação, processo que visa à mudança de conhecimentos, atitudes e práticas de uma população, o fator tempo deve ser considerado, seria pueril acreditar que ela se daria a curto prazo, mormente em um País de dimensões continentais como o nosso. Com uma população de mais de 115 milhões de habitantes com características sócio-econômico-culturais as mais diversas, para muitos deles ainda não são acessíveis os métodos de Educação em Saúde Pública de que se dispõe.

Parece, portanto, inevitável que enquanto os esforços educativos que vêm sendo realizados pela Divisão Nacional de Educação em Saúde, através das Secretarias de Saúde das diversas Unidades da Federação, não surtirem o impacto necessário e desejado, as campanhas deverão continuar prestando sua colaboração para a redução da morbi-mortalidade infantil

devida a doenças transmissíveis, controláveis através do uso rotineiro de imunizações ativas.

Admitindo-se então a necessidade de que as campanhas de Saúde Pública devam continuar a ocorrer e analisando o desenvolvimento das atividades de cada uma de suas etapas, verifica-se que grande parte dos recursos financeiros a elas destinados é consumida na fase de divulgação, na qual vários métodos de educação do público são utilizados para tentar alcançar os objetivos propostos.

Este trabalho tem por objetivo analisar métodos de Educação em Saúde dirigidos ao público e utilizados em campanhas já realizadas, numa tentativa de evidenciar sua penetrabilidade e a resposta à ação que sugeriram, a fim de oferecer subsídios para a otimização de esforços e verbas a serem empregados com métodos educativos em futuras campanhas de serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os sistemas de cuidados na área da saúde individual e coletiva, decorrentes da evolução da tecnologia, devem necessariamente enfatizar as atividades de prevenção de doenças em oposição ao tratamento ou tentativa de cura. Isso constitui necessidade social e é de fundamental importância econômica, especialmente em relação a determinadas doenças para as quais existem medidas de prevenção através de imunização ativa.

Tal procedimento foi oficialmente preconizado pela International Conference on Primary Health Care, promovida pela Organização Mundial da Saúde e Unicef em Alma Ata, setembro de 1978 ²⁴.

Atento para este fato, o Governo Federal, através de legislação básica sobre Vigilância Epidemiológica e Imunizações, em especial a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1976 ²⁶, regulamentada através do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976 ¹², dispõe sobre o Programa Nacional de Imunizações. Ao Ministério da Saúde é atribuída responsabilidade pelas ações relacionadas com o controle das doenças transmissíveis e pela orientação de sua execução, consoante dispõe o artigo 1º da Lei nº 6.229, inciso I e seus itens a e d, de 17 de julho de 1975 ²⁵.

Em seu título II o mesmo Decreto nº 78.231 torna obrigatórias em todo Território Nacional as vacinações contra as doenças controláveis por esse método de prevenção e consideradas relevantes no quadro nosológico do País. Ainda em seu título III vincula o pagamento de salário família à apresentação do atestado de vacinação obrigatória, exigência que

vigora desde 19 de julho de 1978.

Tais providências legais evidenciam a importância atribuída pelo Governo Federal às atividades de prevenção em caráter rotineiro e cotidiano.

Com isso tenta-se *"evitar a promoção de campanhas de vacinação, por serem limitadas e só servirem para consertar inadequações prévias e combater situações anormais, catastróficas, por exemplo"*².

Embora entre as medidas prioritárias recomendadas pelo Grupo de Trabalho sobre Moléstias Transmissíveis, reunido em São Paulo em 1976 durante o Seminário sobre a Situação de Saúde nas Áreas Metropolitanas Brasileiras, esteja a de se evitar, sempre que possível a utilização de campanhas de vacinação², ainda ocorre a necessidade do emprego de tal método de trabalho em Saúde Pública.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Saúde e Educação são dois substantivos femininos que possuem uma característica comum: a dificuldade de adjetivá-los propriamente, tendo em vista que os dois podem ter significados diferentes para diferentes pessoas e, via de regra, são mensurados tendo como parâmetros seus opostos, isto é, a doença e a falta de educação.

Saúde, como definida pela Organização Mundial da Saúde em 1946 (*"um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade"* ⁴⁵), coloca-se como um valor a que todos aspiramos, mas que nenhum de nós pode alcançar porque utópico enquanto completo, já que não se tem parâmetro para medir o que seria "completo bem-estar". Contudo, essa definição promoveu um evidente avanço na concepção universal de saúde, visto que extrapolou o critério físico-somático, tal como se entendia até então, alcançando os aspectos mentais e sociais que alargaram e normemente seu campo de ação e compreensão.

Em 1938, Perkins já havia apresentado um conceito mais dinâmico que os aceitos na época, embora nos pareça mais abrangente: *"saúde é um estado de relativo equilibrio de forma e função do organismo, que resulta de seu ajustamento dinâmico satisfatório às forças que tendem a perturbá-lo. Não é um inter-relacionamento passivo entre a matéria orgânica e as forças que agem sobre ela, mas uma resposta ativa do organismo no sentido do reajustamento"* ³².

Em resumo, parece-nos que o conceito de saúde se expressa corretamente quando o indivíduo, mediante luta com

os conflitos que a interação com o mundo físico, mental e social lhe impõe, consegue resolver os problemas e suas contradições, respeitando ou modificando parcial ou totalmente a situação em que se encontra. A saúde corresponde então a um estado de vitalidade física, mental e social que permite ao homem enfrentar os conflitos e lograr soluções para os mesmos.

Saúde Pública, por outro lado, teve sua definição postulada em 1920 por Winslow^{4 4}: *"Saúde Pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde"*.

Tendo suas raízes no latim, o termo Educação (educatio ou educere), significa formar, tirar para fora. O processo educativo, por via de consequência, se propõe a oferecer algo mais que a simples transmissão de conhecimentos. Antes, deve propiciar ao indivíduo a integração à sociedade da qual é membro, auxiliando-o a traçar e alcançar seus objetivos de vida.

*"A educação envolve motivação, reação, interação e mudança ou reforço de comportamento"*⁵, daí a relação com a etimologia do termo.

A XII Assembléia Mundial da Saúde, patrocinada pela Organização Mundial da Saúde, definiu Educação em Saúde

Pública como *"a soma de experiências de um indivíduo, grupo ou comunidade, que influenciam suas atitudes e comportamentos, assim como os processos e esforços necessários para produzir essas mudanças"*¹³.

Segundo Marcondes (1971), é objetivo mediato da Educação em Saúde Pública *"o reajuste dos valores culturais da comunidade para conseguir a melhoria de suas condições de vida nos aspectos físicos, sociais e emocionais, com base nos conhecimentos científicos. Seu objetivo imediato consiste em ajudar a comunidade a compreender os programas de saúde e a participar deles"*²⁷ (o grifo é nosso).

De acordo com Oberteuffer, o objetivo final da Educação em Saúde Pública é *"liberar as forças potenciais do homem, energias e virtudes, de modo que sua ação se torne amplamente satisfatória e humanamente construtiva em saúde"*³¹. Baseando-se nessa afirmação, Bicudo Pereira (1977) conclui que *"as descobertas científicas são importantes e válidas (...). No terreno da Saúde o comportamento é mais importante que qualquer conhecimento ou atitude. A idéia é impotente, se desligada da ação"*⁵.

Em resumo, espera-se que a Educação em Saúde Pública leve o homem, ultrapassado o mero conhecimento, a desenvolver atitudes positivas frente às informações recebidas e as transforme em práticas efetivas conducentes à saúde, integrando-as no contexto diário de sua vida.

CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA

Campanha, como citado no Minidicionário da Língua Portuguesa de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira¹⁷, é a

"série de operações militares que visam um objetivo definido, numa mesma área geográfica; conjunto de esforços para atingir um fim".

No âmbito da Saúde Pública, campanha teria o mesmo sentido, apenas não envolvendo obrigatoriamente operações militares, embora termos até agora de uso predominantemente militar, tais como estratégia, logística, comboio, já comecem a fazer parte da terminologia dos que trabalham nesta área.

A estratégia de uma campanha de vacinação compreende uma série de atividades agrupadas em três fases: a de preparação, a de ataque e a de vigilância epidemiológica⁶.

Nosso objetivo relaciona-se com a primeira fase, razão pela qual será a única focalizada no presente trabalho.

Na fase de preparação de uma campanha são reunidas informações básicas relativas à área a ser trabalhada, especialmente as pertinentes à composição etária da população e sua distribuição urbana e rural, práticas e padrões culturais da população, meios de transporte disponíveis, acidentes geográficos e canais de divulgação existentes (jornais, rádios, TVs)^{2 3}.

Embora a Educação em Saúde se desenvolva em todas as atividades das três fases, é na fase de preparação que ela se reveste de especial importância, visto que visa a incutir na população a necessidade de determinadas práticas que conduzam à saúde.

Holmes (1962), citado por Marcondes (1971), vincula a mudança de comportamento à utilização de três métodos principais: coerção, instrução e educação¹⁸.

A coerção (uso da força) raramente produz resultados permanentes e a mudança, nesse caso, depende de contínua supervisão; a instrução direta dos indivíduos ou de grupos tem se mostrado insuficiente para consecução dos objetivos da Educação em Saúde, já que parte do pressuposto de que é suficiente informar as pessoas sobre práticas conducentes à saúde para que passem a agir de acordo com as informações recebidas, o que nem sempre ocorre; a educação, planejada e contínua, usando métodos adaptados a cada situação, propicia mudanças em escala superior aos procedimentos anteriores e em caráter permanente, sempre que houver aprendizagem e compreensão por parte dos indivíduos de que a mudança lhes será benéfica⁴.

Se tentarmos uma aproximação dos objetivos da Educação em Saúde Pública com os de uma campanha de Saúde Pública em sua primeira fase, ou seja, a de preparação da área a ser trabalhada, é fácil concluir que a comunicação entre a equipe de saúde encarregada do desenvolvimento da campanha e a população-alvo é fundamental, e que a metodologia a ser adotada é responsável em grande parte pelo sucesso ou não do trabalho.

Na primeira fase de uma campanha a comunicação com a população envolve basicamente o que se define como "propaganda".

Para Renzo Modesti propaganda "é uma comunica-

ção dirigida a convencer as pessoas que ela orienta para determinada decisão de demanda", enquanto Howard Geltzer a define como "a aplicação comercial da arte da persuasão humana", ambos citados por Simões em seu livro "Marketing Básico"⁴⁰.

A reação favorável da população à propaganda está condicionada a vários pontos, a saber:

- a. à emissão da mensagem, que deverá ser feita de modo a ser compreendida facilmente pelo receptor ou população;
- b. à escolha de canais ou códigos para a transmissão da mensagem, tanto sonoros (palavra falada, música) como visuais (palavra escrita, ilustração), que podem ser usados em conjunto ou separadamente, e
- c. à decodificação, ou seja, à forma como a população interpreta a mensagem.

Para se ter resultados satisfatórios nessa fase da campanha é de fundamental importância que haja um planejamento cuidadoso da propaganda, que se inicia pela definição clara e precisa das metas que se tem em vista e das tarefas a serem desempenhadas para atingi-las, bem como dos recursos materiais e humanos necessários e do cronograma a ser observado. O planejamento dessa fase tem finalidade ordenadora e coordenadora das ações chamadas publicitárias e deve incluir parâmetros que permitam avaliar os resultados atingidos após a consecução do trabalho de divulgação.

Poderíamos resumir um plano publicitário em quatro etapas:

1. determinação de metas, sempre quantificadas, fase que implica na coleta de informações e análise que visa à identificação de obstáculos e pontos favoráveis;
2. estabelecimento da estratégia, na qual deverão merecer atenção.
 - o público-alvo, com suas características de comportamento, linguagem, localização geográfica,
 - o conteúdo da mensagem, e
 - a fixação dos canais publicitários que mais atingem o mercado-alvo;
3. estabelecimento de meios de controle, em que se situa o material humano nas diversas posições hierárquicas dentro da campanha;
4. estabelecimento de critérios e instrumentos de avaliação da fase de divulgação, em termos de aceitação e alcance das metas propostas.

Para que o plano seja completo e exequível é necessário que se conheça a verba disponível para essa fase da campanha, encarando-se a mesma não como despesa, mas como investimento, já que ela retornará aos cofres públicos através da redução do absenteísmo dos pais por doença dos filhos ou deles próprios, com conseqüente aumento da produtividade e da menor necessidade de investimento na recuperação de doentes em hospitais da rede pública, via de regra mais procurados em caso de isolamento por doenças infecto-contagiosas, alvos mais comuns de campanhas de prevenção.

Conhecida a verba disponível, sua alocação dependerá dos métodos de educação do público a serem utilizados e do momento certo da sua utilização visando à maximização do retorno da propaganda.

A seleção do método deve considerar:

- a. penetrabilidade - seu alcance em termos de audiência;
- b. composição da audiência - características sócio-econômico-culturais;
- c. audiência cumulativa - número de pessoas que potencialmente serão atingidas uma ou mais vezes, e
- d. sobreposição - possibilidade de diversos métodos atingirem a mesma audiência.

O melhor método, via de regra, é aquele que atinge o maior número de pessoas pelo menor custo.

A escolha depende também da verba disponível, da natureza da mensagem a ser divulgada e do custo dos diferentes métodos.

O público é, na realidade, um conjunto de indivíduos espalhados numa área geográfica, que não se relacionam entre si necessariamente e possuem interesses heterogêneos. Não é um grupo organizado e nem sempre possui tradição e costumes comuns, estando sujeito a fatores psicológicos e/ou sociais que despertam nele desejos em decorrência do processo motivacional, interveniente e modelador a que estiver exposto⁴⁰.

O público é levado por vários fatores a tomar

uma decisão para praticar um ato. Essa tomada de decisão é o resultado da pressão exercida, entre outros, pelo volume de informações e depende não só do seu fluxo, mas também da decodificação que delas se faça. Nesta decodificação vão interferir elementos como disponibilidade de renda, cultura, ambiente e outros que, na área de atuação, evidenciam um gradiente de variabilidade que precisa ser observado com cuidado quando da divulgação de uma campanha de Saúde Pública.

Os motivos que levam a população a tomar posição em relação a algo que está sendo divulgado com caráter promocional podem ser englobados em três classes: econômicos, egoístas e altruístas. Qualquer dos três pode levar o indivíduo a fazer uso dos serviços de saúde. O econômico, pelo fato de que o atendimento, via de regra, é gratuito nas Unidades prestadoras de serviços na área de prevenção primária; o egoísta, porque é um benefício que presta à sua própria saúde; o altruísta, que envolve o desejo de boa ação ou o instinto paternalista dos responsáveis e que os impele a levarem seus filhos às Unidades para auferirem dos serviços oferecidos.

É imprescindível atentar para a predisposição interior quanto à aceitação da campanha, principalmente no que diz respeito a experiências anteriores a que foi submetida a população-alvo. A atitude da população envolve a aceitação da Unidade Sanitária e a credibilidade de que goza, que influenciarão no desejo de participar das atividades a serem desenvolvidas.

**METODOLOGIA
DA EDUCAÇÃO
EM SAÚDE PÚBLICA**

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Com o fim de compreendermos melhor a metodologia da Educação em Saúde Pública, faremos uma incursão na área da comunicação, que fornece os fundamentos para os diversos métodos.

Define-se comunicação como "*o ato pelo qual um espírito afeta o outro*"⁴². Disto inferimos que a comunicação é um fato bem antigo, permitindo-nos afirmar, sem margem de erro, que ela tem a idade do próprio homem, já que os homens se comunicam desde os primeiros tempos de sua existência.

À distância de muitos milênios, a "linguagem" dos primeiros habitantes de nosso planeta resumir-se-ia em "roncos" ou "guinchos" que eram o ensaio da fala, tal como a conhecemos atualmente. A mímica teria vindo ajudar esses homens em sua comunicação primitiva, juntando-se muitas vezes em associação com os sons emitidos³⁷.

A inteligência, talvez elementar, de que o homem era dotado então conduziu-o à linguagem falada, distanciando-se, dessa forma, do animal dito irracional.

A comunicação oral evoluiu para a comunicação através de sinais e símbolos, conforme provam investigações arqueológicas realizadas na atualidade e que descobriram desenhos nas paredes das cavernas onde habitaram homens pré-históricos.

Entretanto, foi cerca de 105 anos A.C. que na China se desenvolveu o papel e a tinta, passando a comunicação escrita a ser efetuada como a conhecemos em nossos dias.

Próximo do ano 450 da Era Cristã aconteceu a

primeira tentativa de impressão de tipos na Ásia, sendo o "Diamond Sutra" o mais velho livro impresso conhecido, datado de 868 D.C.

Entre os anos 900 e 1450 houve grande progresso nos processos gráficos de impressão. Nessa época desenvolveram-se na China os tipos removíveis e na Coréia os tipos de metal fundido, sendo esses últimos aperfeiçoados por Guttemberg e outros na impressão manual com tinta verniz.

Ainda no século XV, mais precisamente em 1456, Guttemberg publica sua "Bíblia" de 42 linhas.

Entre 1450 e 1550 a impressão, partindo da Alemanha, invade a Europa. Em 1476 Caxton funda a primeira gráfica na Inglaterra, enquanto Aldus começa a imprimir na Itália em 1494.

No ocidente coube ao México, em 1539, a inauguração do primeiro serviço gráfico, seguindo-se as colônias americanas em 1638. O mais antigo livro publicado na América, The Bay Psalm Book, data de 1640.

A imprensa começa com a forma de "corantos", que são impressos de folha única, contendo notícias, publicados em Amsterdam no ano de 1621. O primeiro "coranto" inglês é lançado em 1622.

A imprensa, como a conhecemos nos dias atuais, aparece em 1665 em forma do primeiro jornal inglês, "London Gazette", seguido pelos americanos que publicam em 1690 o seu primeiro jornal "Public Occurrences", em Boston, que só conheceu seu primeiro número.

O jornalismo diário data de 1702, quando os ingleses lançam "The Daily Courant", seguidos pelos americanos em 1704 com "The Boston News-Letter".

A revista tipo "magazine" aparece em 1731, com o lançamento de "The Gentleman's Magazine", em Londres, mais uma vez seguida pelos americanos, que em 1741 publicam em Filadélfia o "American Magazine".

O processo de estereotipia é desenvolvido em 1805, propiciando o aparecimento do clichê, que dá grande impulso ao jornalismo.

Em 1897 os irmãos Fourdrinier aperfeiçoam o sistema de confecção de papel e sete anos depois aplica-se o vapor para movimentar as máquinas gráficas, agora já operando à base de cilindros de impressão.

Um método prático, embora primitivo, de fotografia é inventado por Daguirre em 1839 e passa a se denominar daguerrôtipo.

Data de 1844 um novo e vigoroso impulso nas comunicações, quando Morse envia sua primeira mensagem telegráfica.

Em 1853 surge o papel feito de polpa de madeira, processo que perdura para fabricação até os dias atuais.

Grande avanço nas comunicações internacionais acontece em 1857 com a inauguração do primeiro cabo transatlântico, seguido dez anos depois pela invenção da primeira máquina de escrever prática.

O processo de impressão fotográfica é desenvol

vido em 1872, propiciando o aparecimento do primeiro jornal ilustrado diário no ano seguinte. A autotipia ou fototipografia, processo de fotogravura pelo qual se reproduzem figuras ou imagens destinadas à impressão tipográfica por meio de uma retícula apropriada, através da qual o objeto é fotografado e depois gravado sobre uma placa de metal, foi desenvolvida em 1880.

O telefone é inventado por Graham Bell, que realiza a primeira ligação telefônica através de fios em 1876, e no ano seguinte Edison inventa o fonógrafo.

Em 1886 Mergenthaler introduz a linotipia nos processos gráficos, que propicia a composição e fundição de caracteres tipográficos por linhas inteiras. Mais tarde desenvolve-se também o processo de impressão em "off-set".

O projetor de cinema é aperfeiçoado e os primeiros filmes são mostrados ao público em 1894. No ano seguinte Marconi envia e capta mensagens telegráficas por processo que dispensa o uso do fio, mas apenas em 1903 é realizado o primeiro filme que conta com um enredo em forma de história, intitulado "The Great Train Robbery".

Em 1904 a primeira telefoto é enviada de Munich e captada em Nuremberg, provando a viabilidade do processo.

Um passo decisivo para a comunicação é dado em 1906, quando Fessenden transmite a voz humana pelo rádio, propiciando o aparecimento das primeiras emissoras regulares: a 8MK de Detroit e a KDKA de Pittsburg.

Como complemento da transmissão da voz humana através do rádio, as primeiras imagens de televisão são geradas em 1923, época em que houve a primeira transmissão entre New York e Filadélfia, seguida três anos mais tarde pela Inglaterra, quando no Royal Institute de Londres as primeiras imagens de televisão foram mostradas ao público³⁶, contemporâneas da instalação da primeira rede de rádio, então a NBC, nos Estados Unidos.

Em 1927, com o filme "Jazz Singer", inicia-se a era do cinema falado, tendo, no ano seguinte, Walt Disney lançado seu primeiro desenho animado.

A emissão de ondas de radiofrequência em FM foi desenvolvida pelo Major E.H. Armstrong, em 1935.

A primeira emissão de televisão diária na Europa ocorre em 1936 através da BBC de Londres, mas apenas em 1941 houve autorização para seu funcionamento, em bases comerciais, nos Estados Unidos.

Sete anos depois, isto é, em 1948, há o início da grande expansão da televisão. De 100.000 aparelhos comercializados nos Estados Unidos até o início desse ano, alcança-se a cifra de 1.000.000 produzidos apenas durante o ano considerado.

No Brasil, país pioneiro em televisão em toda a América Latina, a primeira emissão ocorre em 1950 através da PRF-3 de São Paulo.

Em 1952, permite-se o licenciamento de novos canais de televisão nos Estados Unidos e a TV rapidamente se

espraia pelo continente, já sendo o esboço de poderosas redes, como a ABC e a NBC dos dias atuais.

A pesquisa nessa área leva ao desenvolvimento da televisão em cores, que começa a operar em caráter regular e comercial por volta de 1954, nos Estados Unidos.

O desenvolvimento do video-tape permite mais tarde que os programas sejam produzidos em uma central geradora e repetidos nos mais longínquos pontos do país, fato que é rapidamente superado pelo aparecimento do sistema de micro-ondas, que leva o acontecimento no momento em que ele ocorre a todos os pontos ligados por elas, seja através do sistema de visada direta terrestre, seja através do uso de satélites.

O universo das comunicações é imenso e variado, podendo ser utilizado a qualquer momento e em qualquer ponto do país, por mais longínquo que seja, especialmente depois do aparecimento dos transistores e diodos que, além de propiciarem a miniaturização de rádios e televisores, ainda reduzem o consumo de energia de tal forma que podem operar com pilhas ou baterias, dispensando a corrente elétrica.

SITUAÇÃO ATUAL DAS COMUNICAÇÕES NO BRASIL³⁴

O atual Governo Brasileiro tem se preocupado de maneira muito especial com a comunicação de massa. Em diversas ocasiões foram divulgados estudos e realizadas apreciações sobre as finalidades sociais da radiodifusão, televisão, o emprego adequado de suas programações e os problemas decorrentes de sua má utilização.

Tais problemas de grande repercussão e delicadeza de trato têm sido apresentados, através de congressos e reuniões, aos empresários de rádio e televisão, a associações de publicitários e de anunciantes e a especialistas em comucação de massa.

Para enfocarmos a situação atual das comunicações, deveríamos abordar uma imensa gama de nuances que incluiria aspectos de telecomunicações públicas (política, pesquisa, desenvolvimento, nacionalização de equipamentos, sistema brasileiro de comunicação por satélite, comunicação de dados, situação da Embratel, serviço móvel marítimo, cabos submarinos), aspectos relacionados a serviços postais e telegráficos (metas, malotes, telegramas, posição da ECT), além de atividades do Ministério das Comunicações, como administrador que é da política de comunicações no País.

Como nosso trabalho não comporta tratamento aprofundado de todos esses itens, apresentaremos uma visão suscinta, com embasamento predominantemente histórico, tomando como base o Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND).

As atividades desenvolvidas pelo Ministério

das Comunicações e empresas a ele vinculadas podem ser bem avaliadas pela apreciação da execução do II PND, com início a 1º de janeiro de 1975 e término a 31 de dezembro de 1979.

Estudando-se a evolução do sistema Telebrás de 1974 até 1977, verificamos que os serviços telefônicos urbanos, em termos de sua utilização, têm crescido na mesma proporção que o número de telefones em serviço, enquanto o crescimento do serviço interurbano é maior. O serviço internacional tem experimentado um crescimento muito superior ainda ao do serviço interurbano, como decorrência do desenvolvimento da economia do País.

Paralelamente a esse desenvolvimento houve a integração operacional das companhias telefônicas. Em 1974 existiam, em todo o Brasil, 831 companhias diferentes, em sua maioria de pequeno porte. O II PND não fixava metas para esse valor e a previsão atual é de que, no final de 1979, existirão 447, com a fusão de companhias de pequeno porte.

O II PND estabelecia, para o final de 1979, o atendimento de 3.200 dos 3.900 municípios existentes no Brasil. Em dezembro de 1974 estavam atendidos 2.432 e a previsão atual é que se deve chegar a 3.136, ligeiramente abaixo do que se havia estimado. Considera-se atendido o município que tenha rede telefônica ou apenas um telefone ou posto público.

Em relação à rede de telex, havia o objetivo de se atingir 22.000 terminais no final de 1979. Esta meta deverá ser bastante ultrapassada, tendo em vista a previsão de se chegar a 38.140 ao final de 1979, o que corresponderá a uma

execução 73% superior ao previsto.

O serviço de telegramas retornou oficialmente à atribuição da Empresa de Correios e Telegráfos (ECT) pela Lei Postal nº 6.538, de 22 de junho de 1978.

A ECT já vinha se aparelhando para dar a esse serviço uma qualidade melhor. A antiga rede de telex da ECT, que saiu de uso com a implantação da rede da Embratel em 1975, passou a ser utilizada integralmente para encaminhamento de telegramas entre suas agências. Esta rede deu condições para a melhoria do serviço de telegramas que, entre as localidades servidas pela rede, já estão sendo normalmente entregues no mesmo dia em que são passados, ficando pequena percentagem para o dia seguinte. Estão sendo preparadas diretrizes para utilização, pela ECT, da rede das empresas telefônicas, para encaminhamento dos telegramas de e para as localidades em que o número de telegramas enviados e recebidos é baixo, inferior a 500 por mês.

Implantado ainda pela ECT, o sistema de Rede Postal Aérea Noturna, através de aviões fretados com companhias comerciais, propicia atualmente uma entrega no dia imediato àquele em que a correspondência foi postada, na maioria das capitais brasileiras, desde que a agência expedidora também se localize em uma dessas capitais.

No que concerne à radiodifusão oficial executada diretamente pelo Ministério das Comunicações, o II PND referiu-se, apenas, à criação de uma Empresa de Radiodifusão em âmbito nacional, visando a consolidar, em uma única organização, todas as empresas pertencentes ao Governo Federal. Essa entidade deveria provocar redução nos custos operacionais, padroni

zação dos equipamentos e materiais usados e, conseqüentemente, maior eficiência do sistema. Outro objetivo que se tinha em vista era a cobertura, pela radiodifusão, de toda a região amazônica, de modo a manter sua integração no Território Nacional.

Uma das iniciativas marcantes do Ministério das Comunicações no atual Governo foi a criação e constituição da Radiobrás, que correspondeu à execução da meta do II PND.

A Radiobrás teve como atribuição prioritária a implantação de serviços de radiodifusão para atender à região amazônica. Com esse objetivo, foi preparado um plano de instalação de emissoras de onda média, com transmissores de 10KW em várias cidades da amazônia. O projeto prevê a implantação, a curto prazo, em dez cidades, de dez emissoras de onda média e seis de onda tropical.

A implantação das estações em onda média será feita progressivamente e, além disso, cobrirá apenas as localidades em que forem instaladas, continuando sem atendimento larga região da amazônia. Por ocasião da elaboração do II PND, previam-se transmissões em inglês, alemão, francês e espanhol para todos os continentes. O Ministério das Relações Exteriores informou, no entanto, que as transmissões que foram feitas durante mais de dois anos tinham muito pouco público na Europa, sendo desprezível o seu efeito, tendo sido então canceladas.

Como uma emissora em onda curta, localizada em Brasília, pode atender toda a amazônia, a Radiobrás, autorizada pelo Ministério das Comunicações, decidiu, uma vez suspen-

sas as transmissões em onda curta que estavam sendo feitas para a Europa, construir antenas dirigidas para a amazônia e, utilizando um transmissor de 250KW, em setembro de 1977, foi iniciado o serviço de onda curta, que permite a cobertura total da amazônia.

Ainda, em relação à execução das atividades diretas pelo Ministério, cabe mencionar a elaboração do Plano de Distribuição de Canais em Onda Média, que não constou especificamente do II PND, mas que era um projeto antigo, iniciado em 1966, que veio a racionalizar a utilização dos canais de radiodifusão em onda média no Brasil.

Atualmente, contamos com 1.329 emissoras consignadas no Plano de Onda Média em todo o País, sendo que 943 cidades contam com emissoras de radiodifusão.

Durante a execução do II PND ainda merece menção o aumento do número de estações com frequência modulada, onda tropical e de televisão, devido à publicação, em maior número, de editais de concorrência e respectivas outorgas.

No plano da radiodifusão em onda tropical encontramos 107 emissoras em operação para um total de 620 em disponibilidade, o que representa 17,25% do total disponível.

Quanto às emissões em frequência modulada, 244 operam atualmente no País, para um total disponível de 1.030 canais, sendo o percentual de ocupação de 23,69%.

Atualmente existem no País 121 canais de televisão ocupados, de um total de 734 disponíveis, o que nos dá um percentual de ocupação da ordem de 16,46% ³⁴.

MÉTODOS DE EDUCAÇÃO DO PÚBLICO

Método, de acordo com Nérici, é o "*planejamento geral das ações segundo determinado critério e representa a maneira de conduzir o pensamento ou as ações para alcançar um objetivo e obter maior eficiência no que se deseja realizar*"³⁰.

Técnica, um termo menos abrangente, indica como agir concretamente para alcançar um objetivo. Técnica é "*a maneira como são utilizados os elementos da aprendizagem para que esta se realize no educando*"³⁰.

Os princípios de aprendizagem (motivação, repetição, participação, associação, transferência e outros) devem nortear os métodos educativos que visam a garantir que os conhecimentos cheguem aos indivíduos e assegurar sua participação efetiva nas diversas fases da campanha, através da compreensão das novas idéias e de sua adoção.

À luz dos ensinamentos da Pedagogia, podemos classificar os métodos educativos de várias maneiras. Em Educação em Saúde geralmente são assim categorizados:

A. Métodos de educação individual

- entrevista
- demonstração
- conversa por telefone
- instrução programada

B. Métodos de educação de grupos

- demonstração
- palestra, aula

- discussão em grupo
- simpósio
- painel
- forum
- dramatização

C. Métodos de educação do público

- rádio
- televisão
- imprensa
- impressos (volantes, folhetos, "folders", cartas circulares)
- cartazes
- cinema
- teatro
- exposição

As duas primeiras categorias de métodos implicam em um contato pessoal entre educador e educando, por isso chamados de métodos pessoais, enquanto a última é impessoal, isto é, prescinde do contato "face-a-face", propiciando um alcance maior.

É importante salientar a influência indireta (informação de um educando a outro), de singular efeito multiplicador na educação, que se poderia enquadrar entre os métodos de educação individual, guardadas as ressalvas pertinentes, visto que o educador não está diretamente envolvido no processo ensino-aprendizagem.

Durante a realização de uma campanha de Saúde Pública podemos, em resposta a um planejamento prévio, lançar

mão de um ou mais métodos entre os citados. Devemos levar em conta que, entre diversos estudos realizados, o Extension Service of the U.S. Department of Agriculture⁴³ fez publicar um dos mais completos, do qual extraímos alguns dados.

A importância relativa de cada uma das categorias na adoção de práticas foi a seguinte:

Métodos de educação individual.....	24,8%
Métodos de educação de grupos.....	32,8%
SUB-TOTAL (métodos diretos e pessoais).....	76,6%
Métodos de educação do público.....	23,4%
Influência indireta (informação de educando a outros).....	19,0%
T O T A L.....	100,0%

Este estudo evidenciou também a importância dos métodos diretos e pessoais na adoção de práticas (76,6% do total).

A importância cumulativa do uso de vários métodos simultâneos foi comprovada quando, nesse mesmo estudo, o número de diferentes métodos foi aumentado de um para nove e o número de famílias adotando mudanças de comportamento subiu de 35 para 98%.

Em geral o emprego de métodos impessoais é eficaz quando:

- o assunto a ser ensinado é simples;
- a prática recomendada é semelhante à prática corrente;
- o nível de inteligência e instrução do educando é elevado.

Os métodos pessoais são preferíveis quando não são atendidas aquelas características. Em trabalhos que utilizam métodos de educação individual, certas variáveis devem ser consideradas na seleção do método: a personalidade do educador, o problema em pauta, a capacidade do instrutor e o grau de interesse do educando. Nos trabalhos de educação de grupos somam-se a estas a coesão e o tamanho do grupo, além do interesse dos participantes.

Os estudos^{4,5} mostraram ainda que os métodos de educação do público têm valor no processo de criação ou de mudança de percepção; os métodos de educação de grupos, na motivação, e de educação individual, na decisão para agir.

Tendo em vista que as campanhas de Saúde Pública em geral se dirigem à população de uma área delimitada, mas nem sempre pequena, os métodos mais frequentemente empregados são os de educação do público.

R á d i o

O primeiro trabalho que versa sobre rádio, tentando evidenciar as variáveis relevantes no estudo de sua eficiência como método de educação data de 1935¹. Cantrill e Allport comparavam então as reações de um grupo de pessoas quando ouviam um programa de rádio e quando se defrontavam com o locutor em pessoa; usando os mesmos alunos e instrutores, em outra ocasião, compararam aulas comuns com aulas pelo rádio, concluindo de seus estudos que as diferenças foram tão pouco significativas que o rádio praticamente se ombreava como método de educação vis-à-vis a educação formal.

Pesquisadores que os precederam, tais como Katz e Eisenberg (1945), auferiram que o ouvinte compreende e retém melhor aquilo que, embora com fins educativos, chega até ele em forma de recreação.

Harrel, Brown e Schramm, em 1949¹⁵, postularam após estudo que a apreensão por parte do educando é tanto maior quanto menor for o número de tópicos inseridos em um mesmo programa.

Quanto à forma de apresentação dos programas de rádio, pesquisa realizada por Goldwin em 1948 evidencia que a retenção por parte do educando é consideravelmente mais alta quando a apresentação é feita através de palestras, seguindo-se a entrevista e, por último, com significativa diferença para o segundo, a dramatização.

Os programas educativos pelo rádio têm pequena audiência, já que os indivíduos não ouvem indiscriminadamente qualquer tipo de programa veiculado. Lazarsfeld e Kendall, em pesquisa que realizaram em 1948, demonstraram que, embora o rádio permaneça ligado, o indivíduo pode "fechar" os ouvidos para aquilo em que não está interessado²². A mesma pesquisa revelou que os programas que mais interessavam ao público eram teatro (novelas), jornal falado, música popular e, naturalmente, os cômicos.

Contudo, vale a pena veicular programas educativos pelo rádio já que, embora com penetrabilidade reduzida se compararmos esse método com a televisão, esta penetrabilidade é máxima quando consideramos a zona rural onde, por carência de energia elétrica, o rurícola apenas se inteira dos a-

contecimentos através de seu rádio, alimentado por baterias disponíveis em qualquer armazém do interior.

Ao se utilizar o rádio como método de educação do público, devemos ter em mente que existem várias formas de fazê-lo, todas utilizáveis em circunstâncias determinadas: entrevistas, "spots", "jingles", palestras.

A entrevista pode influenciar muito, se bem conduzida pelo entrevistador. É possível entrevistar não somente pessoas que tenham alguma mensagem técnica a oferecer, mas também o próprio ouvinte que, eventualmente, pode comparecer a um programa para prestar depoimentos sobre determinado assunto, oferecendo um "feedback" da comunicação.

Os "spots" são muito úteis. Frases que levam de 5 a 20 segundos, apresentadas em intervalos de programas ou entre músicas, têm grande potencial cumulativo, dada sua possibilidade de repetição.

Os "jingles", frases curtas e cantadas, veiculadas com frequência, levam os ouvintes até a repeti-los inconscientemente.

As palestras são, via de regra, de difícil execução. Seu planejamento deve visar principalmente uma situação real que poderia acontecer com o ouvinte para que sua atenção não seja dispersada. Raramente uma única palestra sobre um determinado assunto é suficiente para transmitir a mensagem, tendo em vista que deve ser sempre curta. Idealmente devem ser apresentadas várias palestras sobre o mesmo assunto, sob diferentes enfoques.

Um programa de rádio de até 15 minutos, sem mú

sica, é bem apreendido. Se quisermos atenção por período superior de tempo, devemos intercalar música, atentando para o fato de que esse artifício será tão menos eficiente quanto maior o tempo do programa, em termos ideais não devendo ultrapassar os 30 minutos.

Em campanhas de Saúde Pública a dona-de-casa é geralmente o alvo dos métodos de educação do público. Através do rádio, a audiência feminina é maior pela manhã ou à tarde, horários propícios para se veicularem mensagens de saúde específicas para esse público.

O rádio como método de educação apresenta vantagens e desvantagens. Entre as primeiras poderíamos citar:

- grande audiência;
- a mensagem atinge as pessoas "sem pedir licença";
- menos impessoal que a imprensa, visto que utiliza a voz, elemento de identificação humana;
- custo relativamente baixo dos programas e mensagens;
- permite repetição ("spots", "jingles") ou transmissão simultânea.

Em contrapartida, encontramos as seguintes desvantagens:

- a audiência do rádio é casual (em geral a atenção é relativa, já que as pessoas ouvem rádio realizando outras atividades);
- compete com outros programas, eventualmente

- te mais interessantes;
- envolve um só sentido (audição).

T e l e v i s ã o

Silvio de Oliveira Santos, em seu trabalho "O Escolar e a Televisão"³⁶, afirma, com fundamento em experiências realizadas em outros países, que a televisão é um método eficiente de educação, e deveria, em consequência, receber mais atenção por parte dos educadores e do pessoal de saúde do Brasil, dependendo sua eficiência do planejamento científico de seus programas.

As pesquisas na área de televisão em todo o mundo têm sido numerosas, embora pouco progresso se tenha alcançado até agora. O mesmo autor, em pesquisa mencionada do trabalho supracitado³⁶, realizada na cidade de São Paulo entre 252 escolares de Primeiro Grau, encontrou que 49,21% deles informam que os programas de televisão educam; 7,14% os julgam deseducativos; 28,17%, nem educativos nem deseducativos e 15,48% não têm opinião a respeito.

A televisão influencia o comportamento social, instila novos valores e propicia a aquisição de novos conhecimentos.

Na área da Saúde Pública, a televisão comercial tem sido sensibilizada em alguns momentos a incluir situações em geral vividas por personagens de novelas, que tangenciam interesses atuais do Governo. São as novelas de TV, com audiência elevada e consequente penetrabilidade, veiculadoras de as-

suntos relativos à saúde, embora descompromissadas do planejamento global de saúde do Governo, com o fim apenas de sensibilizar o público para ações imediatistas.

Ainda visando problemas atuais, os noticiários e reportagens televisados são de grande valor na disseminação de informações. As campanhas em geral se utilizam desse tipo de programa, aliado a vinhetas e filmetes, para alcançar o aspecto cumulativo da informação.

Aulas formais pela televisão não prendem a atenção do escolar, que considera esse tipo de programa como o de que "menos gosta", ainda citando a pesquisa realizada em São Paulo³⁶. Atentos para esse fato, profissionais de televisão educativa no Brasil têm optado por um tipo de trabalho que se assemelha menos com aulas formais, variando-as desde conversas informais entre um suposto aluno e seu receptor de TV (Telecurso 2º grau - TV Cultura, SP, TV Educativa, RJ e Rede Globo de Televisão), até novelas educativas como "João da Silva" (TV Cultura, SP).

Como qualquer método de educação do público, também a televisão possui vantagens e desvantagens. Entre as primeiras podemos citar as mesmas do rádio, sendo que a identificação do educando com o instrutor ainda é maior, já que a TV envolve, além do sentido da audição, o da visão.

Quanto às desvantagens, poderíamos apontar a competição de programas educativos com outros considerados mais interessantes e a geração de programas em grandes centros para apresentação em todo o Território Nacional, o que de certa forma uniformiza a comunicação para uma população

com níveis de aspiração e valores diferentes.

I m p r e n s a

Entre as técnicas de comunicação atuais, a escrita ocupa lugar preponderante e, por consequência, a imprensa avulta de importância entre os métodos de educação do público. Através dela é que tomamos conhecimento de nosso passado, podendo assim continuar evoluindo, e hoje deixamos registros escritos da história que vivemos, e de certo modo até fazemos, para terem a mesma utilização pelos nossos descendentes.

A partir do momento que Guttemberg introduziu o tipo móvel há cinco séculos na Alemanha, a imprensa começou a revolucionar a capacidade humana de transmitir informações e comunicar idéias, já que se propunha à divulgação de mensagens para um grande número de pessoas em diversos lugares, e respondia ao antigo desejo do homem de deixar aos seus descendentes os traços de sua passagem pela vida terrena.

Mas as primeiras sociedades letradas verificaram que não bastava escrever a história e aprenderam a guardar os produtos de seus escritos "para o alento das gerações vindouras", como afirmaram os historiadores mais ligados à retórica, tendo então nascido o que os gregos denominaram "bibliothêke"¹.

Não foram os gregos, entretanto, os primeiros a guardar seus livros. A primeira biblioteca de que se tem notícia encontrava-se em Tebas, no Egito, erigida pelo Faraó

Ramsés II 3.300 anos atrás. Pelo menos é o que nos afirma Diodoro da Sicília, historiador grego que viveu um século antes de Cristo, citado por Souza Neves em "Suportes da Escrita - Do Papiro ao Papel"⁴¹. Na porta do edifício onde se instalara a biblioteca foi escrito "Tesouro dos Remédios da Alma", o que evidencia a importância atribuída pelos egípcios a seus escritos.

O que popularizou de uma vez por todas o livro, e por extensão a biblioteca, foi o nascimento da reprodução tipográfica de textos, levando ao declínio da página manuscrita, cara, pouca e difícil.

A arte tipográfica progrediu cada vez mais e as encadernações luxuosas foram substituídas por capas de papelão. O barateamento do livro e as grandes tiragens editoriais colocaram os fatos e as idéias ao alcance de todos aqueles que desejam ler e saber.

No Brasil, a primeira biblioteca foi organizada em 1581 no Mosteiro de São Bento, em Salvador. Em 1810, D. João fundou a atual Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro, que conta com mais de 1.300.000 obras, cerca de 600.000 manuscritos, perto de 300.000 mapas e estampas, além de coleções de revistas e jornais, sendo a maior da América Latina.

A edição é hoje uma atividade florescente: milhares de livros, jornais e revistas são editados diariamente no mundo inteiro.

Em Saúde Pública, são os jornais os mais usados em educação do público. As revistas, em geral elitistas,

não apresentam penetração significativa na divulgação de campanhas.

Como todos os métodos, também a imprensa escrita apresenta desvantagens para o trabalho da Educação em Saúde Pública, como segue:

- necessidade do educando ser alfabetizado e cultivar a leitura, especialmente de jornais;
- as notícias de interesse para a Saúde Pública se confundem com as demais, não merecendo destaque, senão quando sensacionalistas;
- a imprensa atinge, via de regra, apenas a zona urbana;
- a ausência de contato "face-a-face" do educador com o educando imprime uma certa "frieza" na mensagem, tornando-a impessoal;
- a decisão de apresentar matérias educacionais de qualquer área é voluntária por parte do jornal, em oposição aos grandes problemas locais, nacionais e internacionais que, se não aparecem com regularidade, descredita a imprensa. A "Commission of the Freedom of the Press" coloca como primeira atividade da imprensa um *"confiável, compreensivo e inteligente relato dos eventos diários, em um contexto que lhes dê significado"*¹⁹. Em geral, quando um jornal opta

por apresentar séries e notícias visando à educação do público, ele está em franca ascensão²⁰.

A par desses óbices, nem sempre evitáveis, podemos usar a imprensa paralelamente com outros métodos, a fim de explorar o potencial cumulativo da propaganda. Atualmente, no Brasil estão sendo publicados materiais de suporte a programas educacionais transmitidos pelo rádio e TV, visando a complementar o ensinamento oferecido. É o caso do "Telecurso 2º grau", em que a televisão e a imprensa se engajaram em um programa desse tipo (aulas pela TV e fascículos à venda em bancas de jornais).

C a r t a z e s

Em Educação em Saúde Pública outros métodos, menos dispendiosos e quase sempre mais acessíveis e exequíveis, podem servir para estimular ação ou informar sobre a mensagem que se quer divulgar.

Um cartaz (*"anúncio de grandes dimensões, muitas vezes ilustrado com figuras e quase sempre colorido, impresso em papel, papelão, etc (...), que se afixa ao ar livre, em paredes ou armações (...), nos locais mais frequentados pelo público"*⁸), não deve ser empregado isoladamente. Deve integrar o Programa Educativo de uma campanha planejada, exercendo principalmente atividade de propaganda cumulativa com outros métodos.

"Cartas é o ponto de encontro entre as artes

gráficas e a propaganda comercial. Seu êxito dependerá sempre da possibilidade de contar uma história ou transmitir uma mensagem dentro de um vocabulário pictórico o mais simples possível, a fim de que possa chamar a atenção de observadores de todas as categorias"⁷. Logo, tem sua elaboração intimamente ligada aos recursos da arte gráfica.

No Brasil, os cartazes datam do período anterior à década de vinte, mas passam a evoluir a partir de 1926 quando os bondes, único meio de condução popular da época, começaram a expor cartazes publicitários. Desse período, e com a finalidade precípua de demonstrar a penetrabilidade desse método de educação do público, escolhemos um de autoria de Bastos Tigre que se notabilizou por sua originalidade:

*"Veja ilustre passageiro
 O belo tipo faccero
 Que o senhor tem a seu lado.
 E no entanto, acredite,
 Quase morreu de bronquite.
 Salvou-o o Rhum Creosotado".*

Em 1937, com o surto industrial que atingiu São Paulo e Rio de Janeiro, surge o "outdoor", cartaz de grandes dimensões colocado em vias públicas; atingiu o cartaz seu apogeu, caracterizando-se ostensivamente como comercial.

Ao planejar um cartaz devemos considerar que, para conseguirmos o máximo de seu potencial como transmissor de mensagens de estímulo para ação, ele deve:

- atrair o olhar,
- prender a atenção,

- ter uma mensagem específica, clara, de apreensão rápida.

No cartaz são elementos vitais o tema, a ilustração, o texto, o "layout" e as cores que utiliza.

O tema é a mensagem a ser transmitida. Cada cartaz deve conter apenas uma mensagem para não confundir. A ilustração deve visar a identificação da mensagem com o público e, portanto, ter as características das pessoas a que queremos atingir. Em determinadas circunstâncias podemos prescindir da ilustração; em contrapartida, cartazes há em que podemos prescindir do texto e expressar a idéia apenas com a ilustração.

O texto deve completar a idéia já expressa pela ilustração; deve ser claro, simples e ao nível do vocabulário daqueles a quem se dirige. O "layout" é a disposição dos elementos dentro do cartaz. Visa a harmonizar a ilustração com o texto e equilibrar sua distribuição em relação à área disponível. As cores dão realismo à ilustração, atraindo a atenção e despertando o interesse, embora cartazes em preto e branco possam ter grande penetrabilidade.

Enfim, o êxito do cartaz como método educativo vai depender dos valores do grupo a quem é dirigido, visto que a decodificação da mensagem exige uma compreensão imediata e tolera um campo interpretativo mínimo por parte do destinatário.

O u t r o s m é t o d o s

Os impressos têm também grande potencial educativo e são muito utilizados em Educação em Saúde Pública, como os volantes, folhetos, "folders", cartas circulares.

Volantes são impressos de uma só página, enquanto que os folhetos têm de duas a doze páginas e os "folders" são sanfonados, com três ou mais dobras. Cartas circulares, em geral utilizadas para reforçar outro método, são cartas impressas, mas tanto quanto possível personalizadas.

Ainda como método de educação do público encontramos o cinema. Atualmente a Assessoria de Relações Públicas da Presidência da República (ARP) tem produzido vinhetas e filmes de caráter educativo, que se propõem a esclarecer o público quanto a fatos importantes para a promoção, proteção e manutenção de sua saúde. Assim é que filmes sobre vacinação e água potável, entre outros, têm sido projetados por canais de televisão e cinemas comerciais em todo o País. Recentemente um filme de maior metragem (3 minutos) foi fornecido ao Governo por um Laboratório Farmacêutico particular, fabricante de vacinas anti-sarampo, para ser exibido em cinemas, a fim de alertar a população quanto à necessidade da vacinação. Em geral esses filmes são intercalados entre o jornal (obrigatório) e o filme principal.

EXPERIÊNCIAS EM CAMPO

Ao planejar a fase de divulgação de campanhas de Saúde Pública, o Sanitarista se defronta com dois problemas principais: que métodos de educação do público deverão ser utilizados e, destes, quais deverão ter mais ênfase, guardadas as limitações financeiras.

Tentando facilitar esse dilema, recentemente têm sido realizadas investigações em várias partes do mundo para determinar, entre os métodos de educação do público, quais os mais eficazes. É evidente que, ao se realizar um estudo desse tipo, devemos ter em mente que os resultados não podem ser extrapolados, visto que a seleção dos métodos depende de características das comunidades a serem trabalhadas, via de regra, diferindo bastante entre si.

As informações levantadas nessas investigações, embora de grande utilidade, não respondem a algumas importantes indagações, tais como:

- Por que são alguns métodos de educação do público menos eficientes que outros?
- Serão realmente os métodos utilizados menos eficazes ou alguns fatores específicos em sua utilização seriam responsáveis por seu menor sucesso?
- Se realmente existem esses fatores, quais são? Serão os mesmos manipuláveis? Poderiam ser minimizados seus efeitos em campanhas futuras?
- Existirão eventos extra-campanha que determinem menor eficiência dos métodos utilizados?

- Uma vez evidenciados em uma comunidade os métodos de maior eficiência em determinada campanha, teriam eles o mesmo sucesso em campanha realizada alguns anos mais tarde?
- Os métodos de educação do público têm penetrabilidade diferente em extratos diferentes da população, de acordo com padrões econômicos e educacionais. Quais seriam os métodos mais apropriados para cada um desses sub-grupos da população investigada?

O propósito do presente estudo não é o de responder a todas essas indagações. Antes, é o de ordenar alguns conceitos e apresentar ao leitor os métodos de educação do público, utilizados em experiências em campo já realizadas e seus respectivos resultados.

Visa, portanto, o presente trabalho a fornecer subsídios para que possamos tentar responder as perguntas formuladas, com o objetivo de chegarmos à otimização das atividades de Educação em Saúde Pública realizadas na fase de divulgação de campanhas no Brasil.

Passamos então a expor quatro experiências nessa área, uma estrangeira (Alexandria, Egito), e três nacionais (Macaé, RJ; São Paulo, SP e Petrópolis, RJ).

CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTI-POLIOMIELÍTICA EM ALEXANDRIA, EGITO¹⁶.

O trabalho de divulgação de uma campanha de vacinação anti-poliomielítica realizada em Alexandria, Egito, em 1964, começou uma semana antes do início da vacinação e continuou durante os dez dias da fase de ataque. A cobertura da campanha foi de 90% de crianças de três meses a cinco anos.

Dezenove alunos do High Institute of Public Health de Alexandria foram distribuídos aleatoriamente em postos de vacinação com a atribuição de entrevistar, através da aplicação de questionários, uma em cada dez mães ou acompanhantes das crianças que se apresentavam para vacinar.

A aplicação dos questionários tinha como finalidade determinar os valores relativos das várias formas de publicidade usadas, evidenciar os fatores que contribuíram para o sucesso ou não de determinados métodos e verificar o impacto de cada um em diferentes sub-grupos populacionais, de acordo com sua posição econômica e educacional. Foram aplicados 2.405 questionários.

Como métodos de educação do público foram utilizados:

- Rádio: através de "spots" e entrevista de trinta minutos com o Diretor do Departamento de Saúde de Alexandria, na véspera do início da vacinação.
- Imprensa: as mesmas informações dos "spots" do rádio foram publicadas nos jornais diários.
- Televisão: não foi utilizada na campanha, embora um programa de quinze minutos tenha sido levado ao ar três semanas antes, por mero acaso, esclarecendo so

- bre os perigos da doença, sua prevalência no Egito e a natureza e necessidade da vacinação oral.
- Cinema: foi projetado um diapositivo colorido nos intervalos das sessões comerciais em todos os quinze cinemas de Alexandria. O diapositivo mostrava um médico vacinando uma criança e continha uma mensagem sobre a necessidade dos pais levarem os filhos aos postos de vacinação.
 - Visitas domiciliárias: cerca de 14% de famílias em diferentes locais da cidade foram visitadas por enfermeiras do Departamento de Saúde de Alexandria, sendo enfatizados os perigos da poliomielite e a necessidade da vacinação gratuita.
 - Cartas circulares: foram enviadas, pelo Departamento de Saúde Escolar, trinta mil cartas aos pais, pedindo que vacinassem os filhos entre três meses e cinco anos durante a campanha.
 - Alto-falantes: três carros equipados com alto-falantes circularam pela cidade anunciando horários e lugares de vacinação, bem como a faixa etária a ser trabalhada, distribuindo ainda volantes impressos com as mesmas informações.
 - "Outdoors": Trinta "outdoors" foram colocados nas mais movimentadas esquinas da cidade, com uma frase curta solicitando aos pais que vacinassem os filhos contra a poliomielite, usando a vacina oral disponível durante a campanha.
 - Cartazes: Foram colocados cartazes em todos os ônibus e bondes, contendo as mesmas informações so

bre lugares, horários e idades limites para vacina-
ção.

Avaliação dos métodos utilizados

De acordo com as respostas aos questionários aplicados, pode-se levantar quais os métodos de educação que alcançaram maior público e suas respectivas percentagens, o que fornece valores relativos da penetrabilidade por método (tabela I).

TABELA I

Métodos de educação que serviram de fonte de informação sobre a campanha (*)

M É T O D O	Nº	%
Rádio	906	37,7
Alto-falantes	849	35,3
Outras pessoas (**)	696	28,9
Imprensa	507	21,1
"Outdoors"	334	13,9
Visitas domiciliárias	321	13,3
Cartazes em ônibus e bondes	217	9,0
Cartas circulares	75	3,1
Cinema	59	2,5
Televisão	50	2,1

FONTE: HESHMAT, M.Y. Evaluating various forms of publicity¹⁶.

(*) Muitos entrevistados apontaram mais de um método como fonte de informação sobre a campanha.

(**) Contatos inter-pessoais

A tabela I evidencia que o rádio, entre todos os métodos utilizados, obteve o maior percentual de respostas, seguido dos alto-falantes e da imprensa. Excetuando-se esses três métodos, nenhum outro alcançou mais do que 14 em cada 100 entrevistados.

A tabela mostra ainda a importância da comunicação inter-pessoal na divulgação da campanha, o que vem reforçar a hipótese de que *"em qualquer comunidade há algumas pessoas que se expõem aos meios de comunicação de massa mais do que outras e que passam o que ouvem, veem ou leem para outras pessoas, menos expostas aos mesmos meios"*²¹.

O impacto dos diferentes métodos em sub-grupos é estudado na tabela II, segundo critérios econômicos e educacionais.

TABELA II
Métodos de educação apontados pelos entrevistados,
segundo situação econômica e educacional (***)

M É T O D O S	MÉDIA E ALTA RENDA		B A I X A		R E N D A	
	ALFABETIZADOS		ALFABETIZADOS		ANALFABETOS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rádio	210	62,5	470	40,4	212	24,5
Imprensa	191	56,8	286	24,6	23	2,7
Televisão	35	10,4	12	1,0	2	0,2
Cinema	22	6,5	25	2,1	11	1,3
Visitas domiciliárias	43	12,8	159	13,7	112	13,0
Cartas circulares	5	1,5	40	3,4	28	3,2
Alto-falantes	145	43,2	438	37,6	252	29,2
"Outdoors"	124	36,9	166	14,3	39	4,5
Cartazes em ônibus	75	22,3	121	10,4	13	1,5
Outras pessoas	49	14,6	311	26,7	335	38,8

FONTE: HESHMAT, M.Y. Evaluating various forms of publicity¹⁶.

(***) Foram excluídos os grupos de média e alta rendas que e-

ram analfabetos por serem muito pequenos (12 apenas) e, portanto, não representativos. Vinte e nove pessoas não responderam ao quesito sobre situação econômica e educacional, ou a ambos.

A tabela II mostra que as pessoas relacionadas como de média e alta rendas e alfabetizadas são mais alcançadas pelo rádio e jornais, enquanto que as do terceiro grupo tiveram suas informações através de outras pessoas e de alto-falantes. O grupo de baixa renda e alfabetizado foi mais alcançado pelo rádio e alto-falantes.

O impacto dos diversos métodos de educação do público utilizados na campanha pode ser resumido como se segue:

- Rádio: foi o mais mencionado como fonte de informação entre todos os métodos. Embora entre os analfabetos ele tivesse alcançado apenas 24,5%, foi ainda a segunda fonte de informação para os membros desse grupo.
- Imprensa: devido à alta taxa de analfabetos em Alexandria (37,3% dos entrevistados o eram) e ao fato de que somente 44,3% dos alfabetizados leem jornais diariamente (entre todos os entrevistados, apenas 28,5% o fazem), a imprensa situou-se em terceiro lugar entre todos os métodos utilizados. O impacto foi maior nos sub-grupos de renda média e elevada (65,8%) e menor entre os analfabetos de baixa renda (2,7%).
- Televisão: foi o método menos eficaz na

campanha estudada (2,1%), provavelmente pelo baixo número de aparelhos disponíveis na época da divulgação. Entretanto, 86,5% dos entrevistados que a possuíam lembraramse de ter visto a mensagem televisada.

- Cinema: apenas 2,5% dos entrevistados citaram os diapositivos projetados nos cinemas comerciais como fonte de informação. Somente 8% dos que responderam ao questionário tinham ido ao cinema durante a campanha. Embora os diapositivos fossem coloridos e atraentes, dois terços dos que os viram não guardaram a mensagem, talvez por estar a mesma inserida entre outras mensagens publicitárias de pouco interesse exibidas durante os intervalos das sessões.
- Visitas domiciliárias: foi de 13,3% o percentual daqueles que apontaram as visitas como fonte de informação. Essa baixa percentagem pode se prender ao fato de que foram visitadas apenas 14% das famílias residentes em Alexandria, por não se contar com número suficiente de pessoal de enfermagem disponível.
- Cartas circulares: foram enviadas a cerca de 10% das famílias e dois terços delas sequer se lembravam de tê-las recebido. Somente 3% das respostas dadas mencionaram as cartas como fonte de informação.

- Alto-falantes: evidenciaram-se como a melhor forma de se alcançar o sub-grupo de baixa renda e de analfabetos. Para a população em geral, os alto-falantes situaram-se como o segundo método em penetração.
- "Outdoors": embora tenham sido colocados nas mais movimentadas esquinas da cidade, alcançaram apenas 13,9% dos entrevistados.
- Cartazes: somente 9% dos que responderam ao questionário indicaram os cartazes em ônibus e bondes como fonte de informação sobre a campanha. Foram os que menos atraíram e prenderam a atenção entre todos os métodos utilizados.

A vitória da campanha (90% das crianças entre três meses e cinco anos foram vacinadas) provavelmente se deve ao fato de que a variedade de métodos utilizados propiciou uma exposição cumulativa a vários deles, além da indiscutível força dos contatos inter-pessoais na divulgação dos trabalhos a serem realizados. Os contatos inter-pessoais tiveram, além do potencial de gerar informação, o de criar um clima favorável em relação à vacinação.

PLANO PILOTO DE MULTIVACINAÇÕES EM MACAÉ, RJ³⁹.

O plano piloto realizado pela Secretaria de Saúde e Saneamento do Estado do Rio de Janeiro em Macaé, em abril de 1974, inicialmente visando à vacinação de crianças de oito meses até quatro anos contra sarampo, foi ampliado devido a evidências apresentadas por estudos epidemiológicos e se transformou num plano piloto de multivacinações, quando foram aplicadas as vacinas contra sarampo, poliomielite e varíola.

O trabalho na comunidade, que foi desenvolvido em treze dias, constou das seguintes etapas:

- a. contatos com líderes políticos, profissionais de saúde e órgãos da imprensa: foram mantidos inicialmente contatos com o Prefeito, Inspetor da Segunda Região Médico-Sanitária, Médico e Enfermeira chefes do Centro de Saúde e com o Secretário de Saúde da Prefeitura, em que foi exposto e discutido o programa e solicitadas as primeiras colaborações, tais como divulgação do programa, mapas da cidade e permissão para utilização dos diversos serviços.

Desses contatos foram sugeridas duas reuniões, sendo uma com todos os médicos do Centro de Saúde e outra com o Engenheiro Chefe de Obras da Prefeitura.

Na reunião com os médicos do Centro de Saúde foi discutido o programa e solicitadas sugestões para a execução.

Na reunião com o Engenheiro da Prefeitura fo-

ram levantados alguns aspectos importantes para o trabalho, relativos à localização das áreas urbanas e faveladas, topografia, densidade demográfica, por bairros, movimentação habitual de pessoas dentro da área, locais de concentração de casas comerciais, de diversões e outras e itinerário dos transportes coletivos.

Foram ainda feitos contatos com o Diretor da rádio local e com o gerente de um dos cinemas da cidade, onde se deixou, respectivamente, disco e filme do Ministério da Saúde para início da divulgação.

b. divisão em áreas: após os contatos iniciais e com os dados obtidos, a sede do Município foi dividida em cinco áreas, já que a disponibilidade de pessoal apenas comportava cinco equipes. Essas áreas foram divididas de acordo com os bairros e, para uma delimitação física, foram utilizados acidentes geográficos ou vias de acesso.

c. atuação nas áreas: o trabalho desenvolvido em cada área constou de:

- reconhecimento do local, reforçando ou modificando as informações já existentes;
- identificação de escolas, clubes, igrejas (ou qualquer local de reunião de pessoas para um culto religioso) da área, assim como qualquer local de reunião de pessoas para outros fins (trabalho, recreação, assistência médica ou hospitalar);
- após a caracterização das áreas e de suas ins

tituições, foram decididos os locais dos postos de vacinação, levando-se em conta as informações obtidas da comunidade e do grupo de trabalho;

- decididos os locais dos postos, deu-se início a uma distribuição de cartazes fornecidos pelo Ministério da Saúde, distribuição esta realizada pelos elementos do grupo de trabalho responsáveis por cada área em casas comerciais e em entidades previamente identificadas, mantendo-se assim um primeiro contato com seus responsáveis. Nestes contatos eram expostos os objetivos do trabalho, solicitada colaboração na divulgação e anotadas sugestões e pedidos de palestras com grupos que, porventura, pudessem ser reunidos;
- realizadas palestras em escolas, igrejas, associações, pequenas indústrias e para grupos reunidos com finalidade específica de promoção da vacinação ou que mantinham reuniões com finalidades diversas, como grupos de mães, de jovens e de eugenia reunidos pela Igreja Católica, mas que se interessaram pelo trabalho desenvolvido pela equipe.

As palestras focalizaram as doenças, a necessidade das vacinas para sua prevenção, o grupo etário a ser beneficiado, locais dos postos de vacinação e contra-indicações dos antígenos.

Nos cinco dias que a antecederam e durante a vacinação, circulou por todas as ruas da cidade um carro com alto falante, avisando sobre os tipos de vacinas a serem aplicados, os horários, os locais, o grupo etário a ser vacinado, reforçando a necessidade da vacinação. Nos bairros mais carentes foi observado que as pessoas se aproximavam do carro e faziam perguntas sobre as vacinas, em especial quanto a suas contra-indicações.

d. participação do pessoal local: as casas comerciais foram contactadas pelo grupo de trabalho e forneceram um total de treze faixas, com os dizeres "VACINE SEU FILHO CONTRA SARAMPO", as datas e o nome das casas comerciais que as ofereciam. A preferência por esse texto específico para uma das vacinas a serem aplicadas deveu-se ao inusitado interesse da comunidade pelo sarampo.

Foi autorizada realização de trabalho de divulgação em todas as Escolas Estaduais, Municipais, do Mobral e Particulares.

Em algumas escolas as professoras incentivaram seus alunos na elaboração de cartazes alusivos à vacinação, solicitando depois que cada aluno levasse seu cartaz e colocasse em lugar público próximo à sua residência. Com isso houve intensa cobertura por cartazes, mesmo nos lugares mais longínquos da cidade.

Nos dias de vacinação trabalharam vinte pessoas voluntárias da comunidade, devidamente treinadas pelos membros da equipe quanto às técnicas de vacinação, preenchimento de bo

letins, cartões de aprazamento e questionários de avaliação do trabalho de comunidade. Os guardas sanitários e auxiliares de enfermagem cuidaram da vacinação, enquanto voluntários (professoras, estudantes de enfermagem e de cursos de nível médio) ajudaram com os boletins e questionários.

O pessoal cedido pelo Centro de Saúde já havia participado do Programa Nacional de Vacinação contra a Poliomielite. Os estudantes foram treinados durante dois dias. No primeiro dia foram divididos em quatro grupos de trabalho: dois grupos para a aplicação do questionário e dois grupos para os boletins e cartões, trabalhando em pares, pela manhã ou à tarde, a fim de que fossem apenas ocupados horários disponíveis de cada um.

Durante os cultos religiosos houve oportunidade para exposição dos objetivos do programa aos participantes, sempre reforçado pelo representante da religião em tela.

Foram feitas 2.340 vacinações contra sarampo, 1.242 contra poliomielite e 6.094 contra varíola.

A cobertura alcançada na vacinação contra sarampo foi de 58%, sendo que a população do grupo etário de oito a onze meses alcançou maior percentual (79%), tendo se conseguido, em todas as idades, cobertura acima dos 50%.

A maior dificuldade encontrada na vacinação contra a poliomielite foi a falta de informação do acompanhante da criança, que raramente portava o cartão de aprazamento e não sabia precisar a data da última vacinação, nem o número de doses de vacina Sabin já administradas.

A vacinação contra a varíola visava principalmente o grupo de oito meses a quatro anos, onde foi conseguida uma cobertura de 54%, sendo que o maior percentual obtido foi o do grupo dos oito aos onze meses (78,9%). Do total de vacinações anti-variólicas feitas, 47% foram primo-vacinações.

Avaliação dos métodos utilizados

Durante a vacinação foram preenchidos 1.093 questionários, tendo havido quatro recusas. Esse número não corresponde ao total de pessoas que levaram crianças aos postos porque em certos casos as crianças foram levadas por outras crianças, não permitindo a aplicação do questionário.

O método de divulgação que melhor penetrabilidade obteve foi o alto-falante (54% das respostas o apontaram como fonte de informação). A informação de pessoa a pessoa ou de uma pessoa para grupos (através de palestras) alcançou 23,1% das respostas obtidas. Todos os outros métodos de educação utilizados na divulgação somados chegaram a apenas 23% das respostas, conforme demonstra a tabela III.

TABELA III
Respostas dadas à pergunta: "Como soube da vacinação?"
Macaé, abril de 1974 (*)

R E S P O S T A S	Nº	%
Alto-falante	639	54,0
Outra pessoa	273	23,1
Rádio	81	6,8
Cartaz	73	6,2
Faixa	37	3,1
Cinema	7	0,6
Outros	74	6,2
T O T A L	1184	100,0

FONTE: SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO. Plano piloto de Multivacinações. Macaé, RJ; Relatório³⁹.

(*) A diferença entre o total de respostas e o de questionários (1.093) se deve ao fato de que alguns entrevistados citaram mais de um método.

A baixa penetração do rádio explica-se provavelmente pelo fato de que a cidade de Macaé dista cerca de 200 quilômetros do Rio de Janeiro e as estações de rádio locais são menos ouvidas que as da capital.

O cinema mostrou uma penetrabilidade insignificante (0,6%), pois atinge quase que exclusivamente as classes de maior renda, que em geral já têm seus filhos vacinados, via de regra em consultórios médicos particulares.

Mais uma vez a comunicação inter-pessoal ocupa lugar de destaque entre todas as fontes de informação, sucedendo ao alto-falante, de grande penetrabilidade em áreas rurais, onde o analfabetismo ainda se interpõe à divulgação por métodos escritos (cartazes, faixas, jornais).

CAMPANHA DE VACINAÇÃO SABIN EM SÃO PAULO, SP³³.

O relatório estudado é o da sexta etapa de intensificação Sabin, realizada na capital de São Paulo em 1977.

A fase preparatória antecedeu sete dias a de execução. Para a divulgação na comunidade foi feito contato em escolas, sociedades de amigos de bairros, empresas de ônibus, estabelecimentos comerciais, igrejas, creches e favelas, visando à colocação de cartazes e distribuição de impressos técnicos, além de palestras para grupos, que foram realizadas nestas entidades.

A televisão comercial e o rádio também contribuíram nessa fase da campanha, divulgando locais, dias e horários de vacinação, bem como esclarecimentos sobre sua necessidade.

Durante a fase de avaliação foram entrevistadas 557 famílias, que responderam a um questionário, obtendo-se as seguintes informações quanto aos métodos de educação utilizados em resposta à pergunta "Através do que ficou sabendo da campanha?" (tabela IV).

TABELA IV

Percentuais de respostas à pergunta "Através do que ficou sabendo da campanha?" - Campanha de vacinação Sabin, S.Paulo, 77

FONTE DE INFORMAÇÃO	PERCENTUAL
Televisão	39,1
TV e Cartazes	20,7
TV e Rádio	14,0
Rádio	10,2
Cartazes	8,3
Outros	7,7

FONTE: Relatório da campanha Sabin em São Paulo, 1977³³.

Os cartazes (8,3% das respostas) tiveram a seguinte distribuição, quanto aos locais de exposição:

Nos postos de vacinação.....	5,0%
Na igreja.....	0,4%
Na escola.....	2,3%
Outros lugares.....	0,6%

Em 0,2% das respostas foi apontada a divulgação por entidades, especialmente através de palestras para grupos, enquanto 5,6% apontavam a comunicação inter-pessoal como fonte de informação sobre a campanha, ficando os restantes 1,9% para outras fontes.

Não constavam do relatório estudado informações sobre cobertura alcançada e número de pessoas envolvidas na aplicação do questionário, bem como os critérios de aplicação utilizados, o que, de certa forma, pode induzir questionamentos quanto à validade da pesquisa.

VACINAÇÃO CONTRA POLIOMIELITE EM PETRÓPOLIS, RJ²⁹.

A campanha de vacinação contra a poliomielite realizada em Petrópolis em 1961 deveria preceder a adoção de um programa nacional de combate à doença utilizando a vacina oral Sabin.

Foram vacinadas crianças entre quatro meses e seis anos de idade, tendo cada criança recebido duas doses de vacina com intervalo de seis semanas.

A divulgação da campanha ficou a cargo do então Serviço Nacional de Educação Sanitária, órgão do Ministério da Saúde, que tinha, além de objetivos educativos, o de testar um plano de ação que pudesse servir de guia para o trabalho a ser realizado em todo o País.

Como primeiro passo realizaram-se reuniões e palestras para grupos de médicos e cirurgiões-dentistas, os quais, devido a características peculiares de suas profissões, entram em contato com pais de crianças na faixa etária que interessava a campanha, além de exercerem influência na decisão dos pais de vacinarem seus filhos. Tentando alcançar o maior número possível desses profissionais (nem todos haviam comparecido às reuniões), foi anexado um informe técnico sobre a vacina oral Sabin a uma carta circular solicitando seu apoio à campanha.

As professoras, elementos de grande valia em campanhas de Saúde Pública, também foram contactadas através de reuniões ou encontros informais, suplementados por uma carta circular, quando foi solicitada a colaboração de cada uma para o encaminhamento dos irmãos menores de seus alunos aos postos de

vacinação.

Associações as mais diversas (recreativas, esportivas, sociais) e Clubes de Serviço foram também procurados com o fim de informarem seus associados sobre a vacinação.

A imprensa, durante as duas semanas que antecederam a vacinação, publicou notas e artigos sobre a doença e a campanha, informações essas que também foram transmitidas pela estação de rádio local e por duas unidades móveis de alto-falantes.

Cartazes foram também colocados em vitrinas, farmácias e ônibus, enquanto folhetos eram distribuídos às mães através de escolares, Centros de Saúde e outros profissionais. As igrejas locais informaram seus frequentadores sobre a realização da campanha durante os serviços religiosos.

Durante a semana de vacinação foi intensificado o trabalho de divulgação através da imprensa escrita e falada, juntando-se o telefone aos métodos utilizados até então. Em cada posto de vacinação em que havia telefone as enfermeiras contactavam as famílias das redondezas, através de números conseguidos no catálogo telefônico de endereços, solicitando o comparecimento ao posto para a devida vacinação. Um grupo de auxiliares de saneamento dirigiu-se aos morros próximos aos postos, levando até às famílias ali residentes as informações sobre a campanha e convidando-as a descerem até os postos com seus filhos para a administração do antígeno.

A fim de avaliar a principal fonte de encaminhamento de crianças aos postos perguntou-se à mãe ou acompanhante como soubera da vacinação. Em uma amostra de cerca de 10%

da população vacinada os resultados evidenciaram que a campanha foi conhecida através das escolas (26,7%), comunicação inter-pessoal de amigos, vizinhos ou parentes (19,1%), rádio (11,8%) e cartazes (6,3%). As demais fontes de informação foram citadas por menos de 5% dos entrevistados, conforme a tabela V.

TABELA V
Vacinação contra a poliomielite em Petrópolis
(fontes de informações)

FONTES DE INFORMAÇÕES	%
Escolas	26,7
Comunicação inter-pessoal (amigos, vizinhos, parentes)	19,1
Rádio	11,8
Cartazes	6,3
Folhetos	4,5
Médicos	4,5
Igrejas	4,1
Alto-falantes	3,7
Centro de Saúde	2,9
Jornais	1,9
Fábricas	1,8
Dentistas	0,2
Não sei	0,9
Outros	11,6
T O T A L	100,0

Fonte: MARCONDES, R.S. Vacinação contra a poliomielite em Petrópolis²⁹.

Com a finalidade de comparar a penetrabilidade e eficiência dos diversos métodos utilizados nas quatro campanhas estudadas, reunimos na tabela VI os resultados obtidos.

TABELA VI

Penetrabilidade dos métodos de educação do público em diversas campanhas de Saúde Pública

M É T O D O S	PERCENTUAIS POR CAMPANHA			
	ALEXANDRIA	MACAÉ	SÃO PAULO	PETRÓPOLIS
Rádio	37,7	6,8	10,2	11,8
Imprensa	21,1	-	-	1,9
Televisão	2,1	-	39,0	-
Cinema	2,5	0,6	-	-
Cartas circulares	3,1	-	-	-
Alto-falantes	35,3	54,9	-	3,7
"Outdoors"	13,9	-	-	-
Folhetos	-	-	-	4,5
Cartazes	9,0	6,2	-	6,3
Outras pessoas	28,9	23,1	-	57,9
Faixas	-	3,1	-	-
TV e rádio	-	-	14,0	-
TV e cartazes	-	-	20,0	-
Outros	-	6,2	-	11,6

FONTE: Relatórios impressos das diversas campanhas.

É necessário que se tenha em mente, ao se estudar a tabela supra que, além dos conhecimentos anteriores da população sobre saúde, da atuação prévia da Unidade Sanitária e dos hábitos psicológicos e sociais da população, existem ainda outros fatores que poderiam ter influenciado nos resultados encontrados, tais como:

- não se pode afirmar quanto a aleatoriedade de todas as amostras estudadas;
- foi excluída de todos os trabalhos citados uma a-

valiação sobre a população que não esteve presente aos postos de vacinação (por outros motivos, aliados ou não à motivação e interesse, o que não prova que esse grupo não tenha sido atingido pelos métodos de educação do público utilizados), e

- como o material de educação utilizado nas quatro campanhas estudadas não foi o mesmo, a convicção de que se igualariam quanto ao potencial educativo poderia ser questionada.

A par desses óbices, parece evidente que, dependendo da cidade trabalhada, a penetrabilidade maior ou menor dos métodos vai variar.

Cidades grandes como São Paulo, com alto índice de alfabetizados e elevado número de receptores de rádio e TV, levam à opção desses métodos.

Convém ressaltar que, quando se realizam campanhas em cidades do interior, com altas taxas de alfabetizados e elevado número de receptores, a divulgação das mensagens pelo rádio e TV é problemática, visto que os programas são gerados na capital e não interessam ao Estado como um todo. Entretanto, quando as cidades têm emissoras de rádio locais, é sempre possível utilizá-las para os programas de saúde da área. Nesses casos, o conhecimento dos programas de maior audiência e das emissoras mais ouvidas é de fundamental importância para que se consiga a maximização da cobertura.

Apesar de elevadíssimo o gasto com filmes coloridos de 35mm para exibição comercial, não há evidência de que eles sejam úteis em campanhas de Saúde Pública. Em geral, é

baixa a percentagem da população que costuma frequentar os cinemas e, aqueles que o fazem, em geral não são os mesmos que se beneficiariam da campanha, pois em sua maioria provêm de classes mais abastadas, que utilizam serviços médicos particulares para promoção e proteção da saúde.

Dos métodos utilizados em campanhas, o que realmente avulta de importância, não só por sua elevada penetrabilidade e consequente eficiência, mas principalmente por seu baixo preço e acessibilidade, é o alto-falante montado em veículos que circulam por toda a área e levam a mensagem a toda e qualquer pessoa, independentemente do nível sócio-econômico-cultural.

Ao se optar por esse método, melhor do que o emprego de fitas gravadas em cada unidade volante seria a colocação de um divulgador com boa impostação de voz e iniciativa, que adapte a mensagem a cada situação apresentada, aumentando a identificação do povo com o método empregado.

CONCLUSÕES

Este trabalho permite concluir:

1. A evolução tecnológica na área da comunicação vem propiciando cada vez mais a utilização de novos e sofisticados métodos de educação.

2. No Brasil, embora acompanhando essa evolução, ainda não se utiliza plenamente o potencial educativo desses métodos na área da Saúde Pública, nem todos já disponíveis.

3. A seleção dos métodos de Educação em Saúde Pública a serem utilizados em campanhas deverá ser fundamentada no conhecimento da região a ser trabalhada, bem como em suas características sócio-culturais.

4. Alto-falantes, televisão, rádio e cartazes mostraram-se eficientes para atrair a população aos postos de vacinação nas cidades estudadas.

5. Imprensa, impressos e cinema foram pouco eficientes para atrair a população aos postos de vacinação nas cidades estudadas.

6. Parece possível concluir que campanhas de Saúde Pública deverão investir mais as verbas destinadas à educação da população em programas ou mensagens a serem transmitidas por alto-falantes, televisão, rádio e cartazes.

7. Parece mais prudente investir verbas em vários métodos de educação no desenvolvimento de campanhas de Saúde Pública do que aplicá-las em apenas um.

RECOMENDAÇÕES

A fim de tentar assegurar o sucesso de uma campanha de Saúde Pública é indispensável conhecer as características da comunidade a ser trabalhada, bem como seus conhecimentos, atitudes e práticas relacionados à saúde.

Em relação aos métodos educativos a serem utilizados nas campanhas, de modo geral pode-se recomendar o rádio, televisão e alto-falantes. Quando se trata de população de nível de escolaridade mais baixo, avulta de importância o alto-falante, que demonstrou ser de grande penetrabilidade e capacidade de persuasão.

A imprensa deverá ser utilizada como método de educação de preferência quando for alto o índice de alfabetizados que leem jornais regularmente. É um método que não exige inversão de verbas da campanha, pois, via de regra, os jornais acatam com simpatia a solicitação para divulgação de matérias sobre saúde.

A produção de cartazes e impressos em geral deve ser condicionada a um teste prévio, através da exposição dos mesmos a amostras significativas do universo populacional a ser trabalhado.

Métodos de educação do público devem ser associados aos de educação individual ou de grupos, a fim de que se consiga alcançar maior número de pessoas e se propicie maior número de exposições à mensagem.

Para se explorar o efeito multiplicador da comunicação inter-pessoal, a mensagem deve solicitar à população disseminá-la entre parentes e amigos.

É essencial que as campanhas de Saúde Pública incluam em seus planos uma etapa de avaliação dos métodos educativos utilizados, o que só será possível se os objetivos a serem alcançados estiverem clara e previamente definidos.

Avaliações periódicas podem fornecer um "feedback" para controlar o andamento do programa educativo, podendo eventualmente evidenciar a necessidade de novo planejamento. Bennet³, em seu trabalho "The Planning of Health Education", comenta que *"planejamento é uma parte essencial e integrante da Educação em Saúde e o tempo gasto nele é tempo gasto em Educação em Saúde e não apenas uma forma de procrastinação"*.

Por sua singular importância na realização de campanhas de Saúde Pública, o Educador de Saúde Pública deverá sempre participar do seu planejamento, pois o êxito ou fracasso do trabalho dependem em grande parte dos conhecimentos específicos desse profissional na sua área de atuação - a Educação em Saúde Pública.

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLPORT, G.W. & CANTRIL, H. *The psychology of radio*.
New York, Harper, 1935.
2. AMATO NETO, V., coord. Moléstias transmissíveis. In:
SEMINÁRIO SOBRE SITUAÇÃO DE SAÚDE NAS ÁREAS METROPOLITANAS BRASILEIRAS, São Paulo, 1975. *Anais*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1976. p. 121 - 129.
3. BENNET, F.J. The planning of health education. *J. Trop. Med. Hyg.*, 65:282-283, 1962.
4. BERTHET, E., et al. Man in his environment: his health... his future... *Int. J. Hlth. Educ.*, 5(3):110-118, 1962.
5. BICUDO PEREIRA, I.M.T. *O educador de saúde pública em um sistema de educação*. São Paulo, 1977. (Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Campanha de erradicação da varíola. *Plano de operação para o programa de erradicação da varíola no Brasil*. Brasília, 1967.
7. CARTAZ. In: ENCICLOPÉDIA Barsa. Rio de Janeiro, Encyclopaedia Britannica Ed., 1964. v.4, p.99.
8. CARTAZ. In: ENCICLOPÉDIA Delta Larousse. Rio de Janeiro, Delta Ed., 1972. v.4, p.1.394.
9. CHAVES, E.R. Controle de massa: da ficção à realidade. *Revista Comunicações e Artes*, (7):139-146, 1972.
10. COMSTOCK, G. The evidence so far. *J. Commun.*, 25(4):25-34, 1975.
11. DALE, E. *Audio-visual methods in teaching*. New York, Dryden Press, 1954.

12. DECRETO nº 78.231, de 12/8/1976: regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde. *Vigilância epidemiológica e imunizações; legislação básica*. Brasília, 1976.
13. DERRYBERRY, M. Educação Sanitária: sus objetivos y metodos. In: ESTUDIOS sobre evaluación sanitaria. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1962. p. 1-9. (OPAS - Publ. cient. 73).
14. ESCOBAR, F. Cambios de actitud de la comunidad a traves de las campañas de información. *Rev. Ofic. sanit. panam.*, 82:112-119, 1977.
15. HARREL, T.W., BROWN, D. & SCHRAMM, W. Memory in radio news listening. *Journal of Applied Psychology*, 33(1949):265-274.
16. HESHMAT, M.Y. Evaluating various forms of publicity. *Int. J. Hlth. Educ.*, 8:86-94, 1965.
17. HOLANDA FERREIRA, A. B. de. *Minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1977.
18. HOLMES, A. C. Health education. *Sanitarian*, London, 71(3):218-221, 1962.
19. HUTCHINS, R.M. et al. *A free and responsible press*. Chicago, Ill., University of Chicago Press, 1974.
20. JOHNSON, E.I. The mass media and adult education. In:

- KNOWLES, M.S., ed. *Handbook of adult education in the United States*. Chicago, Ill., Adult Education Association of the U.S.A., 1960. p. 314-329.
21. KATZ, E. & LAZARSFELD, P.F. *Personal influence: the part played by people in the flow of mass communication*. Glencoe, Free Press, 1955.
22. LAZARSFELD, P.F. & KENDALL, P. *Radio listening in America*. New York, Prentice-Hall, 1948.
23. MACEDO FILHO, A. *Variola: variola no Brasil e no mundo; estratégia de controle e erradicação; vigilância epidemiológica; avaliação de níveis de proteção*. Brasília, Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde, 1973. (mimeografado)
24. MARTIN, J. Alma Ata: the consecration of the primary health care approach; what follow-up can we expect?. *Int. J. Hlth. Educ.* 21:146-148, 1978.
25. LEI nº 6.229 de 17 de julho de 1975: dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5a., Brasília, 1975. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1975. p. 395-399.
26. LEI nº 6.259 de 30 de outubro de 1975: dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde. *Vigilância epidemiológica e imunizações; legislação básica*. Bra

sília, 1976. p.7-10.

27. MARCONDES, R.S. *Educação sanitária em nível nacional*. S. Paulo, 1964. (Tese de doutoramento - Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP).
28. MARCONDES, R.S. et al. *Planejamento em educação em saúde pública*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1976.
29. MARCONDES, R.S. Vacinação contra a poliomielite em Petrópolis. *Arq. Fac. Hig. Saúde públ.*, 15/16:29-33, 1961/1962.
30. NÉRICI, I.G. *Introdução à didática geral*. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1960.
31. OBERTEUFFER, D. & BEYRER, M.K. *School health education: a textbook for teachers, nurses and other professional personnel*. 4th ed. New York, Harper & Brothers, 1966.
32. PERKINS, W.H. Cause and prevention of disease. Philadelphia, Lea & Febiger, 1938. apud LEAVELL, H. & CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo, Ed. McGraw-Hill do Brasil, 1976. p. 75.
33. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Avaliação da campanha de vacinação Sabin para a integração do trabalho de assistente social*. São Paulo, s.d. (mimeografado)
34. QUANDT DE OLIVEIRA, E. *Política de comunicações*. Rio de Janeiro, Escola Superior de Guerra, 1978. (Departamento de Estudos, T 125-78).

35. RATNER, V.M. *Como interessar o público naquilo que não de
seja saber.* São Paulo, Disciplina Autônoma de Educação
Sanitária, Faculdade de Saúde Pública da USP, s.d. (tra
dução-mimeografado).
36. SANTOS, S. de O. *O escolar e a televisão.* São Paulo,
1977. (Monografia de Mestrado - Faculdade de Saúde Pú-
blica da USP).
37. SCHRAMM, W. A brief chronology of mass communications. In:
_____. *Mass Communications.* Urbana, University of
Illinois Press, 1970. p. 5-7.
38. SCHRAMM, W. How communication works. In:_____. *Process
and effects of mass communication.* Urbana, University
of Illinois Press, 1961. p. 3-26.
39. SECRETARIA DE SAÚDE E SANEAMENTO. *Plano piloto de multi-
vacinações, Macaé, Estado do Rio de Janeiro; relatório.*
Rio de Janeiro, 1974. (mimeografado).
40. SIMÕES, R. *Marketing básico.* São Paulo, Saraiva, 1976.
41. SOUZA NEVES, J.S. de. *Suportes da escrita: do papiro ao
papel.* Rio de Janeiro, Faculdade de Comunicação, PUC,
s.d. (mimeografado).
42. VALENTE, J.A.V. Comunicação: uma questão em aberto. *Re
vista Comunicações e Artes*, (7):69-86, 1972.
43. WILSON, M. & GALLUP, G. Extension Teaching Methods. In:
Extension Service Circular 495. Washington, D.C. Unit
ed States Department of Agriculture, 1955.
44. WINSLOW, C.E.A. The untilled fields of public health.

Mod. Med., 2:183-191, 1920. apud LEAVELL, H. & CLARK, E.G. *Medicina preventiva*. São Paulo, Ed. McGraw-Hill do Brasil, 1976. p. 7.

45. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution. *Publ. Hlth. Rep.*, Washington, D.C., 61:1268-1277, 1946.