

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE BIBLIOTECONOMIA E COMUNICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL
CURSO DE RELAÇÕES PÚBLICAS

AMANDA DA SILVEIRA NASCIMENTO

COMUNICAÇÃO E SAÚDE:
Uma análise da campanha Quem Espera, Espera do UNICEF Brasil

PORTO ALEGRE

2019

AMANDA DA SILVEIRA NASCIMENTO

COMUNICAÇÃO E SAÚDE:

Uma análise da campanha Quem Espera, Espera do UNICEF Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção de grau de Bacharela em Relações Públicas.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Enói Dagô Liedke

PORTO ALEGRE

2019

AMANDA DA SILVEIRA NASCIMENTO

COMUNICAÇÃO E SAÚDE:

Uma análise da campanha Quem Espera, Espera do UNICEF Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção de grau de Bacharela em Relações Públicas.

Aprovado em 17 de dezembro de 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Enói Dagô Liedke – UFRGS

Orientadora

Prof.^a Dr.^a Denise Avancini Alves – UFRGS

Examinadora

Prof.^a Dr.^a Vera Regina Schmitz – UFRGS

Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à UFRGS, que me permitiu viver um sonho e proporcionou um crescimento pessoal inimaginável, incluo neste gesto minha imensa gratidão a cada um dos professores e professoras que participaram deste processo e, ainda mais, aos tantos colegas que tive ao longo de oito anos de Fabico, foram as turmas tão plurais, humanas e críticas que me deram força para seguir neste caminho, que não foi fácil. Sendo mãe, morando longe, trabalhando, mas sempre tentando me multiplicar ao invés de me dividir entre as tantas tarefas.

Mãe, demorou um pouco (sei que para ti esse pouco foi muito), tanta coisa aconteceu nessa jornada, mas agora teremos o tão sonhado diploma da UFRGS na família. Sou grata pelos momentos em que segurou as pontas para que eu pudesse estudar e correr atrás dos meus objetivos.

William, meu amor, foram muitas semanas e fins de semana dizendo que era o último em que eu me dedicaria mais a outras atividades do que à nossa família, nosso lar, nossos planos. Finalmente o momento chegou, obrigada pela paciência e parceria. Conta comigo para quando chegar o teu momento também!

Arthur, meu pequeno, meu reizinho. Nem tenho palavras. Tu nem imaginas, mas só com o teu olhar e teu carinho me ajudastes tanto. Agora já podemos começar a falar sobre aquele maninho que tanto me pedes.

Enói, minha querida orientadora, que acreditou em mim e me deu toda a confiança para chegar aqui, sempre disposta a aprender comigo. Aline, minha chefe inspiradora que deu um show de compreensão e incentivo nestes meses de tcc, assim como toda a nossa equipe.

E por último, mas tão importantes quanto, as duas maiores inspiradoras deste trabalho. Minha obstetra Dra. Luiza Morais e a obstetra que me acompanhou no parto do Arthur, a Dra. Ilcamar Ribeiro Soares. Duas mulheres incríveis e que merecem todo o reconhecimento. Agradeço pelas tantas palavras encorajadoras e pelo cuidado, graças a vocês tive o parto que eu precisava, mesmo não sendo o que eu queria. Vocês fizeram ter sentido eu carregar 'Nascimento' em meu nome!

Mil vezes, muito obrigada!

RESUMO

Esta pesquisa surgiu para responder à seguinte questão: como a comunicação pode melhor contribuir para sensibilizar e engajar a sociedade em questões relacionadas ao parto e nascimento no Brasil? Para isso, avaliamos uma campanha de comunicação desenvolvida para o público gestante brasileiro a partir das teorias do campo da Comunicação e Saúde. Iniciamos com uma imersão teórica ao mundo das gestantes, em especial sobre os dilemas do parto. Através de pesquisa bibliográfica e documental pudemos perceber que existem dois lados, onde, um defende que a melhor prática deve ir de acordo com a Medicina Baseada em Evidências e outro defende a autonomia da mulher para planejar o parto conforme suas preferências. Para abraçar a todas essas mulheres e conscientizar sobre o direito das crianças, combatendo cesáreas desnecessárias, o UNICEF Brasil, lançou a *Quem Espera, Espera – Pelo direito de nascer na hora certa* em 2017. Através de análise de conteúdo, avaliamos a campanha com base nas teorias do campo da Comunicação e Saúde, bem como a recepção do público nas redes sociais nas divulgações de lançamento da campanha. Compreendeu-se que a campanha não está adequada às orientações do campo e reproduz um modelo de comunicação pouco efetivo que se utiliza de estratégias lineares, unidirecionais e bipolarizadas.

Palavras-chave: Comunicação e Saúde, Parto, Campanhas, UNICEF.

*"Para mudar o mundo, primeiro é preciso
mudar a forma de nascer"*

Michel Odent

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
ANS	Agência Nacional de Saúde
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
ICAN	International Cesarean Awareness Network.
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MKTS	Marketing Social
MRC	Marketing Relacionado a Causas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPA	Projeto Parto Adequado
QEE	Quem Espera, Espera
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL.....	12
2.1 A Medicina Baseada em Evidências	17
2.2 Autonomia como Princípio Bioético.....	23
2.3 A busca por experiências positivas	28
3 COMUNICAÇÃO E CAMPANHAS SOCIAIS	30
3.1 Marketing Social.....	34
3.2 Comunicação de Interesse Público.....	44
4 COMUNICAÇÃO E SAÚDE.....	51
4.1 Educação sanitária e o modelo informacional.....	52
4.2 A perspectiva desenvolvimentista	54
4.3 O modelo dialógico da comunicação	56
4.4 Os Princípios do SUS	58
4.5 Menos persuasão, mais debate	63
5 ANÁLISE DA CAMPANHA QUEM ESPERA, ESPERA, DO UNICEF	66
5.1 UNICEF Brasil - Para cada criança.....	66
5.2 Análise de conteúdo.....	68
5.2.1 Leitura flutuante.....	69
5.2.2 Corpus e unidades de análise	73
5.2.3 Categorização	74
5.3 Inferências	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS.....	89

1 INTRODUÇÃO

Um dos setores onde a comunicação tem sido cada vez mais importante e essencial é o da saúde. Não por acaso vem se consolidando o campo da Comunicação e Saúde (C&S), constituído por elementos das duas áreas e articulado com diversos outros campos - como o da Informação, da Ciência e Tecnologia, das Políticas Públicas, da Educação e dos Movimentos Sociais (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). A C&S surge do objetivo de superar a perspectiva instrumental da comunicação a serviço das questões de saúde, bem como o raso propósito de informar, passando a dar mais atenção aos problemas e desafios pertinentes ao campo da saúde, tratando, debatendo, circulando e transformando dados e conteúdos em conhecimento para pessoas e instituições.

Para o campo da C&S, há uma infinidade de temas pertinentes para aprofundarmos os estudos. Todas as pautas da área da saúde são de interesse público e, em um mundo ideal, devem sempre acionar a comunicação como forma de dialogar com a sociedade, ou públicos específicos relacionados a determinado tema ou problema. Nesta pesquisa, escolhemos aprofundar os estudos revisando um dos temas do campo da saúde que mais tem gerado discussões: o processo de escolha pelo tipo de parto, que envolve gestantes e seus médicos.

A escolha do tema se deu a partir de uma vivência pessoal da autora, que em sua experiência de gravidez, com uma falsa ideia de empoderamento, acreditou que poderia exercer sua autonomia e escolher o tipo de parto que vivenciaria baseada apenas em sua preferência, mas, felizmente, foi muito bem orientada por sua médica e conduzida para uma experiência de parto mais segura e benéfica para si e para o seu filho. No dia 28 de fevereiro de 2014, vivenciou um parto natural. Ter permitido que seu filho “escolhesse” o momento certo de nascer foi fundamental para a saúde dele e para um início de jornada como mãe com muito mais coragem e confiança. Surgiu ali uma afinidade muito grande com o tema que, mais tarde, trouxe infinitos questionamentos. O mais frequente deles buscava entender como era possível que tanta mães ainda escolhessem passar por uma cirurgia eletiva para terem seus filhos, sendo a cesárea o tipo de parto mais recorrente no Brasil nos últimos anos, utilizado de forma indiscriminada e, obviamente, com o consentimento de médicos, operadoras, hospitais e

maternidades, mesmo sem nenhum benefício para mães e bebês como mostram as evidências científicas.

Percebendo que seu caso era uma exceção e que a maioria das gestantes não recebe informações suficientes para desenvolver um plano de parto, a autora pesquisou de forma exploratória por iniciativas de comunicação que estivessem tratando deste tema, com o objetivo de levar informação para as gestantes e suas famílias, de forma que estas pudessem participar de forma mais ativa e consciente na decisão e no planejamento de seus partos. Assim, chegou até a campanha *Quem Espera, Espera - Pelo direito de nascer na hora certa*, do UNICEF Brasil, lançada em 2017, com o objetivo de “sensibilizar os brasileiros, especialmente mulheres e suas famílias, sobre a importância do trabalho de parto espontâneo e do parto e nascimento humanizados” (UNICEF, 2017, p. 15).

O UNICEF Brasil (2017), através do documento oficial da iniciativa, atenta para o fato de que nosso país ainda não consegue garantir os direitos básicos de todas as suas crianças, entre eles, o direito de nascer apenas no momento certo, quando seu corpo estiver totalmente maduro para sair do útero, algo que não tem acontecido pelo elevado índice de partos cirúrgicos no país, realizados de forma eletiva por médicos que consideram esta prática segura o suficiente para permitir que suas pacientes não esperem pelo trabalho de parto. Neste cenário, tem se tornado cada vez mais delicado falar sobre parto e nascimento no Brasil, onde as discussões sobre esta escolha dividem mulheres, médicos e órgãos de saúde. O segundo capítulo desta pesquisa se dedicará a entender melhor este cenário a partir de revisão teórica a partir de pesquisa bibliográfica e documental, utilizando obras de importantes teóricos do campo, como Jones (2004), Rezende (2010), Rattner (2009), Diniz e Duarte (2004) e muitos outros.

O UNICEF também acredita que prover saberes sobre o parto consciente ou parto humanizado defende uma ideia de construção de modelos mais felizes de vivenciar a experiência do parto, independente da via de nascimento. É importante, então, que mulheres e suas famílias tenham acesso a informações para participarem ativamente de todo o processo e desenvolverem um plano de parto seguro para elas e seus filhos durante o pré-natal. É exatamente aí que entra a comunicação. Somente através da comunicação é possível empoderar mulheres para esta decisão, ou mesmo, planejar ações que possam mudar todo um cenário para trazer mais saúde e qualidade de vida para uma população. Para elucidar estes

pontos será tema do terceiro capítulo desta pesquisa a comunicação voltada às causas sociais, bem como os tipos de campanhas e estratégias mais comuns para promover mudanças de comportamento entre indivíduos, buscando hábitos mais saudáveis e que tragam mais qualidade de vida para a população ou, ao menos, a parte específica dela. Os modelos mais tradicionais são o Marketing Social (MKTS) e a Comunicação de Interesse Público (CIP) que buscaremos conhecer através de revisão bibliográfica utilizando autores como Sampaio (1999), Toaldo e Machado (2013), Silva e Mazzon (2018), Costa (2006) e Duarte (2007).

Nesta pesquisa, relacionaremos os conteúdos dos capítulos dois e três com o que vem sendo proposto pelo campo da Comunicação e Saúde. Para tanto, é preciso, de antemão, revisar também as obras mais importantes que vêm surgindo e organizando o conhecimento do novo campo. Utilizaremos as contribuições de Cardoso (2003), Araújo e Cardoso (2007), Torres (2012), entre outros, para desenvolver o quarto capítulo deste trabalho.

O que esta pesquisa buscou responder, acima de tudo, é: como a comunicação pode melhor contribuir para sensibilizar e engajar a sociedade em questões relacionadas ao parto e nascimento no Brasil? Com o intuito de contribuir na solução desta questão, foi estabelecido o objetivo de: avaliar uma campanha de comunicação desenvolvida para o público gestante brasileiro a partir das teorias do campo da Comunicação e Saúde. Os objetivos específicos desta pesquisa foram estabelecidos na seguinte ordem:

1. Entender o cenário que divide opiniões sobre a escolha pelo tipo de parto no Brasil;
2. Identificar as principais estratégias de comunicação utilizadas atualmente para dialogar com a sociedade sobre temas de interesse público, em especial os temas da área da saúde;
3. Explorar o que vem sendo discutido, estudado e defendido pelo campo da Comunicação e Saúde e;
4. Discutir o aprimoramento das campanhas voltadas ao público gestante que visam contribuir na busca por experiências de parto mais positivas e benéficas para a mãe e seu bebê.

A apresentação destas respostas será o tema do quinto capítulo da pesquisa que, somando-se aos conhecimentos trazidos nos capítulos anteriores, tornará possível

analisar o objeto escolhido propondo novas ações, mais efetivas, que conversem com toda a sociedade levando conhecimento e empoderamento.

A pesquisa efetuada foi de caráter exploratório para alcançar o propósito de discutir o aprimoramento das ações de comunicação no campo da saúde. Segundo Gil (2008, p. 27) a pesquisa exploratória “têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” além de serem “desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato.” (GIL, 2008, p. 27). O método de pesquisa será qualitativo por acreditar que “há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números.” (Prodanov; Freitas, 2013, p. 70).

A determinação dos procedimentos de pesquisa se deu a partir da interpretação da obra de Gil (2008), onde foram estabelecidas as técnicas de pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e análise de conteúdo. A pesquisa bibliográfica é fundamental e se dá a partir de materiais já elaborados por outros autores, sua relevância está no fato de “permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2008, p. 50), a pesquisa documental é semelhante, no entanto, “vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2008, p. 51). Ambos os métodos de adequam às necessidades dessa pesquisa, mas necessitam ainda de um complemento para o aprofundamento das questões propostas, que foi alcançado através da análise de conteúdo, definida por Berelson apud Gil (2008, p. 152) como "uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações" sendo a opção ideal para interpretar, identificar estratégias e avaliar as peças de comunicação da campanha escolhida como objeto.

O estudo finaliza no sexto capítulo com as considerações finais onde discorreremos sobre a relevância do estudo bem como o cumprimento dos objetivos propostos. Aproveitamos o momento de fechamento para sugerir novos estudos acerca do tema e manifestar nossas conclusões após todo o processo de pesquisa.

2 PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

Este capítulo realiza uma imersão no campo da saúde, em especial, no que diz respeito ao tema desta pesquisa. Será importante entender como chegamos até o cenário atual e olhar os dois lados que envolvem movimentos distintos em relação ao que tange a escolha ideal pelo tipo de parto, o lado das evidências científicas e o lado da autonomia das pacientes, que exploraremos mais adiante. Começaremos por um breve apanhado histórico do que nos levou ao atual cenário/problema.

Em 2016, em relatório do UNICEF, o Brasil apareceu como o segundo lugar no ranking entre os países com os maiores percentuais de cesarianas. Este percentual já chega a 57% (Sinasc, 2014), sendo 40% do total de partos realizados na rede pública de saúde e 84% dos partos no sistema privado. Enquanto isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o índice seja de até 15% em relação ao total de partos realizados. Nos últimos 40 anos, o percentual de cesarianas aumentou quase quatro vezes em nosso país, passando de 15% para os atuais 57%. Entre os Estados com maiores índices, estão Goiás e Espírito Santo (67%), Rondônia (66%), Paraná e Rio Grande do Sul (63%) (UNICEF, 2017).

A cesariana é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto (Faundes & Cecatti, 1991), no entanto, utilizar a cesariana de forma eletiva – como regra, não exceção – é inaceitável do ponto de vista das evidências científicas (UNICEF, 2017). Pesquisas recentes mostram que os partos cirúrgicos não estão ocorrendo com mulheres em situações de risco, mas sim o contrário.

Com base em dados do Sinasc¹, sobre nascimentos entre os anos 2000 e 2012, e no trabalho do pesquisador Cesar Victora (2015²), o UNICEF pôde analisar que paradoxalmente, a maior frequência de cesarianas foi realizada em gestantes sem nenhum fator de risco: 75,3% delas tiveram seus filhos por meio de

¹ Sistema de Nascidos Vivos

² Victora, Cesar G. *Consultoria para realizar pesquisa sobre as relações existentes entre cesariana e nascimento pré-termo e baixo peso ao nascer*. UNICEF, 2015

cesarianas. Já entre as gestantes com quatro ou mais fatores de risco³, apenas 30,7% foram submetidas à cirurgia (UNICEF, 2017).

Estes dados ficam ainda mais intrigantes quando comparados a um levantamento recente do Ministério da Saúde que aponta que quase 80% das mulheres que chegam ao pré-natal preferem a via de parto vaginal, mas apenas 20% dessas mulheres têm seus filhos por essa via. (ANS, 2014). Isso nos mostra que “mulheres foram e continuam sendo submetidas a uma cirurgia de grande porte sem necessidade e sem esclarecimento adequado dos riscos e complicações inerentes ao procedimento” (COELHO; MARQUES, 2016. p. 16). Para entender como chegamos até os altíssimos índices relatados nos parágrafos anteriores, é importante fazer uma retrospectiva sobre os avanços da medicina e da ginecologia no país.

Por muito tempo, o parto domiciliar foi prática comum para as sociedades, e só a partir do século XX, a assistência cirúrgica ao parto se popularizou (JONES, 2004). Para Crizóstomo, Nery e Luz (2007, p. 99)

a medicina transformou o parto, que é um evento fisiológico, em um evento patológico, que necessita, na maioria das vezes, de tratamento medicamentoso e cirúrgico, predominando a assistência hospitalar ao parto, tornando-o, a partir daí, institucionalizado.

Para a ANS (2014), a posição ocupada pelo Brasil, atualmente, como um dos países com as maiores taxas de cirurgias cesarianas, é um reflexo do modelo intervencionista, onde o processo de medicalização do corpo feminino leva à banalização da parturição cirúrgica, e o pouco conhecimento da população sobre a autonomia da parturiente no processo de decisão da via de parto intensifica esse fato insustentável.

Mesmo com uma cultura predominantemente patriarcal, as sociedades antigas tinham o parto como ato exclusivo do universo feminino: o partejar acontecia entre parteiras e parturientes, além das demais mulheres da família, como um momento em que elas eram detentoras de toda a sabedoria que envolvia aquele ato, de toda a autonomia, e de muito poder (JONES, 2004). Essa situação de exclusão refletiu em um atraso no desenvolvimento da medicina relacionado ao

³ Os fatores considerados de risco foram a baixa escolaridade, idade inferior a 20 anos, acesso a menos de quatro consultas durante o pré-natal, entre outros.

cuidado da mulher, pois ao contrário dos padrões culturais da época, esse período está marcado por uma pequena participação masculina no cuidado à mulher (MALDONADO, 2002). Com o passar dos anos, os homens ficavam cada vez mais intrigados pelo assunto e, provavelmente, começaram a se envolver neste acontecimento tão feminino movidos pela curiosidade e interesse científico no ato de parir. Foi assim que, aos poucos, a presença masculina foi tomando espaço nas cenas de parto, os ideais médicos tomando o cenário como um todo e os partos deixaram de ser realizados pelas doulas, passando a serem realizados pelos obstetras (REZENDE, 2010).

A mudança que ali ocorria não era só no modelo assistencial, mas também ideológica, pois o modelo de cooperação médica quebrou inclusive com os paradigmas impostos pela Igreja Católica (DINIZ, 1997) onde se acreditava que “a mulher deveria sofrer durante o trabalho de parto como consequência dos atos femininos nos primórdios da humanidade [...] portanto, o parto deveria ocorrer sem apoio ou alívio dos riscos e dores” (PIMENTEL; OLIVEIRA-FILHO, 2016, p. 6). Para Jones (2004), o avanço das tecnologias alavancou com o monopólio dos médicos, pois as doulas não tinham o mesmo acesso à universidade e à teoria, e, assim, aos poucos, foram ocupando o papel de subordinadas aos médicos e, gradualmente, se afastaram das práticas obstétricas. Tudo isso ocorreu de forma muito natural enquanto sociedade e órgãos públicos comemoravam os avanços, pois, o aprimoramento do saber médico, reduziu a mortalidade materna e contribuiu para a aceitação da hospitalização perante a sociedade, afinal, a ideia de ter os seus filhos em clínicas e hospitais rapidamente passou a parecer mais seguro para as mulheres (VIEIRA, 2002).

Uma das explicações para esta ruptura no serviço de atenção à saúde da mulher e nascimento encontradas por Rattner (2009, p. 596) foi a de que

no século XX, presenciou-se um entusiasmo crescente com as possibilidades do desenvolvimento industrial, que influenciou todos os setores da atividade humana. No setor Saúde, o componente técnico foi privilegiado em relação ao componente do cuidado, e a racionalidade mecânica ou industrial, apenas em função da produtividade, foi aplicada ao entendimento dos muitos aspectos da atenção.

Para Braga e Paula (1986⁴ apud RATTNER, 2009, p. 596), “esta abordagem industrial e tecnicista em relação à atenção à saúde também contribuiu para o desenvolvimento dos hospitais como locais privilegiados para a provisão de serviços de saúde”, afinal, somente lá se encontravam “equipamentos sofisticados e caros, e técnicos habilitados a utilizá-los, além de médicos, cada vez mais especializados e subespecializados” (RATTNER, 2009, p. 596). Assim, na década de 50, até mesmo a ideia de parto sem dor popularizou, ocasionando uma transformação completa nos modelos de atendimento ao parto, transferindo ainda mais o protagonismo ao papel do médico. “Essa situação foi responsável pelo estabelecimento da Obstetrícia como saber científico, atribuindo ao médico poder **exclusivo** no atendimento à mulher e ao parto” (MELO⁵, 2003 apud PIMENTEL; OLIVEIRA-FILHO, 2016, p. 190, grifo nosso).

Com toda a tecnologia das intervenções médicas tomando conta do evento do nascimento, então, a parturiente escolhia seu próprio mentor para acompanhá-la, consolidando a mudança na assistência ao nascimento, onde “os médicos e seus instrumentos tornaram-se os atores principais do parto” (JONES, 2004 p. 34). Assim, a total estabilização do processo de hospitalização e medicalização do parto “aconteceu em meados do século XX, juntamente ao surgimento das grandes metrópoles e a criação de hospitais, marcando o fim da feminilização do parto” (PIMENTEL; OLIVEIRA-FILHO, 2016, p. 190).

Neste mesmo momento, Santos (1947⁶, apud PIMENTEL; OLIVEIRA-FILHO, 2016) verificou três razões que pesavam na escolha do parto cirúrgico entre as mulheres de classe mais alta, foram elas: não sentir a dor do trabalho de parto, não correr riscos e o fato de que parir com a assistência de um médico significava maior poder aquisitivo de seus maridos. Atualmente, ainda são muitos os fatores que influenciam o comportamento materno em relação à preferência por determinada via de parto, tais como: suas crenças, suas expectativas particulares, o processo de informações que chegam até as gestantes, a postura do profissional em tendenciar a parturiente, o desrespeito à sua autonomia e o próprio sistema de saúde (FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008).

⁴ BRAGA, J. C.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

⁵ MELO, C. R. M. *Parto: mitos construídos, mitos em construção*. São Paulo: EDUSC, 2003.

⁶ SANTOS, F. L. *História da medicina no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1947.

Pimentel e Oliveira-Filho (2016) identificaram estes fatores detalhadamente, no cenário brasileiro atual e puderam concluir que as principais razões que levam ao parto cirúrgico hoje são: processo de vivência do parto doloroso, alto índice lucrativo das instituições de saúde no parto cirúrgico, desvalorização dos demais profissionais (como doulas e enfermeiros), falta de orientação das gestantes sobre sua autonomia, desinteresse dos médicos pelo parto normal gerando uma conduta totalmente intervencionista e pela chance da esterilização na mesma cirurgia.

Seguido destes fatores, estudos da Agência Nacional de Saúde (ANS) também mostram que o conhecimento da gestante sobre o tema ainda é bastante fragilizado, levando mulheres a se submeterem a todo procedimento obstétrico sem questionamentos. Para Pimentel e Oliveira-Filho (2016, p. 195)

essa aceitação ignara e submissa é intensificada pelo poder público, pois a visão de que o parto normal traz experiências dolorosas e insuportáveis ainda está arraigada na população, além de existirem vários mitos relacionados a essa via de parto, como a elasticidade vaginal, a redução do libido e a inadequação sexual após o parto normal. Por vezes, o próprio profissional de saúde acentua esse fato, visto que não se prontifica a desmistificar o parto vaginal e de trazer para a gestante esclarecimentos sobre todo o processo de analgesia não farmacológica tais como o apoio contínuo em ambiência da maternidade, a liberdade de movimentação e adoção de posições de preferência da mulher com o auxílio, ou não, dos instrumentos de fisioterapia, e o acesso à água que proporciona a redução significativa da sensibilidade à dor conforme propostas do Ministério da Saúde.

Reconhece-se que “nos últimos 30 anos, o Brasil avançou muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, isso é fruto de uma série de iniciativas do governo e da sociedade” (PIMENTEL; OLIVEIRA-FILHO, 2016, p. 194), entretanto, ainda, há muito para se fazer a fim de garantir um parto seguro, digno e respeitoso para todas as mulheres, como preconiza a OMS. Segundo Medeiros, Santos e Silva (2008, p. 771)

o direito à escolha informada deve ser respeitado pelos profissionais que prestam atendimento a esta clientela. Dar-lhe acesso às informações baseadas em evidências científicas permite que esta mulher tenha instrumentos necessários para escolher o tipo de parto que mais lhe agrada.

Entre tudo isso, em um momento brasileiro onde tudo parece se tornar alvo de uma polarização política que não nos favorece, dois movimentos distintos se destacam na luta das mulheres por experiências de parto mais positivas, como citado no início do capítulo. Um deles, luta pela humanização de todo o processo, se baseia em evidências científicas e defende o direito universal que deve ser garantido a todas as crianças, o de nascer no momento certo, estando totalmente maduro para sair do útero da mãe, o outro movimento, nasceu a partir de mulheres que já viveram experiências negativas ou sentem muito medo de vivenciar e lutam pela autonomia total da mulher para escolher o tipo de parto, tendo assim, maior controle sobre a sua experiência. Nos próximos subtítulos, buscaremos entender melhor cada um dos movimentos que têm dividido opiniões entre médicos e demais profissionais da área da saúde, atores sociais, influenciadores, mulheres, famílias e sociedade.

2.1 A Medicina Baseada em Evidências

Partindo do que foi apresentado nos parágrafos anteriores, pressupomos que toda a mulher bem informada e orientada optaria por um parto natural. Qual seria, então, a densidade dessas informações que devem ser discutidas durante o pré-natal? Que evidências científicas se tem para defender que esta seja a única escolha possível para uma mulher que busca o melhor pra si e para seu bebê?

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é um movimento internacional criado na segunda metade da década de 1980 que, em poucos anos, se estendeu ao mundo inteiro. O movimento surgiu com grupos de médicos que reconheciam que boa parte da prática médica não é respaldada por estudos de qualidade sobre a segurança e a eficácia de muitos dos procedimentos utilizados, sejam eles medicamentos, exames, cirurgias, entre outros (DINIZ; DUARTE, 2004). "Dependendo da região geográfica onde alguém morasse, [por exemplo] a prática médica "correta" poderia ser completamente diferente" (ENKIN, 1996⁷, apud DINIZ, DUARTE, 2004, p. 11, grifo do autor).

Essa iniciativa, ao longo do tempo, foi sistematizando o conhecimento científico considerado "menos tendencioso possível" a respeito de cada prática

⁷ ENKIN, M. The Need for Evidence-based Obstetrics EBM Notebook. *Evidence-based Medicine*, July/Aug. 1996.

médica. No que diz respeito ao parto, o trabalho desenvolvido durou por mais de uma década e segundo Diniz e Duarte (2004, p. 15) contou com

mais de quatrocentos pesquisadores (incluindo obstetras, pediatras, enfermeiras, estatísticos, epidemiologistas, cientistas sociais, parteiras e até mesmo mulheres usuárias), que realizaram uma revisão completa de todos os estudos publicados sobre o tema desde 1950, cujo resultado inteiro está disponível em publicações eletrônicas a partir da segunda metade da década de 1990.

Uma síntese desse trabalho foi publicada pela OMS em 1996, daí vêm as conhecidas “recomendações da OMS”, em seguida, deu origem ao *livro do Enkin* uma coletânea dirigida a profissionais da área que rapidamente se tornou referência para a defesa do parto baseado em evidências. No Brasil, tais recomendações chegaram através de um guia prático do Ministério da Saúde enviado aos profissionais obstetras e obstettrizes. “Esse livreto mostra, com base em evidências científicas, que o atendimento ao parto normal no Brasil se vale, em grande medida, do que a ciência condena” (DINIZ; DUARTE, 2004, p.16).

Então, vamos às evidências. Em um estudo bastante amplo realizado no Reino Unido, entre 1996 e 1998, comprovou-se que as chances de a mãe morrer são quase três vezes maiores em uma cesárea eletiva (sem nenhuma indicação médica, com a mãe e o bebê saudáveis) e quase oito vezes maiores, quando é feita cesárea de emergência (Hall, 1999 apud DINIZ; DUARTE, 2004). Um estudo brasileiro de 2003, conduzido por Ramos et al (2003) que pesquisou mortes maternas pelo período de 20 anos ocorridos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre - hospital universitário de referência para gestação de alto risco no Rio Grande do Sul - demonstrou um número expressivo de mortes relacionadas à cesariana, o mesmo trabalho constatou um risco de morte quase onze vezes maior para as mulheres submetidas à cesariana se comparada às que fizeram parto vaginal, mortes que se devem, principalmente, a complicações infecciosas da cesárea e acidentes anestésicos.

Para falar sobre os riscos potenciais da cesárea sem indicação médica, Diniz e Duarte (2004) utilizaram a classificação de Goer's Heneci (1999⁸), sendo eles: riscos imediatos ou de curto prazo, riscos de longo prazo e riscos para gravidezes subsequentes. Sobre riscos de curto prazo, Diniz e Duarte (2004, p. 37),

⁸ GOER'S, H. *Obstetric Myths Versus Research Realities*. Bergin and Garvey, 1995.

usando-se de dados do ICAN e teorias de Declercq, Sakala e Corry (2002⁹) trazem as seguintes informações:

segundo um estudo de dez anos na Inglaterra: maior risco de complicações cirúrgicas, sendo 4,5 vezes maior o risco de complicações graves (hemorragia severa, necessidade de reoperação, infecção pélvica, pneumonia, septicemia). Com relação a complicações menores, cerca de um terço das mães que fez cesárea teve problemas como febre, hematoma, infecção no trato urinário, do útero ou da ferida cirúrgica, paralisia do intestino ou da bexiga. Um estudo mostrou que as mulheres que faziam cesárea tinham o dobro do risco de serem re-hospitalizadas, e além disso, como já discutimos, de sofrer maior dor e debilidade no pós-parto, com repercussões na relação com o bebê.

Nas consequências de longo prazo, os riscos também são maiores no parto cirúrgico, “incluem as aderências cirúrgicas, que podem causar dor pélvica, dor na relação sexual ou problemas de intestino, além de aumentar o risco de lesões em outros órgãos em cesáreas subsequentes” ressaltam Diniz e Duarte (2004, p. 37) ainda utilizando-se de dados do ICAN, referentes ao ano de 2003. E no caso das complicações que podem afetar futuras gestações, os autores abordam os estudos de Ananth, Smulian e Vintzileos (1997¹⁰) e Torloni, Moron e Carmano (2001¹¹) sobre os riscos que as parturientes correm ao escolher a cesariana, sendo:

(...) queda na fertilidade (diminuição das chances de engravidar e aumento do risco de perder o bebê na próxima gravidez) e maior chance de gravidez ectópica. A cicatriz uterina causa vários problemas potencialmente graves, entre os quais risco duas ou quatro vezes maior de descolamento prematuro da placenta (a placenta se desprender antes do parto) ou a placenta prévia (cobrindo a saída do útero). O risco da placenta prévia em um útero com cicatriz de cesárea varia de 4,5 vezes maior com um cesárea e até 45 vezes maior com quatro cesáreas. Também pode acontecer o acretismo da placenta (a placenta *invade* o útero, ou, em casos mais graves, outros órgãos), que aumenta com o número de cesáreas, sendo o risco onze vezes maior com três cesáreas ou mais, do que é no primeiro parto. [...] Normalmente, um caso grave de acretismo placentário é de 1 em 2.500 casos, mas um estudo

⁹ DECLERCQ, E. R., SAKALA, C., CORRY, M. P. *Listening to Mothers: Report of the First National U. S. Survey of Women's Childbearing Experiences*. New York: Maternity Center Association, Oct. 2002.

¹⁰ ANANTH, C. V., SMULIAN, J. C., VINTZILEOS, A. M. *The Association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis*. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 177(5), p. 1071-8, 1997.

¹¹ TORLONI, M. R., MORON, A. F., CARMANO, L. Placenta prévia: fatores de risco para o Acretismo. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* V.23, n.7, Rio de Janeiro, Aug. 2001.

brasileiro aponta que, para uma mulher com placenta prévia e duas ou mais cesáreas, o risco de ter acretismo é 44%, ou seja, o percentual inclui quase uma em cada duas mulheres. Esses casos apresentam mortalidade relativamente alta, cerca de 20%, e quase sempre a mulher perde o útero.

Os riscos, é claro, não se restringem somente às mães, “para o bebê há risco grande de prematuridade iatrogênica (ser retirado antes de estar totalmente maduro) e nascer com baixo peso” (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 39), outro estudo, que comparou bebês nascidos de partos vaginais com nascidos de cesáreas por razões não-médicas comprovou que “os bebês de cesárea tinham risco quase cinco vezes maior de serem admitidos em cuidados intensivos ou semi-intensivos, e cinco vezes maior de precisar de assistência respiratória” (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 39). Outra investigação, sobre o sistema respiratório dos recém-nascidos, mostrou que a hipertensão pulmonar persistente, complicação grave, é quase cinco vezes mais frequente nos nascidos de cesáreas eletivas, sendo dados do ICAN (DINIZ; DUARTE, 2004). Além disso, nos bebês que nascem totalmente maduros, o risco de desenvolver desconforto respiratório é cerca de sete vezes maior nas cesáreas eletivas do que nos partos vaginais e “isso se dá porque o trabalho de parto é um processo físico e hormonal e serve para terminar o amadurecimento do bebê, principalmente seus sistemas respiratórios, imunológicos e nervoso” (ODENT, 2002¹² apud DINIZ; DUARTE, 2004, p. 39).

Com tantos riscos reais, vindos de estudos respaldados pela MBE, é normal nos perguntarmos, neste momento, por que ainda são realizadas tantas cesáreas no Brasil e no mundo? Não podemos acreditar que as mulheres conheçam todos os riscos do procedimento e mesmo assim optem por esta via de parto, é fácil deduzir que estas informações não vêm sendo bem comunicadas. Segundo Diniz e Duarte (2004, p. 40) “em nosso país, não há uma tradição de consentimento informado em saúde [...] e menos ainda da escolha informada [...] ou da recusa informada” ou seja, não é comum esclarecer previamente ao paciente sobre técnicas e procedimentos ao qual ele será submetido, ou mesmo esclarecer sobre diferentes opções de procedimentos, para que o mesmo seja protagonista, participe da escolha junto com o profissional de saúde, ou então, permitir que o paciente

¹² ODENT, M. *A cientificação do amor*. Florianópolis: Saint Germain, 2002. 142 p.

recuse ser submetido a algum tipo de procedimento com base nas informações que lhe foram passadas.

Essa cultura médica, sem dúvidas, tem afetado todo o cenário de nascimentos no país, subestimando os riscos da cesárea. “Defendemos que as mulheres têm direito de decidir sobre como querem seus partos e, para isso, é importante que estejam informadas dos riscos potenciais da cesárea com base em estudos rigorosos, não apenas na opinião do profissional” (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 40). Para que este processo seja totalmente justo, para que mulheres tomem suas decisões bem informadas, vale discutirmos também o que a MBE nos traz sobre riscos e benefícios do parto natural.

Segundo as evidências científicas então, o parto normal não está isento de riscos. Os pontos levantados são a dor intensa, imprevisibilidade e inconveniência, razões que aumentam a ansiedade e a insegurança de mulheres. Porém “vários autores acreditam que esse argumento não se sustenta: se as mulheres fossem devidamente informadas, sua aflição e temor seria pela cesárea, pois tal opção acarreta mais riscos e acidentes” (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 42), a própria dor só é avaliada pelas mulheres como um ponto negativo quando considerada insuportável, “o que ocorre em virtude de não ter alívio adequado da dor (por meio de recursos farmacológicos ou não-farmacológicos), ou do excesso de procedimentos dolorosos, ou da combinação de ambos fatores” (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 41).

No fim, a satisfação após o parto realizado, como em qualquer outra experiência pela qual o ser humano passe, vai depender de suas expectativas e seus valores, “se a experiência é compatível com o que você acredita e espera, você tende a ficar satisfeita” (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 53). O que precisamos absorver de tudo isso é que a indicação correta de cesáreas traz vantagens, já sua indicação indiscriminada envolve riscos adicionais às mães e recém-nascidos, estando associada, no Brasil e em outros países, a maior morbimortalidade materna e fetal. A incidência de morte materna associada à cesariana é 3,5 vezes maior do que no método natural (BRASIL, 2010). Este é o conhecimento que a medicina carrega baseado em anos de estudos, uma mulher que não recebe todas estas informações e orientações, segundo a defesa da MBE, jamais poderá estar pronta para exercer sua autonomia.

Órgãos públicos como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Ministério da Saúde (MS) já atentam para todas estas questões há alguns anos e têm desenvolvido iniciativas para reduzir o índice de cesáreas desnecessárias compartilhando o conhecimento científico com a sociedade, empoderando e sensibilizando mulheres e famílias sobre as melhores práticas durante o pré-natal, parto e pós-parto. Dois grandes exemplos são o Projeto Parto Adequado (PPA) e o Programa Rede Cegonha.

O PPA tem o objetivo de propor novas práticas inovadoras e viáveis de atenção ao parto e nascimento no Brasil, que valorizem o parto normal, reduzindo o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar. Viabilizado a partir de parceria entre ANS, Institute for Healthcare Improvement (IHI) e Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), com o apoio do MS, o projeto tomou corpo e visa oferecer às mulheres e aos bebês o cuidado certo, na hora certa, ao longo da gestação, durante todo o trabalho de parto e pós-parto, considerando a estrutura e o preparo da equipe multiprofissional, a medicina baseada em evidência e as condições socioculturais e afetivas da gestante e da família. (ANS, 2016).

O Programa Rede Cegonha é uma estratégia lançada em 2011 pelo nosso governo federal visando proporcionar às mulheres: saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Tal proposta qualifica os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (28 dias após o parto). Para isto, a rede sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde a década de 80, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetrites, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, dentre outros¹³. Um dos feitos mais conhecidos da Rede Cegonha foi a implementação de Centros de Parto Normal (CPN), com o objetivo de reduzir, cada vez mais, a taxa de mortalidade materna e neonatal e as ocorrências de cesarianas desnecessárias na rede pública de saúde. Essas duas

¹³ Informações retiradas do site do Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>. Acessado em outubro de 2019.

iniciativas, uma com foco total no sistema privado e outra totalmente voltada para o sistema público, são responsáveis por grandes resultados e ajudam a engajar a sociedade na defesa do retorno do parto natural como a principal via de nascimento no país.

Desde que se começou a discutir o parto humanizado, a procura por experiências baseadas nesta técnica só vêm crescendo, isso graças ao ativismo de centenas de pessoas, à ampliação da discussão sobre os direitos das mulheres, ao respeito pelo momento ideal para nascer e ao desenvolvimento de programas de saúde que prezam pela medicina baseada em evidências. Quem faz parte deste movimento ainda tem que lidar constantemente com o preconceito vindo de quem não busca entender o que eles defendem. Como o caso da ReHuNa.

A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) é uma organização da sociedade civil que atua no Brasil desde 1993 na forma de uma rede de associados. Segundo o próprio site da Rede¹⁴, seu objetivo principal é a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. O movimento teve destaque em meados de 2010 e segue ativo nas discussões sobre o tema até os dias de hoje.

Infelizmente, as melhores práticas apresentadas acima e defendidas nas iniciativas citadas, não são realidade em muitos dos consultórios e maternidades no Brasil, como comprovam milhares de mulheres brasileiras que passam por esta experiência. E foi a insegurança dessas muitas mulheres que resultou em um segundo movimento, que também defende que as mulheres tenham mais voz na decisão sobre o tipo de parto que desejam vivenciar, ou seja, autonomia para realizar sua escolha com base exclusivamente em suas crenças, valores e preferências. Esse movimento fica explícito no discurso do Projeto de lei nº 435/2019 que resultou na Lei nº 17.137/2019, que garante às gestantes a possibilidade de optar pela cesárea e ter seu desejo atendido, projeto este que teve apoio de órgãos importantes da área da saúde e que será discutido no próximo subtítulo.

2.2 Autonomia como Princípio Bioético

¹⁴ Disponível em <http://www.rehuna.org.br/>. Acessado em outubro de 2019.

O termo autonomia, já muito citado no subcapítulo anterior, terá aqui mais um grande destaque, pois é um dos Princípios Bioéticos que rege as ciências da vida. Spiri, Berti e Pereira (2006) produziram um artigo seguido de uma crítica discussão acerca dos tais princípios bioéticos e os direitos dos usuários de serviços de saúde. Para Segre (1995¹⁵ apud SPIRI; BERTI e PEREIRA, 2006, p. 449)

a bioética caracteriza-se por ser uma ciência na qual o homem é sujeito, e não apenas objeto, pela interdisciplinaridade, ou seja, é um campo de ação e de interação de várias disciplinas, e não apenas da área da saúde, interação portanto de diferentes profissionais e estudiosos do conhecimento humano, os quais têm um papel a desempenhar na discussão bioética, uma vez que esta, ao abordar a vida e a saúde humanas, interesse de todos os homens, requer para tal discussão o conhecimento de todos esses profissionais.

O que isso nos diz é que, a bioética surge para ampliar a participação de todos nas discussões sobre o que é melhor para si e para a sua saúde. A bioética adotou princípios para auxiliarem nas análises de dilemas e conflitos de valores que surgem na sociedade, são eles: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (SPIRI; BERTI e PEREIRA, 2006).

O termo autonomia é derivado do grego *autos* (próprio, eu) e *nomos* (regra, domínio, governo, lei) portanto, inclui noção de autogoverno, liberdade de direitos, escolha individual, agir segundo a própria pessoa (SEGRE, 1995). Por justiça, entende-se o princípio que consiste em garantir uma distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios oferecidos pelos serviços de saúde" (PESSINI, BARCHIFONTAINE, 2000). A justiça pode ser entendida como o princípio que gera o entendimento de cidadania e desencadeia a luta pelo direito à saúde. Alguns autores propõem a equidade como princípio instrumentalizador do direito à saúde, Garrafa, Oselka e Diniz (1997, p. 4) definem equidade como "o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais". Estes termos legitimaram um movimento feminino que conheceremos melhor nos próximos parágrafos ao discorrer sobre projeto de lei publicado em abril de 2019 e aprovado em plenário da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

Como citado anteriormente, a lei estadual de nº 17.137, de 23 de agosto de 2019, "garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de

¹⁵ SEGRE, M. Respeito e Autonomia. *J Assoc. Med. Bras.* 1995.

39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal” (SÃO PAULO, 2019). Seu projeto é de autoria da deputada Janaína Paschoal, apresentado e votado em regime de tramitação de urgência. Em justificativa ao projeto de lei nº 435 (SÃO PAULO, 2019, p. 1) a deputada Janaína Paschoal traz um panorama que diz que

durante muito tempo, vigorou, na Bioética, uma relação vertical entre médicos e pacientes. [...] Com o desenvolvimento da chamada Bioética complexa, essa relação deixou de ser vertical, tendendo à horizontalidade, podendo o paciente, sem desrespeitar os saberes médicos, participar das tomadas de decisões referentes à sua saúde e à sua própria vida.

essa perspectiva mais horizontal, nos mostra uma valorização do princípio da autonomia, que segundo o projeto de lei “confere à gestante o direito de, bem orientada pelo médico que a acompanha, escolher a via de parto de sua preferência” (SÃO PAULO, 2019, p. 1).

Fica evidente no projeto que a base para sua construção está somente na escolha pessoal de um grupo de mulheres, sem levar em questão a beneficência e não-maleficência de um ou outro modo de nascer, só entra em questão o princípio da autonomia. Consta, no projeto, a seguinte defesa (SÃO PAULO, 2019, p. 1):

os formadores de opinião que defendem a supremacia do parto normal à cesárea, em regra, se apegam à ideia (correta) de que as parturientes têm direito ao próprio corpo e devem ter seu desejo respeitado. No entanto, defendem o direito de a parturiente escolher (e ser respeitada) apenas quando a parturiente escolhe o parto normal, ou o parto natural. Quando a parturiente escolhe a cesárea, esses mesmos grupos abandonam o discurso de que a mulher deve ser ouvida e acolhida em seus desejos, presumindo que essa mulher não foi bem informada e esclarecida.

Fica aqui explícita uma grande intenção em permitir que mulheres possam vivenciar experiências mais positivas, com mais controle sobre seu parto. No entanto, o projeto peca em defender algumas de suas teses.

Entendemos que a autonomia é o princípio central a ser discutido quando é citado, por exemplo, que “a imposição do parto normal, seja ele natural ou não, viola o princípio central da Bioética, qual seja, a autonomia” (SÃO PAULO, 2019, p. 2), mas não há evidência científica que permita à proponente dizer que “haja vista os riscos que circundam o parto normal, seja ele natural ou não, pode-se dizer que

a imposição do parto vaginal finda por violar também o princípio da não-maleficência.” (SÃO PAULO, 2019, p. 2) pois tais riscos não são referenciados. Ainda assim, o projeto é estabelecido segundo a visão de um grupo muito grande de mulheres, que carregam e disseminam essas crenças.

Também não há referências quando a deputada defende que “nos casos concretos em que houve morte e ou graves sequelas ao bebê, [...] se a cesárea tivesse sido determinada antes, os sinistros não teriam se verificado. Em outras palavras, a cesárea diminui os riscos para as mães e para os filhos.” (SÃO PAULO, 2019, p. 5), o que vai assustadoramente contra as evidências científicas apresentadas no subcapítulo anterior desta pesquisa, mas é reproduzido em muitas salas de pré-natal e conforta milhares de parturientes em todo o país.

Sabendo que este movimento surge também da preocupação de muitas mulheres que são, diariamente, bombardeadas por experiências negativas de outras mulheres atreladas ao parto normal, não se pode invalidá-lo por não estar em sintonia com o conhecimento científico, que muitas vezes nem chega da melhor forma até a maior parte da sociedade. Não se pode invalidá-lo também tendo em vista que órgãos médicos se posicionaram a favor da lei aqui apresentada, no caso, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), ainda que muito criticado pela Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), que se posicionou absolutamente contra a lei por falta de clareza nas informações e falta de embasamento científico para defender que o maior acesso a cesárea resultaria em menores índices de mortalidade para mães e bebês, segundo a Revista Consultor Jurídico¹⁶. Assim como o Conselho Nacional de Saúde, que recomendou revogação imediata de tal lei ao governador do estado de São Paulo, João Dória, alertando que as cesarianas desnecessárias expõem a mulher a três vezes mais o risco de morte¹⁷. Até o fim deste estudo, a lei permaneceu em vigor.

Os órgãos que defendem a realização de cesáreas eletivas, obviamente, junto a pesquisadores da área, já estão buscando contrapontos científicos para embasar suas teses. Recentemente, uma análise de todas as edições do livro

¹⁶ Disponível em <https://www.conjur.com.br/2019-ago-27/ptb-entra-justica-lei-cesarea-janaina-paschoal>. Acessado em outubro de 2019.

¹⁷ Recomendação 038, de 23 de agosto de 2019, do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/images/Reco038.pdf>. Acessado em novembro de 2019.

Obstetrícia, de Jorge de Rezende, foi realizada por três pesquisadores da Fiocruz (RJ) para discutir o aperfeiçoamento da técnica da cesárea, nela Nakano, Bonan e Teixeira (2016, p. 157) defendem que “a trajetória acadêmica de Rezende se inscreve – e ao mesmo tempo colabora – para a afirmação de um estilo de pensamento que normaliza a prática da cesárea como modo de nascer”. A partir da análise realizada, Nakano, Bonan e Teixeira (2016, p. 162) puderam concluir que

a cesariana encontra retaguarda para sua expansão no limiar do século XX: a sistematização das técnicas cirúrgicas obstétricas, associada a outras condições favoráveis – a criação dos centros cirúrgicos, das técnicas de esterilização do material e da anestesia, a ideia da importância de estudar e controlar os riscos obstétricos, o desenvolvimento de rotinas de monitoramento do trabalho de parto e o treinamento de pessoal especializado –, foi determinante.

Nas páginas do livro por eles (NAKANO, BONAN, TEIXEIRA, 2016) analisado, Rezende atribui os sucessos da cesárea aos benefícios conquistados ao longo dos anos, em especial, a redução da mortalidade materna:

não é surpreendente que se lhe ampliem as indicações e crescente seja a sua incidência; caminham parelhamente com a redução progressiva da mortalidade materna. É do mesmo passo indubitável que o rápido e progressivo emprego do parto abdominal subordinasse ao propósito de proteger, afincadamente a vida do concepto.

Consta ainda na análise de Nakano, Bonan e Teixeira (2016, p. 164) que, em situações favoráveis, a cesárea seria o tipo de parto que permite os melhores resultados:

se antes as operações cesarianas visavam enfrentar riscos manifestados ao longo do parto, em uma lógica inversa, no estágio atual, as cesarianas de rotina – decididas de antemão, marcadas previamente, até mesmo antes do início do trabalho de parto – podem evitar muitos desses riscos.

Ao longo da obra de Rezende (edição de 2006) argumentos em defesa da universalização da cesárea vão muito além de “indicações” e compreendem a proteção do médico contra processos judiciais, a otimização do tempo de trabalho do profissional e a prerrogativa da mulher de realizar um parto cesáreo “a pedido” (NAKANO, BONAN, TEIXEIRA, 2016, p. 164).

A convicção de que o destino da cesárea, o dito “ato cirúrgico perfeito”, é sua universalização, dispensaria as longas páginas de discussão sobre as indicações médicas e outras justificativas para a realização da cesárea. Entretanto, mesmo se referindo a eles apenas nas entrelinhas, Rezende tem seus “adversários empedernidos” (NAKANO, BONAN, TEIXEIRA, 2016). Na edição de *Obstetrícia* de 2005, Rezende (apud NAKANO, BONAN, TEIXEIRA, 2016, p. 165) se declara um “cesarianista convicto”:

confiante no trabalho começado por mestre e desenvolvido ao longo de quase um século em sua escola, na sua casuística, na sua experiência, na contribuição disso tudo ao conhecimento e técnica do parto cirúrgico, o decano da obstetrícia brasileira difunde um estilo de pensamento: se antevisto um risco, cesárea; na iminência dele, cesárea; na emergência, cesárea; para se proteger de processos, cesárea; para proteger a saúde mental da mulher, cesárea; se não souber resolver casos complicados, cesárea.

Este levantamento revela que a apropriação e o desenvolvimento de técnicas de operação cesariana pela equipe da Maternidade-Escola de Laranjeiras, tendo à frente o obstetra Jorge de Rezende, contribuíram para colocar em marcha a formação de um estilo de pensamento e de novas práticas interativas e normativas em torno do parto e do nascimento no Brasil. Ao longo de suas edições, enfatizando o aperfeiçoamento continuado da técnica, o livro *Obstetrícia* amplia o escopo da cesárea e apresenta-a como uma técnica potencialmente universalizável: não somente um recurso disponível para as emergências obstétricas, mas sim, como prática mais vantajosa do que o parto vaginal, em inúmeras situações.

Segundo esta linha de pensamento, mulheres nem deveriam ou precisariam optar pela cesárea, se quer ouviriam sobre riscos, benefícios, diferenças de cada tipo de parto e, muito menos, teriam de confrontar informações com o conhecimento científico, pois isto nem seria “saudável” psicologicamente para a mulher (REZENDE, 2005), ficando nas mãos do médico toda a responsabilidade e poder de execução. Fica a pergunta: seria este o cenário mais confortável e seguro? Buscamos responder a mesma no próximo subcapítulo.

2.3 A busca por experiências positivas

Em uma sociedade dividida, onde nem os órgãos de saúde entram em consenso, é visto que estamos diante de uma situação onde comunicadores devem

exercer seu importante papel de levar informação e dialogar com a sociedade, auxiliando na busca e na luta por experiências positivas.

Neste sentido, Oliva (2010) compara determinações curiosas de dois importantes órgãos, são eles: o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e a International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Enquanto o ACOG afirma que na ausência de dados significativos acerca dos riscos e benefícios da cesariana, se o clínico acreditar que o parto cirúrgico promove a saúde e o bem-estar materno e fetal, mais do que o parto vaginal, é eticamente justificada a realização de cesariana. Em contraste, a FIGO recomenda que, atualmente, devido à falta de evidência, a realização de cesariana sem razões médicas é eticamente injustificável.

Se nem os grandes órgãos que fornecem as diretrizes para médicos e profissionais da saúde entram em um consenso, não poderíamos esperar que as mulheres, brasileiras ou não, estivessem todas inclinadas a uma mesma escolha ou a um mesmo tipo de comportamento. A busca por experiências positivas é repleta de dúvidas, anseios e preocupações, que somente um bom plano de parto, feito durante todo o pré-natal, pode amenizar. Sem dúvidas os desejos da mãe devem ser respeitados, e isso vai muito além do parto.

“Para a maioria das mulheres, a dor do parto é a segunda maior preocupação depois da segurança do bebê” (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 21), isso nos diz que, se a dor é o fator que mais assusta as mães no parto normal, e as faz pensar na cesárea, existe um grande contraponto para a questão, que é a saúde e segurança do seu filho e “todos os estudos rigorosos comprovam que o parto normal é mais seguro para a mulher e seu bebê” (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 36).

É muito importante, como sociedade, que estejamos atentos à linha tênue que deve existir entre uma experiência positiva para a mãe e as melhores condições de nascer para o bebê, algo que parece ter se perdido um pouco ao longo de tanta discussão sobre a autonomia da paciente e o papel do obstetra. Para o UNICEF Brasil (2017),

os direitos de cada criança começam – e devem ser garantidos – antes mesmo do nascimento. Para tanto, é fundamental que as mulheres tenham acesso ao pré-natal de qualidade e recebam todas as orientações para que seus filhos possam nascer no momento certo, de forma humanizada.

Para “sensibilizar a sociedade sobre a importância de esperar o trabalho de parto espontâneo e evitar cesarianas desnecessárias” (UNICEF, 2017) foi desenvolvida a campanha *Quem Espera, Espera, pelo direito de nascer na hora certa*, onde o UNICEF esteve buscando colocar em pauta também os direitos e a necessidade dos bebês de saírem ou serem retirados do útero de suas mães somente ao estarem totalmente maduros, o que só pode ser garantido com o início do trabalho de parto.

Nosso estudo buscará exatamente compreender o papel desta campanha, contudo, antes de avaliar a construção e o conteúdo da mesma, elaborada com o intuito de conscientizar, dialogar e mudar o comportamento de mulheres e família brasileiras em relação ao parto e nascimento, realizamos revisão bibliográfica também sobre campanhas de comunicação e os modelos mais recorrentes de comunicação para fins sociais, sendo este o tema do capítulo a seguir.

3 COMUNICAÇÃO E CAMPANHAS SOCIAIS

Na comunicação, uma campanha é considerada um conjunto de esforços e meios de se chegar a um determinado objetivo. Uma campanha de propaganda, segundo Sampaio (1999, p. 237) “pode ser definida como a soma de diversos esforços publicitários integrados e coordenados entre si, e realizados para cumprir determinados objetivos de comunicação de um anunciante” o que é totalmente diferente de um anúncio ou comercial isolado por demandar uma organização destes esforços, a adoção de um tema e a completa integração entre as peças que integram tal campanha. A integração entre as peças é o ponto crucial das campanhas como estratégia de comunicação, fazendo com que todos os esforços levem para o mesmo objetivo, ou seja, “somar seus esforços na obtenção de um resultado positivo de impacto e convencimento do consumidor” (HOFF; GABRIELLI, 2004, p. 29).

Para as autoras Toaldo e Machado (2013, p. 3),

a possibilidade de abordar o receptor de diversas formas, em lugares inesperados, com a possibilidade de transmitir-lhe a mesma mensagem várias vezes, contribui para que ele a perceba, a compreenda e, especialmente, se deixe tocar por seus apelos,

no entanto, uma boa campanha deve atender a diversos fatores para que seja eficiente. A continuidade, um dos fatores que caracteriza uma campanha

publicitária, permite que os argumentos da campanha sejam empregados através de uma sequência lógica, resultando em diversas oportunidades de convencimento do receptor através das mídias escolhidas. Segundo Cabral (1990¹⁸ apud TOALDO; MACHADO, 2013), a publicidade motivadora “atua por fatores acumulativos. É a quantidade que provoca uma nova qualidade, um novo posicionamento, gerando conceitos e formando tendências”, assim, a quantidade de peças que fazem parte de uma campanha, somada ao tempo em que esta é veiculada, faz com que tenha uma durabilidade maior, podendo se estender até mesmo por anos (VESTERGAARD; SCHRODER, 2000).

Tal durabilidade é um dos pontos a serem estabelecidos de forma estratégica no planejamento da campanha, que vai depender muito do seu tipo e objetivos, por exemplo, uma campanha de lançamento deverá ter configurações diferentes de uma campanha de vendas. A presença na mídia é determinante, as marcas desejam ser lembradas, mas a exposição publicitária é um fator que precisa de alguns pontos delimitadores como a quantidade de peças que totalizam a campanha, a diversidade das mesmas, os espaços e mídias relacionados que sempre dependerão de outros aspectos, que podem ser a verba disponível, os objetivos de mercado, os problemas de comunicação que possam ter servido de justificativa para a campanha e as ações da concorrência, por exemplo (CABRAL, 1990). É com base nos diferentes objetivos e finalidades de comunicação, que se escolhe o tipo de campanha mais adequado, conforme os interesses do anunciante.

Segundo a revisão de Toaldo e Machado (2013), são seis os tipos de campanhas: promocionais, institucionais, de varejo, sociais, políticas e de marketing direto. Através de revisão do estado da arte de conceituações sobre os tipos de campanhas na área da publicidade, as autoras se utilizaram de diversas obras que trataram individualmente de tipos específicos de campanhas de propaganda. Os autores que ajudaram a compor esta revisão foram Cidade (2006), Hoff e Gabrielli (2004), Lupetti (2000) e Cabral (1990).

Utilizando dessa nova composição do estado da arte, organizada pelas autoras, que atende perfeitamente aos objetivos desta pesquisa, já que nos aproxima do objeto e facilita o entendimento, fez-se uma breve descrição para cada tipo de campanha da seguinte forma: as campanhas promocionais são aquelas que

¹⁸ CABRAL, Plínio. *Propaganda: técnica da comunicação industrial e comercial*. São Paulo: Atlas, 1990.

trabalham a imagem de produtos, serviços e suas marcas com o objetivo de estimular seu consumo. As campanhas institucionais tratam da imagem de uma instituição ou organização, com o objetivo de transmitir segurança e credibilidade em relação à empresa em si ou seus produtos/serviços/marcas. As campanhas de varejo promovem, especificamente, a venda de produtos propriamente dita, são destinadas ao setor de comércio. Campanhas sociais são aquelas destinadas a comunicar causas, provenientes de ONGs ou de governos, abordando temas de interesse da sociedade. Já as campanhas políticas trabalham a imagem de candidatos a postos eletivos e postos dos próprios governos, com o objetivo de divulgar projetos e corrigir impressões negativas por parte do público. Por fim, as campanhas de marketing direto são aquelas que promovem a venda por meio de algo contido na própria peça de comunicação, que pode ser um cupom ou ficha de inscrição (TOALDO; MACHADO, 2013).

Para que uma campanha de comunicação alcance seus objetivos, independentemente do tipo a que pertence, ela precisa atender a um protocolo que lhe garanta forma e força persuasiva. Os elementos deste protocolo são: tema, abordagem, linha criativa, apelos básicos e aspectos emocionais. Tal composição de elementos também foi apresentada a partir do estudo do estado da arte mencionado anteriormente, realizado por Toaldo e Machado (2013) a partir de conceitos trazidos inicialmente por Carrascoza in Perez e Barbosa (2008), Bertomeu (2006), Sant'anna (2002), Hoff e Gabrielli (2004), e Lupetti (2000).

O tema, como vimos anteriormente, é um aspecto determinante para que um conjunto de peças e esforços de comunicação possa ser configurado como uma campanha. Para Sampaio (1999) o tema de uma campanha pode ser um slogan, uma frase, um elemento visual, gráfico ou mesmo sonoro que carregue, resumidamente, a essência do que se quer comunicar ou posicionamento de quem está comunicando, ou seja, aquilo que é mais importante dizer em toda a campanha. O tema também é o elemento integrador entre as diversas peças de comunicação produzidas e deve estar presente em todas elas.

A abordagem é um elemento que se divide em duas opções: emocional ou racional. Segundo Toaldo e Machado (2013, p.5)

o racional é utilizado quando se quer ressaltar características técnicas, objetivas, demonstráveis do produto/serviço. Já o apelo emocional é utilizado nas ocasiões em que o foco são os atributos

subjetivos do produto/serviço, onde trabalha-se os benefícios que o consumidor obterá com seu uso.

A linha criativa é o que define a maneira como o conteúdo das peças da campanha será abordado, ou seja, um direcionamento sobre como deverá estar estruturada a mensagem transmitida pela campanha. A linha criativa pode ser, por exemplo, humorística, erótica, narrativa, testemunhal, comparativa, informativa, irônica, ambígua, polêmica (TOALDO; MACHADO, 2013).

O que chamamos de apelo, ou apelo básico, se trata de formas de convocar os receptores baseado em seus desejos, promovendo engajamento na causa, produto ou marca anunciada. Os apelos podem ser dirigidos a desejos como: alegria, amor, ambição, aparência, beleza, status, sucesso, autoconfiança, estilo, popularidade, prazer, sexo, família (TOALDO; MACHADO, 2013).

Por fim, os aspectos motivacionais, que configuram as forças que atuam em cima de desejos do receptor e o levam à ação, resultando em um comportamento específico em razão de satisfazer uma necessidade ou objetivo do consumidor. São alguns fatores motivacionais muito utilizados: identificação, projeção, rejeição, idealização (TOALDO; MACHADO, 2013).

No entanto, fazer as melhores escolhas para cada um dos elementos fundamentais de uma campanha, listados acima, depende uma série de outras competências, que podem parecer simples, como conhecer bem o seu público, mas que são complexas e cruciais para o sucesso de uma campanha. Para que se consiga mobilizar e/ou persuadir um determinado público é preciso estabelecer o como e o onde publicar e, além disso, já conseguir prever as reações de quem receberá os estímulos da mensagem. Para isso, algumas questões precisam ser consideradas.

A primeira delas é o excesso de informação ao qual todos estamos submetidos, sobre tudo e o tempo todo, logo não é quem mais grita ou quem grita mais algo que fará a melhor propaganda ou terá maior alcance. Quanto mais conhecermos as particularidades psicossociais do público, melhor identificaremos as oportunidades de falar com ele e captar sua atenção. A ferramenta ideal para isto é a pesquisa. A segunda questão é saber considerar atuais movimentos modeladores da opinião pública, que geram líderes de opinião, são eles: a credibilidade de alguns órgãos ou mídias e os influenciadores, que com sua opinião

ou consumo de determinado produto/serviço servem de referência para que outras pessoas façam o mesmo. A terceira questão é a junção de tudo isso com o indispensável estudo das motivações de um público antes da ação. Ou seja, tendo desenhada a estratégia para alcançar diretamente o público desejado, é fundamental que se possa gerar identificação entre o mesmo e a mensagem. Para tanto, o caminho é conhecer o consumidor em potencial no nível de hábitos, localidade, volume, momento de vida, quem está brigando pela atenção dele e quais apelos estão utilizando (SANT'ANNA; JÚNIOR E GARCIA, 2013).

Outro ponto importante, é admitir que mobilizar pessoas e interferir em sua vontade e ações não é tarefa fácil. Se assim fosse, ninguém mais dirigiria alcoolizado ou deixaria de usar preservativos, pois já vimos grandes campanhas sociais de mobilização, conscientização e mudança de comportamento voltadas a estes atos, reconhecidamente prejudiciais. A grande questão é que “a propaganda precisa ser afinada com as tendências sociais e as motivações humanas para ter chance de sucesso” (SANT'ANNA; JÚNIOR; GARCIA, 2013, p. 95).

Entre os tipos de campanhas citados e descritos anteriormente, interessa a esta pesquisa aprofundar os estudos sobre as campanhas sociais, que são aquelas capazes de abordar temas e dilemas pertinentes ao interesse público, como as questões sobre parto e nascimento trazidas no capítulo anterior. Segundo Martins, Barbosa e Cezar (2014, p. 539)

as campanhas publicitárias governamentais, que distribuem informações com o intuito de intervir nas decisões das pessoas em prol do bem-estar social, são conhecidas como campanhas de marketing social. Tais campanhas são de grande importância para a relação entre o Estado e a sociedade, tendo em vista que buscam induzir a transformação social tendo como alicerce a mudança dos hábitos de uma população.

O Marketing Social será, então, o tema do nosso próximo subcapítulo, que buscará compreender as características de uma campanha desenvolvida para este fim.

3.1 Marketing Social

O Marketing Social (MKTS) surgiu e começou a ser teorizado através de Kotler e Zaltman, em 1971, segundo Silva e Mazzon (2018, p. 808), eles

buscaram localizar o Marketing Social como a concepção, implementação e controle de programas para influenciar a aceitabilidade das ideias sociais, considerando a pesquisa, o produto, o preço, a distribuição e a comunicação em Marketing.

Para Kotler, Nancy e Michael (2006 apud KOTLER e LEE, 2011, p. 26) “o marketing social é um processo que aplica princípios e técnicas de marketing para criar, comunicar e proporcionar valor para influenciar comportamentos do público-alvo que beneficia tanto a sociedade quanto o público-alvo”. Para Giangrande (2013, p.91) o MKTS “é a gestão estratégica da transformação e mudança social, guiada por preceitos éticos e de equidade social”. Como complemento, segundo Silva e Mazzon (2016, p. 165), o MKTS “é pouco eficiente e eficaz quando a proposta se foca tão somente em educar ou sensibilizar, porém, se a educação e a consciência do indivíduo converterem para a mudança social, o Marketing Social é adequado”.

Para Schiavo (1999) o MKTS se diferencia pois proporciona uma forma única de visualizar as questões sociais, identificando possibilidades de intervir e modificar quadros e tendências sociais, fazendo da comunicação de marketing uma tecnologia para administrar o processo de transformação social. Ou seja, o que entendemos aqui como MKTS é hoje um caminho para alcançar indicadores sociais, fazendo com que os indivíduos ajam de forma diferente da atual para mudar um cenário mais amplo. Logo, o MKTS visa solucionar problemas que requerem atenção, aceitação e satisfação pública, considerando o bem-estar na sociedade em geral (Kotler & Lee, 2008¹⁹ apud Silva & Mazzon, 2016).

Mas nem todas as formas de se trabalhar metas sociais se referem ao MKTS. Segundo McDermott, Stead & Hastings (2005²⁰ apud SILVA; MAZZON, 2018, p. 811)

as tentativas para atingir objetivos sociais podem ser divididas em duas categorias: comportamentais e não comportamentais. Por exemplo, a prevenção de fatalidades nas estradas pode ser tratada mediante instalação e airbags em carros (não comportamental) ou se persuadir as pessoas a usarem os cintos de segurança (comportamental). Soluções não comportamentais tendem a ser da área de tecnologia – não requer o papel ativo do indivíduo; e

¹⁹ KOTLER, P.; LEE, N. (2008). *Social Marketing: Influencing Behavior for Good*. 3 ed. Thousand Oaks: Sage.

²⁰ MCDERMOTT, L.; STEAD, M.; HASTINGS, G. What is and What is not Social Marketing: The Challenge of Reviewing the Evidence. *Journal of Marketing Management*, 21(5), 545-553, 2005.

soluções comportamentais exigem ações de Marketing Social – requer papel ativo do indivíduo.

É importante destacar que outra aplicação do marketing, cujo nome correto é Marketing Relacionado a Causas (MRC), é muito confundido com o MKTS. O MRC busca dar ênfase às parcerias entre empresas e ONGs que utilizam o poder de suas marcas para beneficiar ambas, estando mais relacionado aos próprios resultados de vendas do que à filantropia, recebendo, assim, críticas dos profissionais de MKTS por usar razões sociais nas estratégias que visam o lucro (SILVA; MAZZON, 2018). Reconhecendo que a finalidade do MKTS é produzir mudanças sociais reais através da mudança de comportamento dos indivíduos, entendemos que todo o plano de ação deve ser norteado por essas mudanças sociais que se pretende alcançar. “É no “P” de produto, o denominado “produto social”, que o Marketing Social se diferencia de qualquer outra modalidade de Marketing” (SILVA; MAZZON, 2018, p. 808).

O papel dos gestores públicos também é muito discutido nas publicações acerca do MKTS. Silva e Mazzon (2016) destacam que a dedicação dos gestores ao MKTS é um tempo bem gasto, um investimento em resultados eficazes envolvendo a população e mudança de hábitos ou estilo de vida. Silva e Mazzon (2018) também salientam que, através dos princípios do MKTS, os gestores podem se aprofundar em questões sociais e produzir campanhas voltadas para as necessidades, desejos e expectativas dos indivíduos, aprimorando as condições de saúde, educação, trabalho, moradia, alimentação e transporte, por exemplo, por meio da mudança de comportamento do indivíduo e da população e em prol do bem-estar e qualidade de vida dos mesmos, porém, sem o objetivo de aferir lucros, vendas e reputação, como nas demais aplicações do marketing.

Importante destacar também que o MKTS é baseado em um processo metódico de planejamento estratégico, logo, “propiciar ao gestor a compreensão do público-alvo de uma visão 360 graus da causa do problema e das possíveis soluções” (SILVA, MAZZON, 2016, p. 165) se faz necessário para o sucesso de uma campanha. Essas trocas de conhecimento necessárias não acontecem no modelo que temos hoje. Na visão de Silva e Mazzon (2016, p. 165),

a saúde pública tem sido ineficaz na criação de mudança de comportamento, uma vez que os profissionais vêm dizendo o que eles pensam que a população precisa mudar sem ao menos

compreender o que elas precisam para mudar. Marketing desenvolve soluções a partir da perspectiva externa para a interna e não o contrário. Em outras palavras, conhecer a causa para propor soluções.

Ainda no caso da saúde pública, exemplo mais utilizado nas obras de MKTS, Silva e Mazzon (2016, p 165) utilizam-se de obras de Donovan (2011²¹) e Marchioli (2006²²) para listar algumas das considerações mais relevantes para os programas de MKTS na área da saúde, são elas:

(i) compreender o modelo de Marketing Social adequado aos propósitos da saúde pública em cada país; (ii) assegurar a coordenação de pessoas-chave para a segmentação de mercado eficaz; (iii) realizar pesquisas para garantir a concepção do programa de Marketing Social mais adequado; (iv) usar o poder do Marketing Social para induzir e ampliar o acesso aos produtos – benefícios; (v) investir em comunicação para disseminar a mudança de comportamento desejada; e (vi) um plano de sólido e sustentável do início ao fim.

Entretanto, como dito por Henley, Raffin e Caemmerer (2011), as campanhas de MKTS têm sido desenvolvidas e implementadas em uma ampla variedade de áreas, embora os exemplos mais utilizados e que chamam mais atenção sejam as campanhas relacionadas a temas de saúde pública. O MKTS é mais comumente relacionado aos cuidados em saúde, segundo Silva e Mazzon (2016, p. 195) por ser muito apropriado devido

(i) à orientação ao consumidor desde o início do processo de planejamento, uma vez que o consumidor vem em primeiro lugar; quer dizer que as campanhas serão abordadas mediante perspectiva do consumidor; (ii) à melhoria no processo de gestão, execução e avaliação dos programas de intervenção usando atividades de Marketing eficientes e eficazes, por meio do desenvolvimento de um plano alinhado ao público-alvo; (iii) à elaboração e transmissão a mensagem da campanha mediante mídias apropriadas para obter a atenção do público-alvo; (iv) à melhoria da satisfação do público-alvo a partir da pesquisa de Marketing, a fim de conhecer os resultados que devem ser alcançados em determinada campanha de saúde; e (v) à ajuda aos cidadãos-consumidores, uma vez que a análise do mercado permite descobrir quais os problemas de saúde exigem mudança de comportamento.

²¹ DONOVAN, R. J. The Role for Marketing in Public Health Change Programs. *Australian Review of Public Affairs*, 10(1), 23-40, 2011.

²² MARCHIOLI, A. *Marketing Social et Efficacité des Campagnes de Prévention de Santé Publique: Apports et Implications des Recents Modèles de la Communication Persuasive*, *Communication & Marketing*, 1, 17-36, 2006.

Por fim, entende-se que o MKTS é um desdobramento do Marketing tradicional, só que muito mais complexo, por envolver métricas intangíveis, como bem-estar e qualidade de vida. Já uma boa campanha de MKTS deve ser uma iniciativa que se baseia em pesquisas, planejamento estratégico, modelos de comportamentos de mudança, que integra todos os elementos do composto de marketing e cujo ambientes possibilitam ações/respostas do público-alvo da campanha. Além disso, os profissionais de MKTS que desenvolvem campanhas devem compreender o papel das áreas de apoio, que serão fundamentais em muitos casos, alguns exemplos podem ser a antropologia, sociologia, psicologia, economia, políticas de saúde, gestão pública, direito e comunicação, a fim de aperfeiçoar as campanhas para alcançar a eficiência e eficácia de resultados, apenas o conhecimento de Marketing Social não é o suficiente para gerenciar uma campanha de saúde (SILVA; MAZZON, 2016).

Sendo a transformação social (por meio da mudança de comportamento) o objetivo central do MKTS, os especialistas devem estar atentos a uma série de questões que baseiam a atitude de mudança entre os indivíduos, por exemplo: quais os benefícios da mudança? Haverá renúncias para mudar? Alguém como eu pode fazer isto? Há outras pessoas fazendo isto? Alguém vai rir de mim se eu fizer isto? Baseado nisso, o grande desafio do MKTS é descobrir todas essas percepções, e muitas outras, que serão determinantes entre as pessoas envolvidas no processo da mudança de comportamento, “se os profissionais de Marketing Social desconhecem quais são os determinantes que influenciam o comportamento dos indivíduos, eles não poderão saber que tipo de solução o Marketing poderá prover” (SILVA; MAZZON, 2018, p. 812).

Segundo Silva e Mazzon (2015), parte deste processo importante é enxergar o que o público percebe como benefícios e barreiras para a mudança de comportamento e atuar nisso. Para os autores,

benefício é algo que as pessoas querem: melhoria da autoimagem, boa saúde, paz de espírito, conveniência e aprovação das pessoas que se importam com elas. Barreira é algo que fica entre o indivíduo e a ação. Essas barreiras são os custos monetários, mas, na maioria das vezes àqueles não monetários (SILVA; MAZZON, 2018, p. 812).

Ou seja, “o Marketing Social se destina a resolver problemas sociais que requerem atenção, aceitação e esforço do indivíduo, bem como da sociedade em querer mudar” (SILVA; MAZZON, 2018, p. 812). O foco do profissional que desenvolve uma campanha voltada ao MKTS deve ser convencer as pessoas a agirem pela mudança e alcançar as metas propostas. Assim, “qualquer organização tem permissão para elaborar campanhas de Marketing Social, contudo, deve seguir os princípios que a mudança do público-alvo é a finalidade e não a obtenção de lucros” (SILVA; MAZZON, 2018, p. 817).

Pode-se concluir assim, na percepção de Silva e Mazzon (2018, p. 817), que

o marketing social é um esforço em transformar a realidade social de uma determinada sociedade, por meio de ações, atitudes, ideias e comportamentos que reflitam no indivíduo a oportunidade e a vontade de aderir a um padrão de vida mais saudável, com a finalidade de garantir, por intermédio de um composto de Marketing integrado, a mudança de comportamento planejada. [E é também] o reconhecimento de uma causa social e fazer o uso de táticas (Marketing Integrado) que permitam resolver isto, entretanto, respeitando o livre arbítrio, o desejo e as decisões, mesmo que sejam contrárias aos benefícios propostos da mudança de comportamento.

Importante destacar novamente que os princípios do MKTS defendem que a legítima mudança deve surgir nos indivíduos, os alvos do processo de mudança, jamais devem ser impostos. Deste modo, quando uma mudança social não ocorre, segundo Silva e Mazzon (2018, p.817), é porque:

(i) os profissionais não conseguiram refletir no público-alvo os benefícios da mudança; (ii) os benefícios não foram devidamente compreendidos pelo público-alvo; e (iii) o público-alvo percebeu os benefícios, mas, optaram por não renunciar ao seu estilo de vida para aderir à mudança.

Sobre como vem sendo praticado o MKTS atualmente, estudos recentes de Henley, Raffin e Caemmerer (2011 apud SILVA; MAZZON, 2018, p. 818) notam que

suas ações e práticas vêm sendo mais bem adequadas aos programas de saúde pública, pois: (i) correspondem os objetivos tanto da saúde pública quando do Marketing Social são os mesmos, ou seja, a saúde por meio da mudança social; (ii) asseguram a coordenação entre os elementos-chave para a segmentação eficaz do público-alvo; (iii) realizam pesquisas para garantir a concepção

do programa de Marketing Social adequado e implementação; (iv) usam o poder do Marketing Social para introduzir e ampliar o acesso aos produtos benéficos; (v) investem na mudança de comportamento com uso dos meios de comunicação para promover a mudança desejada; (vi) elaboraram, a partir de um plano sustentável, os processos e etapas das campanhas.

Após revisão bibliográfica, Silva e Mazzon (2016) propuseram um modelo de Plano de Marketing Social, tipo de documento que contém as diretrizes táticas para determinado programa de Marketing, indicando os recursos necessários, conhecimentos sobre o mercado e, principalmente, os objetivos de Marketing da organização. Um Plano de Marketing tradicional, além de conter a base para a comunicação, contempla a atribuição de responsabilidades e tarefas, cronogramas para a sua implementação, e auxilia no acompanhamento e avaliação do desempenho das estratégias de Marketing que serão utilizadas, esta definição surgiu a partir de revisão realizada por Mangini, Urdan e Conejero (2019), utilizando-se das obras de Abratt, Beffon, & Ford (1994²³) e Meredith (2016²⁴). Complementando a partir de Neves (2007), um Plano de Marketing também precisa detalhar o mercado, as metas, objetivos, estratégias, táticas de Marketing, orçamento e coordenação, além de demonstrar o retorno esperado para a empresa.

Como visto anteriormente, o MKTS tem suas particularidades que indicam que um plano de marketing desenvolvido para este segmento deve partir de uma configuração um tanto diferente. Com o propósito de contribuir para a arte do Marketing Social e também descobrir novas oportunidades de empreender ideias e comportamentos para influenciar os indivíduos, Silva e Mazzon (2016) propuseram um modelo de Plano de Marketing Social, que visa compreender as etapas requeridas para configurar uma proposta de benefícios atraente em uma campanha de saúde. Ou seja, mais uma vez, temas em saúde serviram de base para a construção de teorias do Marketing Social, vejamos a seguir.

Silva e Mazzon (2016, p. 167) partem de três níveis que compõem o plano, cada um com diversas etapas agrupadas, são eles:

(i) diagnóstico: cuja função envolve pesquisa e análise do mercado social com vistas a identificar os problemas sociais; (ii) benefícios e

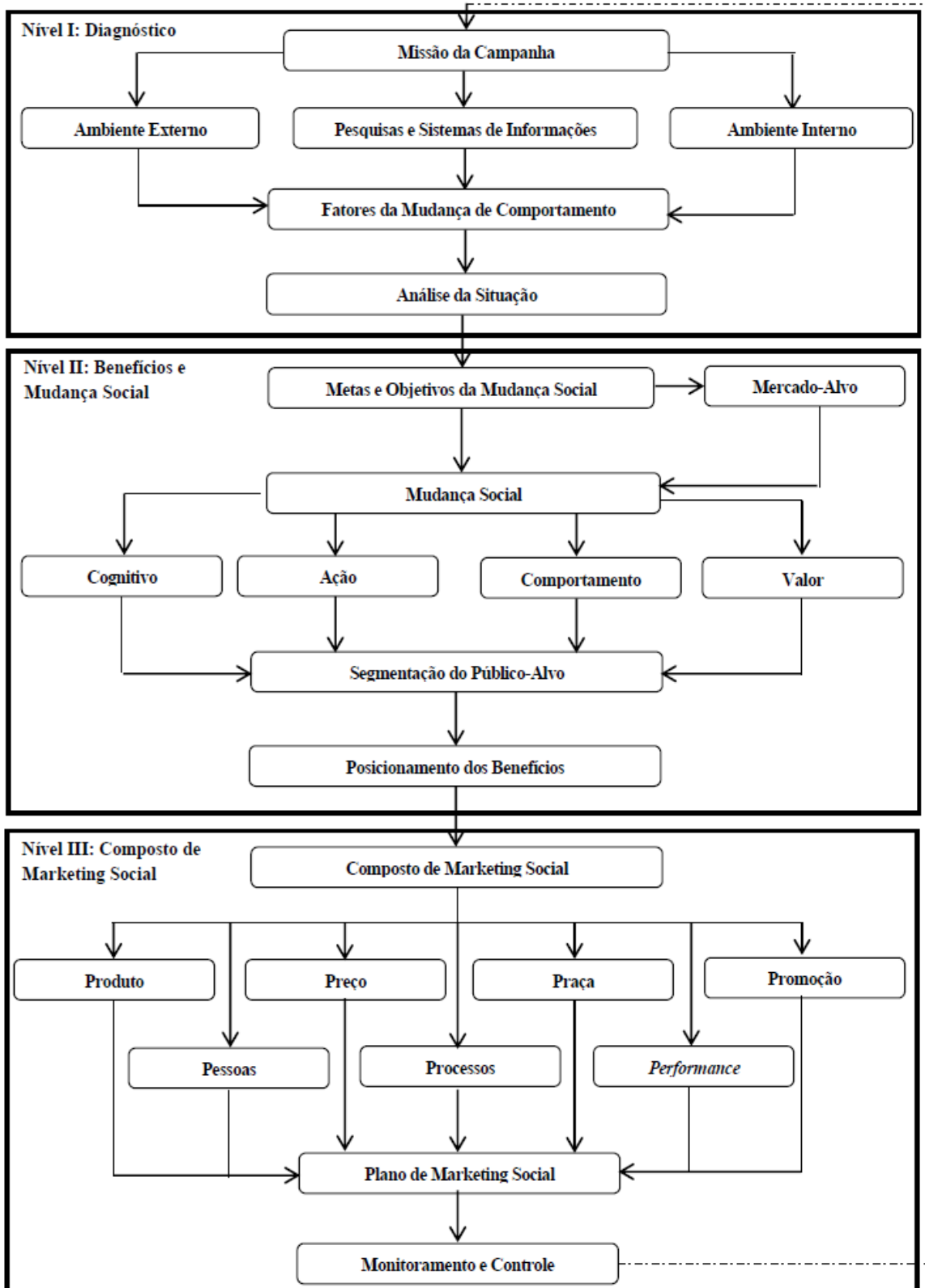
²³ ABRATT, R.; BEFFON, M.; FORD, J. Relationship between Marketing Planning and Annual Budgeting. *Marketing Intelligence & Planning*, 12(1), 22–28, 1994.

²⁴ MEREDITH, L. Multiple marketing plans: an analytical template. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 31(4), 519–530, 2016.

mudança social: cujo objetivo é desenhar uma proposta de benefício adequada ao público-alvo; (iii) composto de Marketing: são as ferramentas que irão assegurar a construção dos benefícios, à mensuração, à análise e à avaliação dos resultados da campanha.

Cada um dos três níveis pode ser melhor compreendido através do Modelo de Plano de Marketing Social, desenvolvido pelos autores e apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Modelo de Plano de Marketing Social



Fonte: Silva e Mazzon, 2016, p. 168.

Cada item que compõe o esquema é detalhado profundamente²⁵ pelos autores, mas a este estudo interessa a compreensão de que os princípios do MKTS exigem mudanças voluntárias dos indivíduos e alterações necessárias no ambiente para facilitar tais mudanças. Para Silva e Mazzon (2016, p. 174) isso se realiza ao

(i) determinar o problema por meio de coleta de dados sistemática de dados, para a definição da missão, dos objetivos e metas de mudança; (ii) identificar os comportamentos de risco e determinantes externos e internos que impactam a condição de vida dos indivíduos na tentativa de diagnosticar os problemas sociais; (iii) desenvolver e implementar intervenções para entender o segmento de público-alvo; (iv) aplicar intervenções eficazes em toda a população e avaliar o impacto e custos-efetividade; (v) monitorar os dados, as mudanças de comportamento e intervenções no público-alvo.

Nessa perspectiva, o Marketing Social é um sistema desenvolvido para a compreensão de quem são os indivíduos e o que eles desejam e, em seguida, organizar a criação, entrega e comunicação de produtos, serviços e mensagens para satisfazer os seus desejos, ao mesmo tempo que atendem às necessidades da sociedade como um todo e resolvem problemas sociais (SILVA e MAZZON, 2016).

O que nos fica de lição a partir do MKTS é assumir que, por depender fundamentalmente da participação ativa do indivíduo e do engajamento da população, uma campanha de MKTS não pode se tratar apenas de propaganda e mídia. Através de um plano de Marketing Social é possível introduzir a orientação ao consumidor como a chave para a mudança de comportamento seja para a saúde pública ou outros ativos sociais. Se por um lado a promoção e prevenção - no caso da saúde - são mais baratos para o Estado, por outro, é mais desafiador. O Marketing Social visa otimizar os recursos públicos, uma vez que trabalha na perspectiva da saúde em vez da doença, diferente da grande maioria dos modelos de campanhas trabalhados atualmente pelos órgãos do governo.

Por falar nisso, outra manifestação do campo da comunicação tem sido muito comum, especialmente em governos, para tratar de temas sociais e levar informação para a população de forma a gerar mudanças de comportamento ou

²⁵ Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=471755312002>. Acessado em de outubro de 2019.

adoção de novos hábitos, estamos falando da Comunicação de Interesse Público, tema do subcapítulo a seguir.

3.2 Comunicação de Interesse Público

Falaremos desta iniciativa guiados pela obra de Costa (2006), para o autor, a comunicação é uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento humano e é também uma forma de ação, e quando essas ações têm como beneficiário direto a sociedade ou uma determinada parcela dela, estamos falando de Comunicação de Interesse Público (CIP). Para explicar o surgimento do que hoje entendemos como CIP, o autor faz um apanhado sobre a “crise” de 2005 envolvendo a publicidade e a falta de conceitos, parâmetros, critérios e referências para um melhor entendimento do serviço deste setor. “Com uma vasta, inédita e intensa cobertura da imprensa brasileira, o negócio da publicidade foi exposto à exaustão” (COSTA, 2006, p. 12).

Tal crise fez com que viessem à tona questionamentos pertinentes, desde questões éticas e regulatórias até o volume de gastos dos governos com comunicação. Assim, foi empreendida, segundo (COSTA, 2006, p. 13)

uma discussão ampla sobre as premissas da comunicação de governo, dentro de um contexto mais amplo das novas formas de comunicação, que tenham o cidadão e a sociedade como beneficiários diretos das mensagens, [tal crise pode então ser percebida como uma] oportunidade excepcional para o amadurecimento do setor e o fortalecimento da cidadania no país.

Através de iniciativas com foco no social, a publicidade poderia mostrar seu valor e poder transformador. Foi neste novo cenário de comunicação que emergiu a CIP. A globalização foi outro fenômeno importante para valorização dos processos de comunicação, devido à importância que passou a ser atribuída à solidariedade, “esta é registro de compromisso social, portanto, totalmente atinente à comunicação pública efetiva, de duas mãos” (ZÉMOR apud COSTA, 2006, p. 13). Ou seja, em outras palavras, organizações, públicas e privadas, perceberam que a sociedade como um todo é tão importante para os negócios quanto os seus demais públicos, como investidores, fornecedores, empregados, acionistas e etc, e estão “inovando em suas relações com a mídia e colocando na pauta de debates da sociedade temas de interesse, muitas vezes, global” (COSTA, 2006, p. 13).

Assim, “toda vez que a comunicação busca o interesse público, promovendo resultados concretos para o indivíduo e a sociedade, estamos falando de Comunicação de Interesse Público” (COSTA, 2006, p. 14) e CIP é portanto “toda ação de comunicação que tem como objetivo primordial levar uma informação à população que traga resultados concretos para se viver e entender melhor o mundo” (p. 20). A questão principal é esta, a quem estará direcionada a comunicação, mesmo que uma organização - seja ela pública, privada ou não-governamental - seja beneficiada através de associações positivas a sua imagem advindos de uma comunicação de interesse público, a CIP será legítima por ter sido direcionada a sociedade e ao cidadão de forma primária.

A CIP é abrangente e muitas vezes confundida com o que chamamos de comunicação pública. Para Zémor (apud COSTA, 2006, p. 21) “a comunicação pública é a comunicação formal que diz respeito à troca e à partilha de informações de utilidade pública” e é - ou deveria ser - praticada pelo Estado num fluxo de comunicação entre o mesmo e a sociedade, envolvendo o cidadão de forma direta e participativa²⁶. Mas na CIP, para Costa (2006), ao empregar o termo “interesse público” ele procura o sentido mais abrangente possível para o termo “público”, incluindo o universo estatal, o universo privado e também o Terceiro Setor. “O interesse público é, portanto, muito maior do que o interesse da administração pública nas suas diversas necessidades de comunicação, como também é muito maior do que o interesse privado” (COSTA, 2006, p. 22), essa definição para CIP designa exatamente o conjunto de ações de comunicação ao qual queremos nos referir nesta pesquisa.

A partir do século 21, pudemos acompanhar o crescente envolvimento de diversos atores sociais em temas e causas públicas, permitindo ao Estado parceiros importantes, como empresas, ONGs e veículos de comunicação, que avançam em questões cruciais, levantam bandeiras, abrem espaços e engajam em campanhas que são de utilidade pública, permitindo rápida difusão da CIP (COSTA,

²⁶ No livro *La Communication Publique* (1995), Pierre Zémor pressupõe seis categorias funcionais para a Comunicação Pública: 1 Responder à obrigação das instituições públicas de levar informação a seus públicos; 2. Estabelecer a relação e o diálogo, desempenhando o papel que cabe aos poderes públicos e permitindo ao poder público atender às necessidades do cidadão de maneira mais precisa; 3. Apresentar e promover cada um dos serviços oferecidos pela administração pública; 4. Tornar conhecidas as instituições (interna para elas mesmas e externamente); 5. Desenvolver campanhas de informação e ações de comunicação de interesse geral; 6. Comunicar o debate público que acompanha as tomadas de decisão ou que pertencem à prática política.

2006). No entanto, a CIP, por ser uma comunicação potente que busca o interesse geral, carrega o compromisso de informar e dialogar com a sociedade sobre os mais diversos assuntos que são do interesse público, e o sucesso disso depende muito da boa utilização de técnicas de comunicação e tecnologias de informação. Por isso, uma campanha de CIP merece muito cuidado e atenção da hora de ser planejada e executada.

Foram estabelecidos por Duarte (2007), quatro eixos centrais da Comunicação Pública que funcionam como pré-requisitos para as ações de agentes e instituições que trabalham com a CIP, são elas: transparência, acesso, interação e ouvidoria social. O primeiro, a transparência, significa “assumir o compromisso com a atuação responsável no trato com as questões públicas” (DUARTE, 2007, p. 7), isso inclui a oferta de informações, o estímulo ao acesso, facilitação da fiscalização e prestação de contas. O segundo pré-requisito fala sobre acesso e nos diz que “a sociedade deve ter facilidade de obter informações, ser estimulada e orientada a buscá-las, a dar a sua opinião, a fiscalizar e a influir na gestão daquilo que é público” (DUARTE, 2007, p. 7). Sobre o terceiro eixo, para Duarte (2007, p. 7), a interação

significa a criação, manutenção e fortalecimento de instrumentos de comunicação que viabilizem fluxos bi ou multilaterais, onde sejam respeitadas premissas para um diálogo equilibrado, simétrico, em que todos os envolvidos tenham igual direito e oportunidade de falar e ser ouvidos.

Por fim, o termo ouvidoria social, trazido como o quarto eixo, designa “o interesse em conhecer e compreender a opinião pública e os diversos segmentos que a compõem” (DUARTE, 2007, p. 7), sendo um pressuposto de atendimento às expectativas da sociedade. Cada um destes eixos deve ser trabalhado nas campanhas de CIP que, como vimos, não são, necessariamente, desenvolvidas apenas por governos ou instituições públicas.

No entanto, para Costa (2006) o fato de poder envolver instituições de outros setores não diminui o papel fundamental do poder público, que tem o dever de disseminar informações vitais para a cidadania e a democracia, sendo os governos emissores fundamentais nos processos de CIP. Para exemplificar esforços neste sentido, o autor apresenta campanhas de sucesso desempenhadas nos últimos tempos em nosso país como cases de sucesso.

As campanhas de prevenção e combate à poliomielite e à Aids são apresentadas como dois grandes exemplos de CIP realizada pelos governos, pois de forma muito legítima e bem apropriada pela administração pública federal - independente dos governantes e partidos que passaram pelo poder - obtiveram importantes resultados. Nestes casos, a disseminação em massa de informações sobre o comportamento mais adequado para se evitar as doenças foram eficazes meios de prevenção e combate. Costa (2006) vê a comunicação como uma importante política pública para os governos quando visa resultados tangíveis onde a sociedade é quem ganha. Sem iniciativas e campanhas como as que foram citadas, o Brasil provavelmente não teria erradicado a poliomielite e nem seria reconhecido como uma das nações líderes no enfrentamento da Aids.

Sobre as respectivas campanhas, pode-se dizer que, ao longo do tempo, passaram por evoluções e adaptações. No combate à Aids, por exemplo, as primeiras comunicações usavam mensagens dramáticas em canais massivos e isso durou por mais de duas décadas. O intuito era informar, romper barreiras e preconceitos quanto à prática, as preferências e a educação sexual, tabus muito fortes na época. Os formatos mais utilizados nas peças de comunicação eram comerciais de TV, spots, cartazes e folders, que traziam mensagens impactantes sempre trazendo as ideias impactantes de incurabilidade e morte (COSTA, 2006).

Já na década de 90, novos enfoques começaram a surgir. O comportamento de risco era o objeto central do discurso nas campanhas de prevenção, superando a ideia de que a doença estaria restrita a determinados grupos de risco e também a perspectiva de morte inevitável. Entretanto, este modelo ainda estava longe de ser o ideal, como sugeriram diversos pesquisadores do campo da educação em saúde, como Santos e Oliveira (2006), que sugerem que trabalhar com a noção de risco é um investimento na promoção do autocontrole e mudança de comportamento dos prováveis sujeitos do risco, ou seja, de forma objetiva, há uma transferência de responsabilidade e raso comprometimento com o resultado. Ainda assim, os esforços em combate à Aids são grandes exemplos de CIP no âmbito governamental pelo profissionalismo no trato dessas comunicações ao longo de vários anos e diferentes governos (COSTA, 2006).

Se nos governos a CIP é importante política pública, na iniciativa privada, para Costa (2006) ela deve ser uma missão. A sociedade começou a questionar a filosofia do marketing tradicional devido ao momento que vivemos, de deterioração

ambiental, escassez de recursos, aumento populacional explosivo, pobreza, fome e etc. tudo isso em escalas globais. Com isso, as empresas também passaram a se questionar para além da satisfação de seus consumidores, pensando em uma satisfação a longo prazo destes e da sociedade em geral, assim, o interesse público passou, portanto, a ser um elemento constitutivo da própria missão de uma empresa (OLIVEIRA, 2004) não somente para ações sociais como também para ações de comunicação, ou melhor, de CIP.

Sobre alguns exemplos recentes, Costa (2006) relacionou uma empresa de transporte rodoviário que desenvolveu anúncios com o objetivo de combater o tráfico de animais, um jornal que tomou a iniciativa de publicar anúncios alertando para os malefícios do cigarro, uma seguradora de saúde que busca estimular hábitos mais saudáveis para a vida das pessoas e outras diversas empresas de todo o país que através de um sistema de parceria público-privada, participaram da campanha “O melhor do Brasil é o brasileiro”. Sempre lembrando que, na teoria defendida por Costa (2006, p. 67)

quando empresas privadas realizam Comunicação de Interesse Público, suas ações de comunicação devem refletir benefícios claros e diretos para a sociedade e os cidadãos, seja promovendo mudanças de comportamento, seja aliando-se a causas sociais, seja divulgando ações concretas de responsabilidade social. Ou ainda ampliando as formas e os temas de debate público.

Como é o caso da multinacional Chevron, uma das maiores empresas de petróleo do mundo, que percebeu na responsabilidade social um componente-chave para o seu sucesso no longo prazo.

Através da campanha Willyoujoinus (“Venha se juntar a nós”) a multinacional propôs um debate aberto sobre o futuro energético do planeta, para destacar a campanha como um case de CIP, foram levantados por Costa (2006) os seguintes pontos: (1) rompimento do monopólio do Estado mostrando que agentes privados também poder exercer a CIP sem que interesses corporativos sobreponham os interesses sociais; (2) rompimento do modelo tradicional das campanhas, tendo como foco a responsabilidade social, onde empresas se promovem com o que fazem em prol da sociedade sendo elas mesmas as beneficiadas do esforço de comunicação; (3) lançamento de um debate com temática de relevância social com o intuito de se buscar alternativas e (4) incluindo

seus consumidores na busca por soluções, promovendo o relacionamento com o público através da CIP e por meio de debates e fóruns, incentivando a cidadania destes consumidores. Cada um destes indicadores são também aspectos norteadores para as campanhas e iniciativas de CIP por parte de organizações privadas, onde casos legítimos, que visam o bem social acima de outros interesses, ainda não é tão comum.

Uma utilização mais comum do modelo de CIP é por parte de empresas do terceiro setor, onde ONGs, grupos de pressão, sindicatos e associações se utilizam desta técnica para atuar mobilizando a sociedade e pressionando o poder público. Sobre a atuação destas organizações, Costa (2006, p. 82) entende que

é o profissionalismo nas suas relações com a mídia que garante a esses grupos as suas conquistas mais notáveis nesse novo cenário: a colocação na agenda pública de discussões dos temas representados por eles e o seu prestígio junto à opinião pública.

Para exemplificar o emprego da CIP no terceiro setor, Costa (2006) utiliza o Greenpeace, uma das maiores ONGs do mundo e muito conhecida no Brasil pelo ativismo em proteção à Amazônia, aos animais ameaçados de extinção, no incentivo às energias limpas e renováveis, entre outros.

A ONG conta com especialistas que compõem uma poderosa Divisão de Comunicação, que “cuida, com raro profissionalismo, da tarefa de promover as chamadas “ações diretas”, com vistas a se obter repercussão máxima, num exemplo radical de Comunicação de Interesse Público” (COSTA, 2006, p. 87, grifos do autor). Dentre as muitas ações do Greenpeace, se sobressaem alguns aprendizados importantes sobre o exercício da CIP no terceiro setor, assumindo a comunicação como ponto fundamental e estratégico para a sua atuação. A partir de um breve histórico de ações apresentado por Costa (2006) identificamos o primeiro ponto como a ênfase em atividades de assessoria de imprensa (já que, geralmente, não possuem grandes verbas para publicidade), assim, o relacionamento com redações e veículos de comunicação costuma ser produtiva e duradoura. Outro pilar da CIP no terceiro setor é a geração de fatos com potencial de atrair a mídia e incluir pautas na agenda dos veículos, destacando aqui que o objetivo é sempre dar visibilidade a uma causa e mobilizar a opinião pública, e não apenas aparecer na

mídia. Aqui, entra o alerta para que não sejam criados factóides²⁷ que prejudiquem a imagem da instituição, criando narrativas sustentáveis para as suas ações, sua forma de atuação e suas causas. A CIP segue como um caminho em aberto, rico em temas e com debates necessários, que seguirão lapidando essa técnica, assim como nos muitos os exemplos citados e outros tantos que poderiam surgir neste subcapítulo para demonstrar o poder dessa vertente da comunicação dedicada a causas sociais.

Podemos assim concluir que temos duas linhas teórico-práticas que orientam a relação entre comunicação e causas sociais ou de interesse público. A relação que se pode fazer entre a Comunicação de Interesse Público e o Marketing Social é bem clara, ambas buscam conquistar mudanças positivas para a sociedade - ou parte específica dela - colocando em pauta questões cruciais para o desenvolvimento e bem-estar humano, que podem ser alcançadas através de mudanças de comportamento, motivadas por estratégias de comunicação e de marketing.

A CIP, como vimos, busca realizar isto levando informação e conhecimento de forma acessível para a população, podendo ser executada por governos, empresas privadas, terceiro setor ou até mesmo uma união entre estes. O MKTS, por sua vez, busca, através de um plano de marketing, dar voz ou visibilidade para ideias – em vez de produtos e serviços como no marketing tradicional - que promovem causas sociais ou aproximam a sociedade delas alterando o ambiente e o comportamento do indivíduo.

São inúmeros os casos de campanhas de comunicação que obtiveram sucesso abordando temas de interesse público. A maioria destes exemplos contemplam a área da saúde, como doenças socialmente transmissíveis, aleitamento materno, tabagismo, alcoolismo, dependência química, entre outros, promovendo pesquisas e debates que deram vida a um novo campo de estudo e uma nova proposta de atuação para os profissionais de comunicação, o campo da Comunicação e Saúde, tema do próximo capítulo.

²⁷ Termo pejorativo utilizado para um fato que não tem nenhuma existência antes de aparecer numa revista ou jornal (COSTA, 2006).

4 COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Este capítulo tem como objetivo explorar a união entre Comunicação e Saúde (C&S) como campo e olhar para o que vem sendo proposto pelos profissionais da área para atender às demandas sociais atuais a partir de seus estudos e pesquisas. Para Araújo e Cardoso (2007) comunicação é uma das áreas de conhecimento em que todo mundo entende um pouco e oferece uma opinião, e isso é totalmente compreensível, visto que muitas vezes a comunicação é também uma vivência individual e coletiva, é prática social, é experiência cotidiana e, assim, permite a formação de muitos pontos de vista. Acontece que a comunicação também é objeto de estudo e seu entendimento leva à compreensão de suas inter-relações com outras áreas da atividade humana, como educação, saúde, ecologia, agricultura, religião, entre outras.

Para abordar a articulação entre a comunicação e a saúde, as autoras tratam a união das duas áreas do conhecimento como campo nascente, o campo da Comunicação e Saúde (C&S). Tomando como ponto de partida a definição de Bourdieu²⁸ para campo, Araújo e Cardoso (2007, p. 19) consideram que

campo é um espaço sociodiscursivo de natureza simbólica, permanentemente atualizado por contextos específicos, formado por teorias, modelos e metodologias, sim, mas também por agentes, instituições, políticas, discursos, práticas, instâncias de formação e, muito importante, por lutas e negociações

de forma que o campo da C&S seja constituído por elementos de ambas as áreas.

A interface defendida pelas autoras “não é uma perspectiva que vê a comunicação como um conjunto de instrumentos a serviço dos objetivos da saúde” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 20), diferente de outras apresentações como a “comunicação em saúde”, “comunicação para a saúde”, “comunicação na saúde”, que são bastante comuns, mas refletem, em geral, uma visão instrumental da comunicação e são muito recorrentes nas instituições de saúde. “Falar em comunicação ‘e’ saúde aponta para uma distinção e uma opção teórica e política” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 20, grifos do autor).

²⁸ Para Bourdieu (1996, 1997b, 1998) campo referencia um espaço multidimensional, objetivo, e estruturado de posições que entre outras propriedades, define algumas importantes condições de produção dos sentidos sociais.

A comunicação e a saúde se utilizam de abordagens diferentes para objetivos diferentes, mas se entende que, quando o objetivo é compreender e agir sobre os processos de produção dos sentidos, que afetam diretamente o campo da saúde, a união entre as duas áreas é fundamental e muito necessária. Nesses casos, “todo o aparato teórico-conceitual e metodológico da comunicação, então, adquire pertinência quando operando sobre esse cenário e articulado a interesses do campo da saúde” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 21).

Com o objetivo de problematizar dimensões históricas, políticas e sociais, Cardoso (2003²⁹) organizou um breve retrospecto, dividindo em três atos a história da relação entre os campos da comunicação e da saúde no Brasil. Estes três momentos distintos, que serão apresentados a seguir, mostram formas diferentes de atuação, cada uma com suas estratégias e objetivos, que tiveram sua importância e relevância para a época e que nos ajudam a refletir sobre uma configuração ideal para o momento atual.

4.1 Educação sanitária e o modelo informacional

O primeiro ato se refere aos anos 20 e anos 40, com a institucionalização das práticas de propaganda e educação sanitária. Segundo Cardoso (2003, p. 15), “as práticas educativas e comunicativas no campo da saúde pública institucionalizam-se com a Reforma Carlos Chagas (1920-24), primeira tentativa de instituir uma política nacional de saúde” tendo feitos como a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Nas primeiras décadas do século 20, o Brasil buscava se afirmar como país agroexportador e ingressar na ordem capitalista, um dos reflexos internos disso foram os fortes vínculos estabelecidos entre os campos da saúde e da educação, como explica Cardoso (2003, p. 16)

naquela época, educar, higienizar, sanear, estavam na ordem do dia não apenas como intervenções técnicas [...] Eram ações indispensáveis à salvação nacional, oriundas do saber científico e portadoras de uma “pedagogia civilizatória” capaz de plasmar uma nova percepção da realidade, romper com o passado colonial e introduzir comportamentos e atitudes conformes ao ideário de ordem e progresso

²⁹ Artigo publicado no livro *Máquinas do Sentido: processos comunicacionais em saúde*, de 2003, organizado por Jacqueline Oliveira Silva e Ronaldo Bordin.

assim, surgiam diversas teses higienistas e sanitaristas em preocupação com o desenvolvimento e a saúde da raça humana.

Os sanitaristas da época defendiam a escolarização da população em suas reivindicações e debates, nos congressos de higiene, por exemplo, atentavam para questões como “higiene infantil na cidade e no campo, alimentação na idade pré-escolar, formação de hábitos sadios” e outros (OSHIRO, 1988, p. 64). “Acreditavam estes sanitaristas que o curso das doenças seria alterado pela internalização de valores e comportamentos saudáveis e preventivos, mediante a ação constante e profundamente articulada com a escola” (CARDOSO, 2003, p. 18). Sonhava-se assim com o fim de medidas coercitivas e autoritárias utilizando-se do modelo informacional da comunicação, caracterizado, basicamente, pelo fluxo linear, bipolar e unidirecional que envolve emissor, mensagem, canal e receptor. Sobre o modelo informacional, Araújo e Cardoso (2007, p. 46) relatam que

as características do modelo levaram - e ainda levam - educadores, comunicadores, planejadores e gestores da saúde a acreditarem que a prática comunicativa limitava-se à transferência de informações a uma população que nada sabe de relevante sobre os assuntos que dizem respeito à sua saúde e à sua vida.

É importante percebermos que este é um modelo comunicacional que fortalece e potencializa a perspectiva verticalizada já tão comum nos serviços de saúde.

Porém, na época, era com este modelo que se buscava garantir o sucesso de políticas públicas em saúde, segundo Araújo e Cardoso (2007, p. 24)

os anos 40 consolidaram o papel da educação e da comunicação na saúde e sua articulação com as políticas do setor, com a criação por Getúlio Vargas do Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), que tinha por objetivo disseminar informações sobre as doenças e os procedimentos de prevenção.

Com Vargas, também foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), mais tarde absorvido pela Fundação Nacional de Saúde. No entanto, atenta-se novamente para o modo de pensar problemático deste modelo, que se configura em uma prática sem escuta e sem diálogos, onde só o emissor tem direito a voz e expressão. Parte considerável das peças de comunicação produzidas na época tratam a população como carente e ignorante, reafirmam a diferenciação social,

aumentando as condições de exclusão, expurgando a diversidade e as diferenças presentes nas muitas vozes sociais que acabam não tendo espaço.

O primeiro ato fica, assim, marcado por um deslocamento do eixo central da saúde pública, que não mais deveria incidir sobre o ambiente, mas fundamentalmente sobre o indivíduo. Para isto “foram se delineando tanto a direção dessas práticas (promover a mudança de comportamentos individuais e coletivos) como a associação com outras entidades” (CARDOSO, 2003, p. 18). Também fica marcada a intensificação e o aperfeiçoamento das atividades de educação e comunicação com o objetivo central de “divulgação das normas de conduta moral, social e de higiene capazes de tornar os indivíduos mais propensos a aceitar suas condições de vida e trabalho e mais aptos a suportá-las” (VILLELA, 1982, p. 16). Apesar de resultados sólidos alcançados no período, o modelo comunicacional praticado, como qualquer outro, silencia sobre o que não foi contemplado em suas ações, impedindo uma avaliação mais profunda da realidade.

4.2 A perspectiva desenvolvimentista

O segundo ato se refere ao período pós-Segunda Guerra Mundial e transição para a segunda metade do século 20, onde, como explica Cardoso (2003, p. 20)

o arranco desenvolvimentista passou pela generalização da pauta material e simbólica da sociedade de consumo, sendo a comunicação rural de caráter extensionista considerada estratégica e objeto dos maiores investimentos nacionais e internacionais.

A capacidade de planejamento para o desenvolvimento por parte dos Estados era fundamental nas relações internacionais, que facilitavam, por exemplo, a concessão de empréstimos. Foi neste período que surgiu a Organização das Nações Unidas e seus diversos órgãos, com o objetivo de criar um grande projeto de cooperação global pelo desenvolvimento socioeconômico de países periféricos na América Latina e na Europa em reconstrução, onde “foram priorizados projetos nas áreas de educação, saúde, agricultura, extensão rural e serviço social, vinculado a ajuda técnica e financeira dos EUA” (CARDOSO, 2003, p. 21).

Estas novas preocupações sustentaram um novo modelo pedagógico da saúde de viés modernizador, incentivando o consumo das inovações tecnológicas,

e situaram a comunicação a cerne deste grande projeto de desenvolvimento (CARDOSO, 2003). Neste novo momento da relação entre comunicação e saúde, surge uma importante mudança, como nos conta Cardoso (2003, p. 22),

era fundamental que a fonte e o destinatário compartilhassem o máximo de elementos comuns. A construção da mensagem deveria levar em conta as crenças, os valores, as formas de pensar e agir de cada grupo [...] todos os elementos deveriam buscar a maior identificação possível com o público

para isto, se viu crescer o importante papel dos líderes sociais, que eram aqueles reconhecidos pelos demais membros de um grupo como competentes e dignos de confiança e, a partir disso, desempenhavam um papel importante na circulação social da informação.

A este novo elemento-chave, o líder, ou mediador, era destinada uma mensagem que deveria apresentar uma questão mobilizadora a partir de uma tensão que deveria ser resolvida através de ações dos destinatários, devidamente sugerida pelo emissor e mediada pelo líder (CARDOSO, 2003). Nessa perspectiva, o público já não era mais tido como passivo e homogêneo, nem considerado totalmente doutrinável pela mídia, muito devido àquele intermediário ali posto. Era o líder quem atribuía credibilidade às informações, também ficava por sua conta os ajustes necessários na mensagem para que chegasse da melhor forma aos destinatários, processos que tornavam este fluxo mais eficaz devido a relação direta que se mantinha entre líderes e grupos (PITTA, 1994).

A modernização que se buscava alcançar, exigia um processo de sensibilização à adoção e manutenção de atitudes e práticas recomendadas pelos especialistas, o sucesso disso dependia totalmente da escolha das melhores estratégias de comunicação (ARAÚJO, CARDOSO, 2007). Percebe-se aqui que algo continuava muito semelhante ao modelo comunicacional anterior, já que a preocupação estava basicamente em eliminar os hábitos da população considerados pouco saudáveis, e a responsabilidade pela resolução destes problemas seguia delegada aos indivíduos ou grupos. Ou seja, “a perspectiva desenvolvimentista da comunicação tem como matriz o modelo informacional, acredita na possibilidade de transferência das mensagens e, com elas, os significados desejados.” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 48).

Para as peças de comunicação do período, acreditava-se que o sucesso estava em utilizar o máximo de elementos comum entre fonte e destinatário gerando forte identificação. Segundo levantamento de Cardoso (2003, p. 22)

a construção da mensagem deveria levar em conta as crenças, os valores, as formas de pensar e agir de cada grupo. As posições defendidas, os termos que seriam utilizados, os personagens que seriam convocados, os argumentos, o uso de ilustrações, enfim, todos os elementos deveriam buscar a maior identificação possível com o público.

Este processo precisava acontecer em dois momentos, primeiro com os líderes e depois com os grupos de interesse das campanhas.

Vale lembrarmos que, neste período, instituições do campo das políticas públicas estavam tomadas por uma orientação autoritária e centralizadora em nosso país. Estas se apropriavam dos seus pressupostos para determinar o que seria ou não levado para a população, ou seja, o que era ou não importante para o desenvolvimento nacional. Esta visão ainda resiste aos novos tempos e estão entranhadas em muitas das instituições de saúde mais importantes da nossa nação, dificultando que seja superada, pelo tanto que ainda se reproduz deste modelo. O resultado de tudo isso, conforme estudos de Araújo e Cardoso (2007, p. 50), foi que

a relação entre comunicação e desenvolvimento foi, então, objeto de severas restrições, pois representava exatamente o que se desejava abolir do país: uma perspectiva autoritária que correspondia a interesses alheios, não respeitava a história e os contextos locais, não permitia a politização da população.

Por outro lado, o período foi de intensa reflexão teórica acerca deste modelo, que deu origem a uma nova proposta comunicacional.

A perspectiva desenvolvimentista passou por ajustes com o retorno do Estado de direito, onde o processo de redemocratização trouxe avanços inclusive na revisão do conceito de saúde e uma reorganização de seus serviços e ações (CARDOSO, 2003). Ganhou força então a nova proposta dialógica de Paulo Freire, que será apresentada no subcapítulo a seguir.

4.3 O modelo dialógico da comunicação

Um novo momento do país inicia e com ele reivindicações pela participação social. Para Cardoso (2003, p. 22)

pensar a saúde de forma ampliada e reconhecer o direito à participação social como um dos pilares da reformulação do sistema de saúde, favoreceu também a problematização e revisão das práticas de educação e comunicação tradicionalmente desenvolvidas.

Durante a década de 90, as principais reivindicações estavam em torno do acesso às informações produzidas pelas instituições governamentais, o acesso às novas tecnologias de comunicação e a ampliação do espaço na mídia, contornando a invisibilidade pública (CARDOSO, 2003).

Logo, os diversos sujeitos envolvidos no processo de acesso a informação já não aceitavam mais a posição de “público-alvo” ou qualquer posição em uma comunicação unilateral, buscavam maior autonomia, espaço de fala, ampliação de espaço e representatividade social. É assim que, como relata Cardoso (2003, p. 23),

a comunicação começa, portanto, a ser tematizada no âmbito de um amplo leque de relações no campo de atuação desses atores, seja com os grupos sociais que representam ou com instituições e entidades com quem mantêm relações de parceria ou confronto. [...] as práticas e demandas de comunicação também passam a integrar processos mais amplos que buscam democratizar relações e estruturas sociais. Geram e fortalecem demandas de políticas públicas, que requalificam esse atributo: as políticas devem ser públicas não só pelos objetivos que perseguem, mas por considerar e negociar com a pluralidade de interesses existentes na sociedade.

Assim, o terceiro ato contempla ainda a crescente mediatização das relações sociais, que revelou a grande eficácia dos discursos midiáticos - em especial o publicitário - no tratamento de temas e problemas sociais. Para Araújo e Cardoso (2007, p. 56) “da década de 80 para cá, a teoria da comunicação andou a passos largos”, defendem isso citando o reconhecimento de autores latino-americanos, o avanço na teoria das mediações e estudos de recepção, novas tecnologias e perspectivas vindas a Sociedade da Informação e do Conhecimento, além da teoria social dos discursos e tudo o que se vem falando sobre a produção social dos sentidos.

Na perspectiva freireana da comunicação³⁰ é feita uma equiparação entre os polos da relação comunicativa quanto detentores de saber e produtores de conhecimento (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Ou seja, defende-se que a população,

³⁰ FREIRE, Paulo. *Extensão ou Comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

antes tratada como receptor passivo, também possui conhecimentos pertinentes ao seu próprio bem-estar e desenvolvimento, elementos que não podem ser desconsiderados e invalidados na prática comunicativa. Freire utilizou de exemplos como iniciativas do Departamento Nacional de Endemias Rurais que trabalharam a partir da cultura e experiências locais, considerando os interesses da população e incentivando a participação da mesma. As autoras Araújo e Cardoso (2007) se utilizam deste mesmo exemplo para afirmar que a participação social que ali acontecia era “uma forma de integração da população aos programas governamentais, promovendo a ‘desobstrução’ dos caminhos do desenvolvimento” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 51, grifos do autor). Isso nos diz que o discurso hegemônico desenvolvimentista estava ali enraizado, assim como ainda está em muitas iniciativas atuais.

Ou seja, por mais que tenha avançado de forma política e epistemológica, o modelo dialógico também conservou características do modelo informacional, como a linearidade e a bipolaridade. O maior legado do modelo dialógico está na compreensão de que o interlocutor também possui conhecimentos pertinentes ao seu próprio desenvolvimento, uma conquista extremamente importante para o campo da C&S (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

O que entendemos como campo da Comunicação e Saúde surge paralelamente a todos estes movimentos e ideias, sendo a prática que visa atender e construir junto com essa sociedade, que busca um lugar no debate público. Embora as perspectivas de comunicação hegemônicas, unilaterais e verticalizadas continuem tendo o seu lugar, o surgimento deste campo veio justamente para defender essa ideia de uma comunicação mais democrática e participativa.

4.4 Os Princípios do SUS

A partir de novas necessidades sociais, surge uma nova proposta de prática comunicativa, cujo campo da C&S busca sustentar, e que segundo Araújo e Cardoso (2007, p. 60) tem como pressupostos que:

o direito à comunicação é indissociável do direito à saúde; a comunicação só pode ser assim chamada em sua plenitude quando concebida e aplicada como redistribuição do poder de as pessoas se expressarem e serem levadas em consideração; e para tal é imperativo que os princípios do SUS estejam na base de sua reconfiguração. [Nesta nova configuração] a comunicação não pode

se limitar a ter a persuasão como estratégia, nem trabalhar apenas com a ideia de divulgação: o objetivo deve ser minimamente, estabelecer um debate político sobre temas de interesse e garantir às pessoas informações suficientes para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 61).

Entendemos aqui que este acesso à informação não pode ser algo que determine uma mudança de comportamento, mas que traga empoderamento para que a população possa discutir e formar opinião acerca de um todo e que assimile ou não uma mudança de comportamento como algo favorável à saúde individual e coletiva.

Os Princípios do SUS, trazidos pelas autoras como fatores determinantes para o modelo comunicacional que deve ser praticado pelo campo da C&S, são divididos em dois grupos, são eles: (1) princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade e (2) princípios organizativos: regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e a participação social. Vejamos a seguir, de forma bem objetiva, o que é cada um deles e o que o campo da C&S pode absorver e incorporar a sua prática.

Segundo informações retiradas do site do Ministério da Saúde³¹ sobre cada um dos princípios, considera-se que a *universalização* carrega a ideia de que a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Já o princípio da *equidade* tem como objetivo diminuir as desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. O princípio da *integralidade* considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

³¹ Disponível em www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude#principios. Acessado em novembro de 2019.

Além destes, o SUS também é regido por princípios organizativos: regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e a participação social. Entende-se que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. Sendo a *regionalização* um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a *hierarquização* deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região. Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, a *descentralização* objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do *mando único*, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Por fim, o princípio da *participação social* prega que a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

O grande desafio deste campo nascente é entender como praticar todos estes princípios através de suas ações e iniciativas. Para Araújo e Cardoso (2007) o caminho está em quatro ordens interligadas: a ampliação do acesso às informações governamentais, a ampliação do direito de falar e ser ouvido, visibilidade pública para seus temas, interesses e proposições e mais e melhor acesso às tecnologias da comunicação. Ao longo deste capítulo pudemos ver que mudanças têm ocorrido ao longo dos anos, buscando novos modelos que atendam a estas demandas, a própria área de comunicação do Ministério da Saúde tem passado por sucessivas reformulações em sua estrutura, que mostra o desejo de acertar (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). No entanto, ainda vivemos um permanente embate entre estas novas demandas que clamam pela descentralização da

comunicação e os interesses de grupos hegemônicos que buscam justamente concentrar e controlar o direito de fala.

Fausto Neto é outro conhecido pesquisador que defende a busca por uma comunicação mais alinhada às filosofias e princípios do nosso SUS. Fausto Neto (1995) compreende a comunicação como um processo dinâmico de construção de sentidos e aponta a relevância dos estudos da Informação e da Comunicação no exercício da prática profissional em saúde ao longo das últimas décadas.

Ao analisar os diversos modelos comunicativos anteriores e vigentes, Montoro (2008) também salienta os vários paradigmas da comunicação ligados à imposição de comportamentos e repasse de informações, abordando a necessidade de construção de práticas mais horizontais. Muitas críticas ainda são necessárias ao modelo de comunicação monológico, ainda muito presente nas práticas de educação em saúde e que “se caracteriza por princípios verticalizados de intervenção, nos quais se acredita que o “envio” da informação “correta” e “científica” é suficiente para a transformação das normas de comportamento” (CORIOLANO-MARINUS et al. 2014, p. 1365, grifos do autor).

É justamente este modelo de comunicação que não deve existir na relação com a saúde, e é exatamente isso que não cabe e não pode ser associado ao campo da C&S, que como vimos, busca relações mais participativas. Estudos recentes apontam que agentes comunitários e instituições de saúde ainda se utilizam de modelos muito verticalizados de comunicação, por vezes com traços de autoritarismo, e com pouco ou nenhum espaço de diálogo com as comunidades (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010). Essa nova relação entre comunicação e saúde “tem despertado interesse [de pesquisadores] particularmente com o estabelecimento de relações horizontais e democráticas, a humanização da assistência, o protagonismo do indivíduo assistido e o controle social” (CORIOLANO-MARINUS et al. 2014, p. 1363), e espera-se que este interesse se torne conhecimento e embasamento para novas práticas.

Romper com a verticalidade e priorizar uma relação participativa é mais difícil do que pode parecer. Na saúde, isso acontece quando “valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular” (ALVES, 2004, p. 46), metodologia oposta às práticas tradicionais que está muito próxima - teoricamente - da proposta

de educação dialógica. Nos estudos de Educação em Saúde, é comum encontrarmos referências a um modelo dialógico de comunicação, que recebe este nome por ser o diálogo o seu instrumento essencial.

Fica mais claro a partir da definição composta por Alves (2004, p. 48), utilizando-se também de conceitos de Chiesa e Veríssimo (2003³²), que nos diz que

o objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém, não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias. A estratégia valorizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde.

Percebe-se aqui uma proposta que, apesar de terminologia muito próxima, é mais profunda do que o modelo que vimos anteriormente como comunicação dialógica.

Em meio a todo este contexto de discussão, surgem ano a ano dezenas - ou centenas - de estudos e pesquisas que, aos poucos, sustentarão teoricamente o campo da Comunicação e Saúde. Em revisão mais ampla sobre a literatura já produzida para o campo da C&S, Torres (2012) constata a pertinência da noção de campo para referenciar o imbricamento da Comunicação e Saúde presente nos esforços dos pesquisadores da área. Para Torres (2012, p. 31)

o campo da Comunicação & Saúde é, por sua própria natureza, um campo multifacetado e um caleidoscópio de práticas sociais suscetíveis de diversas leituras teóricas, práticas e de intercâmbios discursivos de vários outros campos de saber, inclusive o popular, e que se expressam através de interação. Isso é o que nos leva a dialogar e a nos interrogar acerca desse campo, levando em conta que os princípios do SUS trouxeram incontáveis desafios teóricos e práticos fundamentais tanto para a Saúde propriamente dita, como para o campo da Comunicação.

Assim, podemos concluir que a C&S vem se concretizando a partir de muitas frentes. Segundo Torres (2012, p. 32),

³² CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF. *Manual de enfermagem*, 2003.

institucionalmente, o campo vem se materializando na vida social e se afirmando fortemente nas políticas públicas de Saúde, através de campanhas educativas e de massa, com uma visão no caminho das mudanças de comportamentos prejudiciais à saúde individual e coletiva, e promoção de cuidados benéficos a vida saudável. Mas também nas discussões acadêmicas, como nas próprias Fiocruz e Unesp, e grupos de pesquisa e de trabalho, em propostas de uma maior participação e mobilização das populações para a autogestão de suas possibilidades e interesses cidadãos.

Ou seja, a Comunicação e Saúde não cresce só pelo número de pesquisadores que para ela voltam sua atenção, através de alunos de graduação e pós-graduação entusiasmados com seus temas, mas também instituições que acrescentam essa interface nas suas prioridades e investimentos.

Para a conclusão deste último capítulo teórico, veremos o que o campo da C&S nos diz sobre as práticas da Comunicação de Interesse Público e do Marketing Social como agentes de mudanças sociais que se apresentam através de campanhas e estratégias de comunicação.

4.5 Menos persuasão, mais debate

Araújo e Cardoso (2007) propõem que pensemos sobre as duas modalidades de comunicação mais tradicionais entre os temas da saúde, o Marketing Social e a Comunicação de Interesse Público, a primeira por sua força de penetração no campo da comunicação e saúde e a segunda por ser um movimento recente em busca do poder simbólico de fazer ver e fazer crer.

Na perspectiva da C&S, o Marketing Social “é uma forma de ver e praticar a comunicação, que tem encontrado muita ressonância no âmbito das instituições de saúde” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 108). As autoras admitem estarem tratando de tema polêmico, no entanto, dividem com os leitores algumas de suas inquietações. Araújo e Cardoso (2007, p. 108) relatam:

Temos observado uma progressiva substituição da ‘comunicação’ pelo ‘marketing social’ no discurso, mas também na prática institucional: setores e profissionais especializados em marketing estão recebendo as incumbências antes delegadas aos profissionais da comunicação. Programas que são baseados fundamentalmente nos princípios do marketing têm sido apresentados e implantados como de comunicação. (grifos do autor).

A perspectiva do MKTS tomou forma nas campanhas de combate e prevenção da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, podendo ser resumida como a aplicação de estratégias de marketing em temas de interesse social: “concretamente ela está associada a processos de persuasão quanto à adoção de determinados comportamentos e atitudes” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 109).

As autoras se utilizam da definição de Kotler e Roberto (1992³³) para o MKTS para evidenciar a lógica da publicidade por trás de suas ações, que na compreensão das mesmas, “é buscar entender as motivações das pessoas e a partir daí elaborar estratégias que dissolvam as resistências ao consumo de determinado produto [ou ideia]” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 110), assim sendo, o adjetivo ‘social’ não é o suficiente para uma legítima diferenciação ao marketing tradicional, “se reduzirmos a comunicação a isto, estaremos reafirmando o velho e desgastado modelo que desejamos superar em favor de uma comunicação que tenha como eixos estruturantes os princípios do SUS” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 110).

Calcada no discurso da responsabilidade social e em alguns dos mesmos princípios do marketing social, surgiu também a Comunicação de Interesse Público. “Seus precursores entre nós defendem que as empresas, públicas ou privadas, devem utilizar seu potencial comunicativo para ir além da simples divulgação de produtos ou construção de imagem institucional” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 112), reconhece-se o foco da CIP em melhorar a vida e a percepção de mundo das pessoas, no entanto, as autoras questionam:

quem determina ‘o que é’ e ‘quais são’ os interesses públicos? Qual a visão que orienta a definição de prioridades? Que vozes essa comunicação acolhe e potencializa? Se as prioridades, os temas e as abordagens continuarem a ser definidos de forma restrita e centralizada, ignorando a polifonia social ou a considerando como ‘ruído’, se a única visão que continuar circulando for a que emana das tradicionais vozes autorizadas, então esse conceito não renderá o que ele pode e, de braços com o marketing social na saúde, será um modo de reafirmação dos modelos vigentes, que tanto precisamos superar (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 113).

³³ O termo marketing social apareceu pela primeira vez em 1971, para descrever o uso de princípios e técnicas de marketing para a promoção de uma causa, ideia ou comportamento social. Desde então, passou a significar uma tecnologia de gestão da mudança social, associada ao projeto, implantação e controle de programas voltados para o aumento da disposição de aceitação de uma ideia ou prática social em um ou mais grupos de adotantes escolhidos como alvo. (KOTLER; ROBERTO, 1992, p. 25)

Assim, fica evidente o desafio do campo, já que, sem dúvidas, todas essas iniciativas estão repletas de boas intenções, porém podem estar sendo executadas de forma rasa e inadequada para atender às demandas sociais. O que o campo da C&S propõe vai além até mesmo do diálogo, está no debate, com novos olhares, novas abordagens, novas propostas. Afinal, é isto que nos permite mais clareza nos caminhos que se apresentam.

A complexidade do desafio que a C&S tem pela frente [...] pede soluções novas sem, no entanto, confundir o novo com substituição tecnológica ou terminológica. A plenitude do novo exige perceber que a capacidade de mobilização da sociedade foi alterada pelas tecnologias, mas isto não dissolveu as desigualdades sociais, nem as relações de poder foram abolidas, pelo contrário (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 117).

A perspectiva - teórica - aqui apresentada acerca do campo da Comunicação e Saúde associa comunicação com política, democracia, cidadania, direito e daí por diante. Converter tudo isso em práticas e resultados é o próximo passo para nós comunicadores que acreditamos no protagonismo do cidadão e na participação social. Através de análise de um objeto empírico, uma campanha de comunicação abordando tema de interesse público e alinhada ao conhecimento científico proveniente do campo da saúde, surge a oportunidade de se pensar na prática ideal, seguindo as diretrizes do campo da C&S. Esta análise, será desenvolvida no capítulo a seguir.

5 ANÁLISE DA CAMPANHA QUEM ESPERA, ESPERA, DO UNICEF

Este capítulo apresenta a análise de conteúdo da campanha *Quem Espera, Espera: Pelo direito de nascer na hora certa* (QEE), lançada no ano de 2017 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no Brasil. Os resultados da análise de conteúdo são confrontados com a revisão bibliográfica realizada ao longo desta pesquisa, com o objetivo de entender se estão sendo utilizadas as melhores práticas comunicativas para gerar resultados positivos para as gestantes e para a sociedade. Para melhor compreendermos a campanha, é importante entendermos o que é o UNICEF e como é o trabalho realizado pela instituição aqui no Brasil.

5.1 UNICEF Brasil - Para cada criança

Criado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1946, o UNICEF recebeu o mandato de defender e proteger os direitos de crianças e adolescentes, ajudar e atender suas necessidades básicas e criar oportunidades para que alcancem seu pleno potencial, guiado pela Convenção sobre os Direitos da Criança. O UNICEF está presente no Brasil desde 1950, apoiando as mais importantes transformações na área da infância e da adolescência no país, participando das grandes campanhas de imunização e de aleitamento materno realizadas no país, mobilização que, segundo site do UNICEF, resultou na aprovação do artigo 227 da Constituição Federal e na elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente. Participou também do movimento pelo acesso universal à educação, programas de enfrentamento ao trabalho infantil e outros grandes avanços para a garantia dos direitos de meninas e meninos brasileiros³⁴.

A instituição reconhece que, nas últimas décadas, o Brasil promoveu um forte processo de inclusão de crianças e adolescentes nas políticas públicas, mas uma significativa parcela da população continua excluída. O grande foco atual do UNICEF Brasil é promover mudanças positivas que possam potencialmente impactar a vida de todas as crianças e adolescentes no país, no entanto, os programas desenvolvidos dependem integralmente de contribuições de voluntários. Assim, a captação de recursos é fundamental para que a instituição possa continuar

³⁴ Todas as informações foram retiradas da página oficial do UNICEF Brasil, disponível em unicef.org/brazil. Acessado em novembro de 2019.

lutando por sua causa. Com esta ajuda, o UNICEF Brasil leva educação, saúde e proteção para as crianças que mais precisam. O foco atual da instituição está nos mais vulneráveis, em especial, os que são vítimas de formas extremas de violência, e crianças nesta situação estão presentes e espalhadas por todo o nosso país.

A atuação do UNICEF tem três pilares: incidência em políticas públicas, engajamento da sociedade e presença física. O primeiro pilar se refere à articulação de políticas públicas que garantam os direitos de meninos e meninas. Para engajar a sociedade, as ações são a mobilização de adolescentes em diversas atividades, reforço na presença de marca nas mídias e redes sociais, parcerias com outras instituições e sensibilização da população através de embaixadores e personalidades. Para se fazer presente pelo território brasileiro e acompanhar de perto os grupos mais vulneráveis, foram criados a Plataforma dos Centro Urbanos e dez escritórios, priorizando as regiões de maior concentração da população vulnerável: Amazônia e Semiárido. Para conhecer melhor o UNICEF e entender como ajudar, basta acessar o site da instituição: unicef.org/brazil.

A campanha QEE foi lançada pelo UNICEF Brasil, em 2017, para sensibilizar os brasileiros, especialmente mulheres e suas famílias, sobre a importância do trabalho de parto e um nascimento humanizado. A concepção da campanha ficou por conta das agências MCGarryBowen, Conspiração Filmes e Isobar, que desenvolveram diversos tipos de anúncios e também uma pequena série de vídeos informativos sobre o trabalho de parto espontâneo e partos humanizados, com participação da atriz Heloísa Périssé (UNICEF, 2017).

Os materiais da campanha ficaram disponíveis por cerca de um ano e seis meses em uma plataforma digital, acompanhados de amplo conteúdo com embasamento científico sobre parto e, principalmente, sobre a importância de esperar pelo trabalho de parto. Nessa plataforma, ocorriam fóruns e discussões a partir de depoimentos de diversas pessoas sobre suas experiências de pré-natal e parto, ou experiências de terceiros. Além do conteúdo, o site também permitia a elaboração de um plano de parto personalizado conforme as preferências das gestantes e respeitando os direitos dos bebês.

Em números gerais, segundo o relatório anual do UNICEF Brasil do ano de 2017, os vídeos que veicularam em quatro canais da TV aberta, 18 canais de TV a cabo, toda a rede de cinemas Cinemark e em três grandes aeroportos do país impactaram mais de 8,5 milhões de pessoas, sendo que mais de 1,7 milhão

assistiram aos vídeos da campanha nos canais oficiais e cerca de 70% do público engajado foram mulheres entre 18 e 44 anos.

A seguir apresenta-se o método de análise utilizado para estudar o objeto em questão: a Campanha *Quem Espera, Espera - Pelo direito de nascer na hora certa*.

5.2 Análise de conteúdo

O método escolhido para avaliar a campanha foi a análise de conteúdo (AC) que, atualmente, tem exigido adaptações muito necessárias para que se possa realizar uma análise qualitativa, principalmente nas pesquisas que envolvem temas da área da saúde. Por isso, para a AC aqui realizada, foram tomados como base os conceitos de Campos (2004) que apresenta a análise de conteúdo como ferramenta fundamental de análise de dados qualitativos para o campo da saúde.

Algumas das contribuições teóricas mais importantes sobre a AC, como as de Bardin³⁵ e Berelson³⁶, “apesar de apresentarem uma riqueza de informações sobre o método, muitas vezes necessitam de uma decodificação e amplas adaptações à realidade estudada” (CAMPOS, 2004, p. 611). A própria Bardin afirma que sua definição não é suficiente para estabelecer a especificidade da técnica de AC, e destaca que a intenção é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e, eventualmente, de recepção dos esforços de comunicação, inferências estas que podem ocorrer sob indicadores quantitativos ou não (CAMPOS, 2004). Nesta perspectiva, o desafio do pesquisador fica por conta de entender o sentido da comunicação como receptor normal e também desviar o seu olhar em busca de outros possíveis significados e mensagens (GODOY, 1995).

Acreditamos, assim como Campos (2004), que produzir inferências sobre o texto é a razão de ser da análise de conteúdo e confere ao método relevância teórica, onde admite-se que a informação puramente descritiva sobre o conteúdo tem pouco valor, no entanto, um dado sobre o conteúdo de uma comunicação é sem valor até que seja vinculado a outro, sendo esse vínculo representado por alguma forma de teoria (FRANCO, 1986). Utilizando desta lógica e de toda a teoria

³⁵ Para Bardin (2001) a AC pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo destas.

³⁶ Para Berelson (1984), a AC é uma técnica de pesquisa que visa uma descrição do conteúdo manifesto de comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa.

disposta nos capítulos anteriores desta pesquisa, temos a partir da AC as inferências necessárias para cumprir com o objetivo deste estudo.

O objetivo da análise de conteúdo a seguir é identificar os modelos comunicacionais presentes na campanha, as estratégias utilizadas para “conversar” com o público e a adequação da campanha quanto às melhores práticas sugeridas nos estudos do campo da Comunicação e Saúde, compreendendo também em qual parte da discussão sobre a escolha do tipo de parto está posicionada a instituição UNICEF Brasil. Assim, nos apegamos às seguintes etapas da AC: pré-exploração ou leituras flutuantes, seleção das unidades de análise, o processo de categorização, onde utilizaremos categorias apriorísticas e não apriorísticas e, por fim, a análise propriamente dita a partir das nossas inferências.

5.2.1 Leitura flutuante

Aprendemos com Campos (2004) que a leitura flutuante consiste nos primeiros contatos com todo o material onde se tem o intuito de apreender e organizar, de forma não estruturada, aspectos importantes para as próximas fases da análise, neste momento, “toma-se contato com os documentos a serem analisados, conhece-se o contexto e deixa-se fluir impressões e orientações” (CAMPOS, 2004, p. 613). Bardin (1988) também adota este procedimento e o propõe como primeira atividade da AC.

Buscando trazer pautas femininas para o ambiente acadêmico e tendo o parto como um dos temas de maior interesse, buscamos, ao longo de dois anos, por objetos que pudessem ser analisados pela comunicação e nos permitissem discutir sobre a construção de campanhas e ações voltadas ao público gestante. Observamos diversos objetos, um deles, muito rico em estratégias que visam identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar, o Projeto Parto Adequado (PPA). No entanto, em uma visão de comunicação, o PPA dificultaria a análise aqui proposta, já que suas ações ficam por conta dos hospitais participantes e acontecem nos ambientes hospitalares, dialogando com gestantes e famílias durante a gestação, processo longo para ser acompanhado em um TCC de graduação.

Através do PPA, já pudemos estabelecer uma aproximação muito forte com o tema, conhecendo conceitos que acabaram se tornando fundamentais para adentrar neste universo, como a Medicina Baseada em Evidências, os Princípios Bioéticos, o parto humanizado, as recomendações da Organização Mundial de Saúde, entre outros que pudemos discorrer ainda no capítulo dois desta pesquisa. Conteúdos sobre a humanização do parto foram os que mais surgiram nesta leitura flutuante, nos fazendo refletir sobre o quão atual é este tema e o quanto a comunicação poderia desempenhar papel importante contribuindo para dar visibilidade e sensibilizar a população para o assunto.

Neste momento, em setembro de 2018, procuramos pelo Dr. Marcos Wengrover Rosa, chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre há mais de 15 anos. O objetivo da conversa foi justamente entender a participação da comunicação neste processo, que visa entregar experiências de parto mais positivas para gestantes e famílias, sem pôr em risco a saúde e os direitos dos bebês. O Dr. Marcos não só confirmou nossas hipóteses de que a comunicação é parte fundamental do processo, como também citou diversos casos que atribuem à comunicação alguns sucessos e mudanças positivas na área. Para o especialista, os últimos anos trouxeram avanços, muito disso através do PPA, reciclando e capacitando o corpo clínico do hospital e levando informações importantes para as pacientes em pré-natal. Na época, o Hospital Moinhos de Vento já visualizava o índice de partos vaginais subir de 9% para 29% em sua maternidade, índice este que, na opinião do Dr. Marcos, corria o risco de estagnar-se sem ações contínuas e bem planejadas de comunicação e relacionamento com as gestantes. Nesta conversa, ficou explícita o quanto precisamos educar e alertar para os princípios bioéticos, onde fala-se muito em autonomia para que as mulheres façam sua escolha do tipo de parto, mas só se pode considerar autonomia quando temos conhecimento total sobre a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade em cada tipo de parto, do contrário as decisões tomadas podem ser precipitadas.

Marcos ainda deixou uma provocação para que nós, comunicadores, pensemos com mais carinho no tema, que comparado aos grandes esforços de comunicação pública que promovem o aleitamento materno, por exemplo, tem pouca visibilidade. Por isso, acompanhar o que vem sendo feito na promoção do parto e nascimento humanizados é essencial para que, em breve, possamos ver

esforços equivalentes para as duas causas, que estão muito relacionadas. Mas antes de pensar na ampliação e/ou potencialização da comunicação que promova questões relacionadas ao parto, é preciso encontrar o modelo ideal. Seguimos então em busca de um objeto que pudesse nos dar este poder de análise.

Ainda em 2018, ocorreu o terceiro parto da duquesa de Cambridge, Kate Middleton, que deixou a maternidade apenas seis horas após dar à luz através de parto natural. Fato este que virou polêmica no Brasil, principalmente nas redes sociais, fazendo com que muitas mulheres com preferência pelo parto cirúrgico se sentissem “atacadas” por comentários que vibravam e exaltavam efusivamente o nascimento por parto natural, como se aquela experiência, de deixar a maternidade pouco tempo depois com o filho nos braços e esbanjando saúde, estivesse ao alcance de todas as mulheres, bastando uma escolha. Centenas de mulheres também aproveitaram o caso para criticar fortemente o sistema de saúde brasileiro, relatando casos onde foram submetidas a experiências traumáticas em relação ao parto natural. Fato este que só serviu para dividir opiniões e colocar as experiências negativas em evidência nas discussões sobre o tema. Esta ocorrência trouxe à tona o quão legítimo é o “movimento” que vai contra as evidências científicas, que pudemos conhecer melhor também no capítulo dois, e nos fez perceber que a questão vai muito além de somente incentivar a escolha pelo parto mais seguro, por isso, seguimos em busca de um objeto que também estivesse atento a isso.

Felizmente, semanas depois, ao seguir com a pesquisa exploratória, encontramos a campanha do UNICEF Brasil que levou o nome de *Quem Espera, Espera - Pelo direito de nascer na hora certa*, composta por plataforma digital, vídeos e anúncios para mídias digitais, mídias offline e OOH. Em leitura flutuante, pôde-se concluir que a campanha focou muito em sua performance digital, concentrando todo o conteúdo mais denso em seu site e utilizando peças-chave para impactar seu público-alvo e conduzir estas pessoas até a plataforma de conteúdo. Sendo assim, as principais peças da campanha foram o conjunto de materiais audiovisuais, composto por um vídeo institucional e três vídeos informativos, escolhidos nesta pesquisa para compor o *corpus* da análise. Antes de focarmos nestas peças, selecionamos alguns exemplos de anúncios para demonstrar o que chamamos de peças-chave, que foram descartadas do *corpus* por não apresentarem conteúdo suficiente para análise.

Figura 2 - Anúncio para mídias offline



Fonte: Lilia Quinaud (2019)

O anúncio apresentado acima foi veiculado em jornais e revistas carregando o seguinte texto: “Esperar pelo trabalho de parto é importante para o bebê, para a mãe e para a vida toda”, o site quemesperaespera.org.br (já desativado), logo da instituição e slogan “Uma campanha pelo direito de nascer na hora certa”. Exatamente o mesmo conteúdo das peças institucionais produzidas para mídias externas, como a seguir:

Figura 3 - Anúncio para mídias OOH



Fonte: Lilia Quinaud (2019)

Já nas mídias digitais, algumas variações surgiram, foram encontradas nas redes sociais do UNICEF Brasil – Facebook e Instagram - publicações contendo

dados relevantes sobre o tema, fotos de parturientes, depoimentos de mulheres sobre a experiência de parto e até mesmo junções destes elementos. Ainda assim, pelo caráter instrumental dessas peças, elas foram descartadas do *corpus*.

5.2.2 Corpus e unidades de análise

Pela maior densidade de conteúdo e pela importância dessas peças para que os argumentos da campanha chegassem ao público, selecionamos apenas os vídeos para comporem o *corpus* da análise, bem como as divulgações de lançamento da campanha nas redes sociais do UNICEF Brasil, Instagram e Facebook, que se utilizaram do vídeo institucional. Antes de apresentarmos a análise, cabe trazer informações sobre estes para situar o leitor.

Disponível em duas versões, com 30 e 60 segundos, o primeiro vídeo é de caráter institucional e possui os seguintes objetivos: divulgar a campanha, sensibilizar os espectadores sobre a espera pelo trabalho de parto e atrair o público-alvo para a sua plataforma. Ambas versões deste primeiro vídeo levam o título “Pelo direito de nascer na hora certa” e se encontram disponíveis no canal do Youtube do UNICEF Brasil onde, juntos, já alcançaram 25.941 visualizações. Segundo o documento oficial do UNICEF sobre a campanha, os vídeos institucionais foram produzidos para veicular como comerciais de TV, em salas de cinema, internet e com possíveis adaptações em mobiliário urbano.

Os demais vídeos são de caráter informativo, trazendo situações cotidianas que envolvem gestantes e conteúdo baseado em evidências científicas para alertar sobre temas que envolvem o parto e nascimento. O primeiro vídeo desta série leva o título de “Episódio 1 | A importância do trabalho de parto”, ele tem dois minutos e três segundos de duração e 4.017 visualizações no Youtube. O segundo vídeo leva o título “Episódio 2 | Parto e nascimento humanizados”, com dois minutos e trinta e oito segundos e 1.688 visualizações no Youtube. O último vídeo leva o nome de “Episódio 3 | Mitos que levam à cesárea” com 1.906 visualizações no Youtube e duração de dois minutos e quatorze segundos³⁷.

³⁷ Os dados apresentados sobre as visualizações de cada um dos vídeos foram extraídos em 17 de novembro de 2019, às 10h15, a partir do canal oficial do UNICEF Brasil no Youtube. Disponível em <https://www.youtube.com/user/UNICEFBrasil>.

O vídeo institucional de 60 segundos foi utilizado para lançar a campanha nos perfis do UNICEF Brasil no Facebook e Instagram, em abril de 2017. No Facebook, atingiu as marcas de 614 mil visualizações, 9,6 mil compartilhamentos, mais de 1,6 mil comentários e mais de 9,3 mil reações³⁸, sendo a publicação mais comentada no perfil da instituição no ano de 2017. No Instagram, alcançou 1.022 visualizações e 14 comentários³⁹.

Pois bem, destes vídeos extraiu-se os textos, ou unidades de significado, que deram origem aos recortes necessários para analisar a campanha conforme os objetivos desta pesquisa. Foi realizada uma análise temática, já que esta AC se direciona para as mensagens propriamente ditas, bem como seu valor informacional, assim, para alcançar o objetivo desta análise foi dividido em dois momentos. O primeiro, preocupou-se em entender como a campanha se posiciona em relação aos tipos de parto, por sua vez, o segundo, em identificar qual o modelo comunicacional utilizado para alcançar os objetivos da campanha: informacional, dialógico ou baseado nos princípios do SUS.

No primeiro ato, as unidades de análise utilizadas são as informações coletadas na campanha sobre categorias pré-estabelecidas. No segundo ato, as unidades de análise são os comentários deixados pelo público nas divulgações de lançamento da campanha nas redes sociais e do UNICEF Brasil, bem como o trabalho realizado pela instituição em relação a esta participação do público.

5.2.3 Categorização

Em primeiro momento, é utilizada a categorização apriorística, que é quando “o pesquisador de antemão já possui, segundo experiência prévia ou interesses, categorias pré-definidas” (CAMPOS, 2004, p. 614). Nossas categorias para analisar o posicionamento do UNICEF em relação ao parto foram: tipos de parto, evidências científicas, autonomia da mulher e direitos do bebê, dando origem ao seguinte quadro:

³⁸ Disponível em <https://www.facebook.com/watch/?v=1401498206573308>. Dados extraídos em novembro de 2019.

³⁹ Disponível em <https://www.instagram.com/p/BTHB7zqBaXa/>. Dados extraídos em novembro de 2019.

Quadro 1 - Posicionamento do UNICEF Brasil em relação aos tipos de parto

CATEGORIA	TIPOS DE PARTO	EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS	AUTONOMIA DA MULHER	DIREITOS DO BEBÊ
UNIDADES DE ANÁLISE	“independente de sua preferência pelo parto normal ou pela cesárea, vale a pena você entender melhor por que é tão importante deixar o bebê escolher a hora certa de nascer”			
	“você sabia que até uma cesárea deve ser humanizada?”	“os dois fazem o trabalho em parceria, liberam, por exemplo, substâncias para o amadurecimento final do próprio organismo, como o hormônio corticoide que age no pulmão”	“Vocês duas não vêm a hora de se encontrar, mas ela vai esperar a hora certa, você também?”	“quando o bebê está pronto ele envia sinais para a sua mãe e os dois fazem o trabalho em parceria”
	“O parto humanizado leva em consideração que cada mãe e cada bebê são únicos”		“só de esperar o momento do trabalho de parto chegar, você também tá se preparando melhor para a amamentação”	
	“se todo esse processo resultar em um parto normal, ótimo, mas se for necessária uma cesárea, tudo bem também”	“especialistas acreditam que o bebê que nasce na sua hora vira uma criança mais calma, mais tranquila”	“afinal, você não quer dar tudo de melhor para o seu filho?”	“Quem avisa que chegou a hora é o próprio bebê”
	“cesáreas existem para salvar vidas, mas podem ser menos mecânicas e mais acolhedoras”	“o corte do cordão umbilical só deve acontecer depois que ele parar de pulsar, esse sangue que o bebê recebe no final é muito importante pra evitar a anemia, irrigar bem os pulmões e o cérebro”	“se a mulher quiser andar, ela anda, se preferir ficar deitada, ela deita, pode usar a bola, pode ir pro chuveiro, ela escolhe a posição que quer parir, não precisa tomar soro pras dores aumentarem, pode receber massagem, alimentação leve, e a equipe de saúde interfere o mínimo possível, ah, pode até ter anestesia viu?”	“bebê que passa pelo trabalho de parto ele está mais preparado fisicamente e emocionalmente para vivenciar o mundo aqui fora, até respira com mais facilidade”
	“uma gravidez saudável em que a mãe e o bebê estão bem pode perfeitamente terminar em um parto normal mesmo que a mulher já tenha feito uma cesárea”	“tanto a bacia da mãe quanto a cabeça do bebê são maleáveis durante o trabalho de parto”		
	“médicos, enfermeiras, obstetrias,	“o bebê que passa pelo trabalho de parto ele está mais	“Consulte a nossa plataforma e saiba ainda mais sobre	

	doulas, você não vai encontrar um que não diga que é melhor pra você e pro seu bebê esperar pela hora certa”	preparado fisicamente e emocionalmente para vivenciar o mundo aqui fora, até respira com mais facilidade”	diversas formas de transformar esse momento tão importante em algo realmente mágico”	
	“é fundamental ter o apoio de um profissional capacitado para identificar problemas e então, mas só então, intervir”	“[o trabalho de parto] é o único sinal 100% confiável de que a hora chegou”		

Fonte: Elaborado pela autora.

Para analisar a interação entre instituição e seu público, utilizamos as publicações de lançamento da campanha, no Facebook e no Instagram, onde a categorização do conteúdo levantado é não apriorística, permitindo que as categorias possam emergir totalmente do contexto (CAMPOS, 2004). O objetivo desta análise é compreender que tipo de reações o público teve ao tomar conhecimento da campanha e se isso desencadeou algum processo de diálogo, discussão ou debate entre emissor e receptores, ou se pelo menos houve oportunidade de diálogo com o público e como a instituição escolheu reagir. Para então, identificarmos o modelo de comunicação empregado.

Foram analisados 1.619 comentários, sendo que 1.104 destes foram descartados por não terem conteúdo que permitisse algum tipo de análise, por exemplo, comentários que apenas mencionam outros usuários, utilizam somente caracteres especiais, emojis ou falavam de outros assuntos. Os 515 comentários analisados foram classificados entre as seguintes categorias: relatos de experiências positivas, relatos de experiências negativas, críticas ao sistema de saúde brasileiro, críticas à campanha ou posicionamento do UNICEF Brasil, apoio ou elogio à campanha, relatos de mulheres que estão esperando ou, pelo menos, tentarão esperar pelo trabalho de parto, defesa da autonomia das mulheres acima de qualquer outro argumento, dúvidas em geral - sobre parto, trabalho de parto e demais conteúdos da campanha -, sugestões de outros conteúdos pertinentes sobre o assunto e mensagens de apoio às gestantes.

O posicionamento do UNICEF Brasil em relação às reações do público pode ser considerado nulo, já que nenhum dos comentários, nem mesmo os que

traziam dúvidas sobre o tema tiveram algum tipo de retorno da instituição. Os resultados quantitativos obtidos nesta análise podem ser conferidos no Quadro 2:

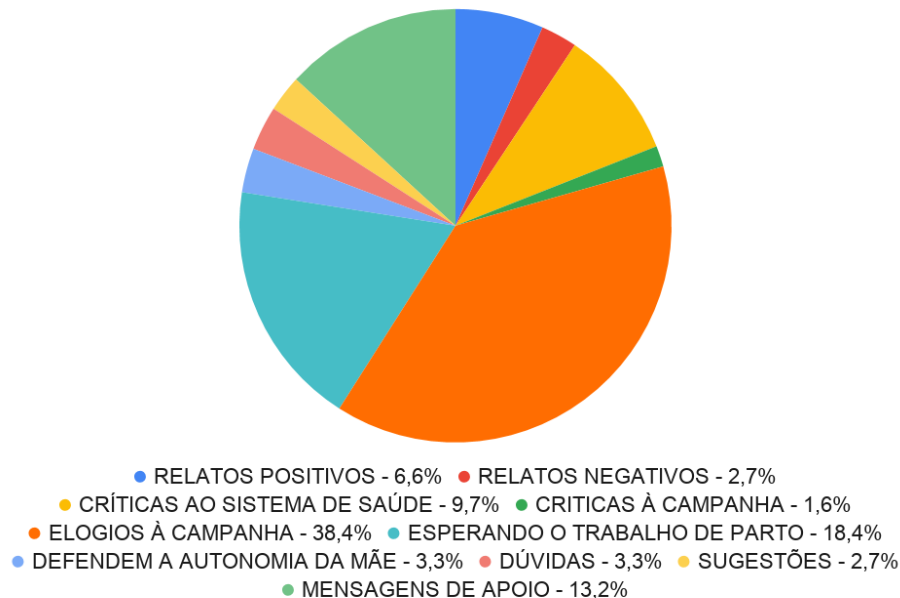
Quadro 2 - Interações nos posts de lançamento

Categoria	Experiências positivas	Experiências negativas	Elogios à campanha	Críticas à campanha	Estão esperando
Nº	34	14	198	8	95
Categoria	Críticas ao sistema de saúde	Mensagens de apoio às gestantes	Autonomia da mãe acima de tudo	Dúvidas	Sugestões
Nº	50	68	17	17	14

Fonte: Elaborado pela autora.

Elaboramos também um gráfico para tornar mais visual a proporção dos conteúdos que surgiram a partir da interação do público:

Figura 3 - Gráfico das interações no post de lançamento no Facebook



Fonte: Elaborado pela autora.

Comprovamos nesta análise que, através das redes sociais da instituição, não houve espaço para diálogo entre emissor e seu público e não foi por falta de oportunidades. Como vimos na teoria, este modelo de comunicação unilateral que visa através de persuasão moldar ou modificar o comportamento de

determinado público, é conhecido como modelo informacional. Modelo este que sofre críticas do campo da Comunicação e Saúde e que, em nome de melhorias reais para a sociedade, precisa ser superado (ARAÚJO; SOARES, 2007).

5.3 Inferências

O objetivo maior desta pesquisa é compreender como a comunicação pode melhor contribuir para engajar e sensibilizar a sociedade para o tema e questões relacionadas ao parto e nascimento. Vimos o quanto as estratégias de comunicação mais utilizadas ainda trabalham buscando influenciar os hábitos das pessoas por meio da persuasão e do convencimento de que a mudança de comportamento é fundamental para uma vida melhor e mais saudável. Muitas vezes, nós comunicadores reproduzimos estas estratégias utilizando informações relevantes, argumentação plausível e embasamento teórico-científico, acreditando que impor a nossa percepção é justificável se estiver objetivando o bem do público-alvo, no entanto, uma nova proposta, emergida do campo da Comunicação e Saúde, nos faz refletir sobre essa prática e buscar novas alternativas.

Acontece que em temas como o parto e nascimento não há uma verdade absoluta, não há apenas um lado certo e outro errado, como pudemos ver ao longo desta pesquisa, em especial no segundo capítulo. Ambos os lados buscam o mesmo fim, ainda que por meios contrários, todas as mulheres estão buscando experiências mais seguras e menos traumáticas, como tantas que estamos acostumados a ouvir em relatos. Se existe uma cultura da cesárea, uma indústria da cesárea, se médicos estão agindo de má fé ou com vista restrita aos lucros e conveniências do parto cirúrgico, ou tantas outras hipóteses que surgem em torno do tema, este é um problema sério para o campo da saúde. No entanto, acolher, ouvir e apoiar mulheres neste momento, além de entregar toda a informação pertinente ao assunto, é o real dever de comunicadores que atuam em cenários como este.

A campanha *Quem Espera, Espera* se mostra sensível em relação a autonomia das mulheres para escolherem a via de parto e, faz contraponto com um direito universal das crianças, o de nascer na hora certa. Como vimos no segundo capítulo, “para a maioria das mulheres, a dor do parto é a segunda maior preocupação depois da segurança do bebê” (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 21), assim, relacionando a segurança e a saúde dos bebês com o trabalho de parto, a

campanha visa tornar injustificável o parto cirúrgico agendado, de forma eletiva, sem que o próprio bebê envie os sinais de que está pronto para deixar o útero da mãe. Combatendo essa prática, acredita-se que o número de cesáreas no Brasil já diminuiria de forma significativa. A campanha falha, pois, em sua continuidade.

A escolha dos canais de mídia já indica uma comunicação unilateral, tendo os vídeos como peças mais importantes da campanha. Ainda assim, estes poderiam servir como gatilhos para interação com o público nas mídias sociais, vimos que não foram utilizados desta forma. Sem que a instituição estabelecesse diálogo com o seu público nas divulgações, obtém um resultado de cerca de 17% de comentários negativos, além de todas as dúvidas e sugestões que também surgiram. Assume-se assim que a campanha foi construída sob o modelo informacional, uma prática comunicativa limitada a transferência de informações a uma população que, supostamente, desconhece informações relevantes sobre assuntos que dizem respeito à sua própria vida e sua saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007), resta entendermos se está mais próxima do modelo informacional que surgiu na educação sanitária ou durante a perspectiva desenvolvimentista.

A diferença significativa entre os dois modelos está na presença do “líder” e na preocupação em estabelecer o máximo de elementos em comum entre a fonte da informação e o destinatário da mesma (CARDOSO, 2003). Estes dois elementos são empregados na campanha *Quem Espera, Espera* de forma clara. Nos vídeos da campanha, tanto institucional quanto nos três episódios informativos, são retratadas cenas cotidianas da gestação, que buscam aproximar o emissor do receptor da mensagem, vide os frames a seguir, retirados dos vídeos:

Figura 5 - Vídeo institucional da campanha



Fonte: Perfil oficial do UNICEF Brasil no Youtube.

Figura 6 - Vídeo informativo 1



Fonte: Perfil oficial do UNICEF Brasil no Youtube.

Figura 7 - Vídeo informativo 2



Fonte: Perfil oficial do UNICEF Brasil no Youtube.

Figura 8 - Vídeo informativo 3



Fonte: Perfil oficial do UNICEF Brasil no Youtube.

As imagens apresentadas, somadas a outras que surgem nos vídeos, retratam situações cotidianas para gestantes, como ter que lidar com as mudanças constantes do próprio corpo, não conseguir realizar algumas atividades sozinha, desconforto para dormir e, principalmente, ser bombardeada de comentários, conselhos, dicas e opiniões que exigem um exercício contínuo de muita paciência. Aliás, é exatamente neste ponto que os vídeos sempre chegam, no exercício da paciência, trazendo uma mensagem empática e emocionante de incentivo para que estas gestantes, ainda assim, tenham o máximo de paciência e esperem o trabalho de parto, respeitando o direito do bebê de nascer no seu tempo.

Elementos como este, por mais que tragam efeitos positivos, são, evidentemente, estratégias de comunicação e de persuasão, que como vimos na teoria, são utilizados pelo Marketing Social, pela Comunicação de Interesse Público e, na relação com a saúde, começaram a ser utilizados a partir da perspectiva desenvolvimentista, assim como a presença do líder social, espécie de mediador entre as fontes e destinatários da mensagem, pessoa que desempenha papel importante na circulação social da informação, que é reconhecido pelo público, que lhe confere algum tipo de autoridade ou credibilidade e que, para a instituição que emite a mensagem, demonstra algum tipo de poder mobilizador (CARDOSO, 2003).

Na campanha *Quem Espera, Espera*, temos uma líder, é a atriz, humorista, dubladora e diretora brasileira, Heloísa Périssé, mãe de duas filhas, uma nascida de parto normal e outra de cesárea. O fato de Heloísa ter passado pelas duas experiências de parto faz da escolha pela atriz um grande acerto, capaz de dar credibilidade às informações trazidas na campanha sem pesar para um ou outro lado na discussão entre as duas vias de parto, deixando todo o foco da discussão no ponto principal: o trabalho de parto.

Ambas as estratégias não mascaram o caráter autoritário do modelo informacional, que existe para corresponder a interesses alheios e nem sempre respeita as histórias e contextos locais (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). O que podemos lamentar aqui é que o UNICEF Brasil, como organização do terceiro setor, que busca, em sua essência, conquistas sociais, poderia ter desenvolvido uma campanha mais democrática e participativa. Se a mesma campanha viesse de uma instituição privada, talvez questionássemos qual interesse de fato havia por trás da

campanha, como quando se apropriam de táticas do Marketing Social e da Comunicação de Interesse Público para se promoverem em cima de causas sociais.

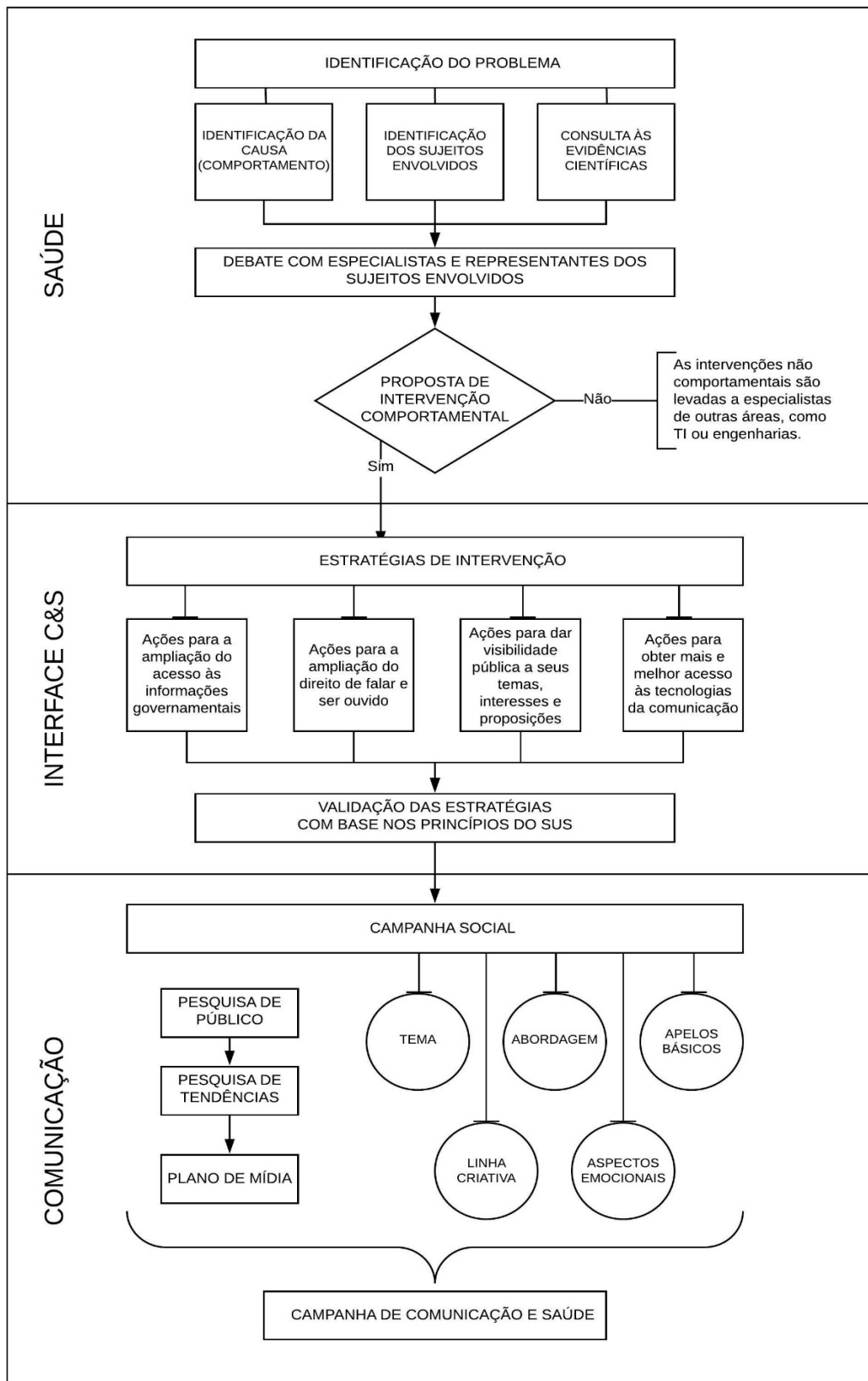
Nos objetivos específicos desta pesquisa, incluímos a intenção de discutir o aprimoramento de campanhas destinadas ao público gestante. Com base nas teorias e na análise do objeto escolhido, gostaríamos de entender, então, qual seria o processo ideal para construir uma campanha com o objetivo de sensibilizar e engajar a sociedade em questões relacionadas ao parto e nascimento no Brasil.

Partindo das teorias de Araújo e Cardoso (2007), Toaldo e Machado (2013), Silva e Mazzon (2018) e demais aprendizados que vieram ao longo deste estudo, propomos na Figura 9 um esquema para representar o fluxo ideal para a construção de uma campanha de Comunicação e Saúde. Dividimos o fluxo em três momentos, o primeiro, pode ser chamado de Diagnóstico, onde compete aos profissionais do campo da saúde identificarem um problema de saúde pública, as causas deste problema, se há algum comportamento que esteja causando este problema ou se há algum comportamento que pode solucionar o problema, identificar quem são os sujeitos envolvidos, que pode ser a sociedade como um todo ou grupos específicos, e consultar o que dizem as evidências científicas sobre o tema. Com este embasamento, será possível discutir soluções, mas para que isso seja feito de forma democrática e participativa, vimos por Araújo e Cardoso (2007) que deve se estabelecer um debate e acreditamos que o ideal, neste momento, é que sejam envolvidos especialistas, órgãos de saúde, representantes dos sujeitos envolvidos e demais atores sociais que possam contribuir.

Neste debate surgirão propostas para uma possível intervenção no cenário-problema, que pode ser comportamental ou não comportamental (SILVA E MAZZON, 2018), neste segundo caso, será encaminhado o desafio para especialistas de outras áreas do conhecimento, quando se tratar do primeiro caso e o objetivo for uma intervenção social que busque uma mudança de comportamento, vinda de um consenso entre especialistas, sujeitos e órgãos envolvidos, a comunicação deve ser acionada como forma de intervir. A partir disso inicia o segundo momento, que podemos chamar de Planejamento Estratégico. Neste momento, são discutidas as estratégias de intervenção, que precisam seguir as quatro ordens práticas propostas por Araújo e Cardoso (2007) e ainda passarem por um filtro de validação, que serão os Princípios do SUS. Por fim, essas estratégias servirão como direcionadoras da terceira etapa, onde é concebida a

Campanha de Comunicação, que deverá conter os elementos trazidos por Toaldo e Machado (2013) no capítulo três da pesquisa.

Figura 9 – Caminho para uma Campanha de Comunicação e Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Buscando uma aplicação desta proposta para discutirmos o aprimoramento das ações de comunicação, voltamos a olhar para a campanha *Quem Espera, Espera*. Trabalharemos aqui com a suposição de que o objetivo geral da campanha seja: incluir o direito das crianças na pauta da discussão sobre parto e nascimento no Brasil, entendendo que se a autonomia das mulheres deve ser respeitada, a saúde do bebê deve vir ainda antes, assim, evitando as cesáreas desnecessárias e, como consequência, empoderando a sociedade para que lute por políticas públicas neste setor e conte com o poder de pressão do UNICEF Brasil, órgão tão importante na defesa dos direitos das crianças. Tendo claro este objetivo, comum ao que se espera de organizações do terceiro setor, pensaremos em como enquadrá-la nos demais pontos fundamentais e quais seriam as melhores estratégias conforme as teorias do campo da C&S.

Pensemos então, como o UNICEF Brasil poderia ampliar o direito do seu público de falar e de ser ouvido na campanha QEE? Algumas iniciativas simples que poderiam ser incluídas na campanha são: responder às mensagens enviadas nas redes sociais de forma individual, convocando especialistas para ajudar nesta etapa, realizar transmissões de vídeo ao vivo nas redes sociais incentivando a interação do público por meio de perguntas e respostas, desenvolver um *chat* ou sistema semelhante para atendimento na plataforma digital da campanha, realizar eventos, encontros e debates com o máximo de representantes possíveis da causa e transmitir online. Tudo isso, é claro, considerando e negociando com a pluralidade de interesses existentes na sociedade, reconhecendo que diversos segmentos sociais já lutam por mais autonomia, visibilidade e acolhimento nas políticas e práticas de saúde e precisam sentir que a instituição, através da campanha, está ao lado deles. Mas não para por aqui, Araújo e Cardoso (2007) entendem que todas as vozes devem poder estar na arena pública, debatendo, para isso, podem ser planejados eventos de diversos tipos que debatam o assunto dando espaço a todos.

No que tange o acesso às tecnologias de comunicação, entramos em um ponto bem crítico, tendo em vista que o acesso às tecnologias de informação e comunicação continua restrito e por vezes parece estagnado (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Aqui nos parece uma estratégia interessante aliar a campanha ao Sistema Único de Saúde, que cobre todo o território nacional e é o que temos de mais próximo a uma gestão comunicativa de qualidade, que permite a construção de redes democráticas de informações, que valoriza a diversidade de atores e a

participação social, que privilegia o diálogo e a intersubjetividade (SILVA; ROCHA, 2013). A TV ainda é a mídia de maior alcance em nosso país, ainda mais após a TV digital, mas para chegar onde ela não chega, de forma a democratizar o acesso às informações da campanha, o único caminho é mapear estes públicos e olhar com individualidade para essas muitas realidades, que serão únicas, necessitando de soluções também únicas. Ou seja, o melhor meio de chegar ao público pode variar muito quando uma campanha busca atingir toda uma nação, por isso ela deve ter estratégias bem diversificadas e, por meio de pesquisa, definir formas de obter o maior alcance.

Pensando na ampliação do acesso às informações governamentais, é importante dizer que este item diz respeito a uma contraposição às noções de clientelismo em relação aos serviços de comunicação e saúde públicas (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). As campanhas que visam atender as necessidades deste campo precisam se posicionar como defensoras da democratização do acesso à informação e da apropriação pública sob os serviços do campo da saúde e informações pertinentes. Essa ideia está muito relacionada aos princípios de universalidade e equidade do SUS e, para que fique claro em uma campanha de comunicação, é fundamental que não se utilize de estratégias verticais, autoritárias, unilaterais e polarizadas de comunicação, respeitando ainda as diferenças e individualidades que compõe o público da campanha. Uma solução para a campanha *Quem Espera, Espera* estar mais alinhada a esta orientação seria, ao contrário de esclarecer mitos e tentar equiparar as condições de todas as mulheres de terem o mesmo comportamento em relação à espera pelo trabalho de parto, tentar trabalhar em cima de inseguranças mais comuns entre elas, e orientando sobre como *se conhecer* melhor e *se preparar* melhor para este momento, considerando suas individualidades, reforçando que o acompanhamento pré-natal é um direito universal e que este recurso deve ser utilizado para suprir tanto as necessidades de saúde da mãe e do bebê quanto às necessidades emocionais dessa gestante (RIOS; VIEIRA, 2004).

Por fim, resta pensarmos na ordem da visibilidade pública para os temas, interesses e proposições que vêm do público, que é um “ir mais a fundo” na ampliação dos direitos de falar e ser ouvido. Aqui, duas propostas surgem nos debates atuais, a de conquistar espaço na pauta dos grandes veículos de comunicação, tomando o que chamamos de existência pública, aproveitando-se do

poder que essas mídias têm de agendar os temas que a sociedade discute e considera importantes, e uma segunda proposta que sugere a construção de canais de interação com os públicos e com a mídia, o uso de mídias alternativas, a ampliação da comunicação interpessoal nas comunidades e daí por diante (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Para a campanha *Quem Espera, Espera*, considerando a natureza social tão contrastante de um país como o nosso, o mais inteligente seria considerar todas essas possibilidades e tendo o seu foco em grupos mais específicos, identificados através de pesquisa como os que podem trazer mais avanços se bem atendidos ou que podem gerar mais retrocessos se mal atendidos, nestes casos, utilizando-se de meios de comunicação mais restritos para ser mais efetivo, e usar o máximo possível do potencial das mídias de massa para alcançar o público geral e conduzi-lo até os canais oficiais do UNICEF Brasil durante a campanha.

Certo, é um caminho longo, mas não podemos admitir que uma campanha com um propósito tão bonito e tanto potencial se limite a reproduzir um modelo de comunicação que não atenda, minimamente, a estes requisitos. Sabemos que atualmente, o foco do UNICEF Brasil é outro, e que faz um trabalho louvável em defesa de crianças e adolescentes que vivem em condições de violência extrema. Mas como nação ainda não fomos capazes de superar os altos índices de cesáreas eletivas e seguimos desrespeitando o direito de milhares de bebês todos os dias, novas iniciativas precisam surgir para mudar este cenário. Que comecemos essa mudança pela comunicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o momento de relembrarmos o que nos trouxe até aqui, a razão de existir este estudo e sua relevância, bem como refletirmos sobre o percurso até os nossos objetivos. Os altos índices de parto cirúrgico, uma assistência precária nos serviços de acompanhamento de gestações e partos e teorias que surgem sem embasamento científico sobre o tema são desserviços gravíssimos para nós mulheres brasileiras. O que este trabalho buscou mostrar é que este caso já perpassa o campo da saúde e que os profissionais de comunicação podem, e devem, fazer uma autocrítica frente a problemas sociais como este.

Existe um campo, que está trabalhando em teorias para que nós comunicadores estejamos cada vez mais dentro das estratégias de promoção da saúde, é importante então que estejamos preparados para ocupar este espaço defendendo a participação social também, para não reproduzirmos antigos modelos de comunicação que não geram as transformações necessárias. A importância deste estudo fica mais que justificada quando percebemos o quanto estamos despreparados frente a este desafio.

Percebemos que nossos objetivos foram alcançados com o sentimento de que, após essa pesquisa, as teorias do campo da Comunicação e Saúde estão mais acessíveis para os profissionais que se desafiam a desenvolver novas campanhas e iniciativas voltadas ao público gestante. Tivemos sucesso em entender melhor o cenário que envolve e divide opiniões sobre parto e nascimento, sem julgar ou tomar partido, apenas reconhecendo que são mulheres que lutam pelo direito de ter uma experiência de parto que não seja traumática, como tantas que ouvimos frequentemente, mas que buscam isso de formas distintas. Tivemos sucesso também na identificação das estratégias mais utilizadas pela comunicação para dialogar com a sociedade sobre temas da área da saúde, o Marketing Social e a Comunicação de Interesse Público, isso se confirmou quando vimos que o próprio campo da Comunicação e Saúde já se posicionou contra essas estratégias, justamente por reproduzirem modelos comunicacionais antigos que nem sempre criam espaços de participação social nas decisões, mas que ainda são muito utilizadas por iniciativas do primeiro, segundo e terceiro setor. Exploramos o campo da C&S destacando o que vem sendo defendido por ele e no que se baseia para propor um novo modelo de comunicação e ainda, conseguimos formular um

exemplo visual do que seria o fluxo ideal para se construir uma campanha de comunicação com base nas teorias do campo. Este quadro, pode ser visto como uma primeira versão, uma primeira proposta, que serve para cumprirmos o último objetivo específico da pesquisa, o de discutir o aprimoramento das ações de comunicação voltadas ao público gestante, sendo ele o nosso ponto de partida. Visto que um Trabalho de Conclusão de Curso não tem a obrigação de propor soluções, mas que deve servir de inspiração para traçar novos estudos e desenvolver pesquisas mais amplas.

Pensando nisso, temos algumas sugestões para novos estudos partindo do nosso aprendizado nesta pesquisa. Uma possível continuação seria buscar aplicar o esquema em outros temas da área da saúde, uma continuação que muito nos agradaria realizar também seria defender a importância de um profissional de Relações Públicas neste processo, já que exige pesquisas profundas e depende de relacionamentos bem construídos entre instituições e atores sociais. Outra continuação possível, seria realizar entrevistas em profundidade e grupo focal com gestantes para acompanhar as impressões destas sobre a campanha *Quem Espera, Espera* e comparar os resultados com o que foi recolhido em nossa Análise de Conteúdo. Esperamos que essas sugestões possam inspirar novos pesquisadores.

Concluimos este estudo com nossos objetivos alcançados, porém, reconhecendo que os modelos de comunicação empregados atualmente, na maioria das campanhas de promoção da saúde, são modelos que devem ser superados e dar lugar a uma nova filosofia, embasada nos efeitos positivos da participação social. Não podemos ocupar um lugar de passividade, esperando que o campo da saúde nos traga as soluções, ou colhendo resultados razoáveis. É hora de termos mais humildade, assim como pedimos aos médicos, é hora de admitirmos que nossa comunicação pode ser mais que persuasão, pode ser um lindo debate com soluções apropriadas para a nossa população e que em meio a nossa diversidade, pluralidade e especificidades há também muito conhecimento, ou seja, que não vale mais a pena tentarmos pegar o atalho de impor soluções práticas a um população inteira, mas vale, e muito, construirmos juntos as soluções que precisamos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Ministério da Saúde e ANS criam normas para reduzir cesariana**. Rio de Janeiro: ANS, 2014.

ANS; IHI; SBIBHAE. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: projeto Parto Adequado – fase 1**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf. Acessado em agosto de 2018.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. 2005; 9 (16): 39-52.

ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine. Miranda. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Banco de Dados dos Sistemas de Informação de Nascidos Vivos (SINASC): 1998 a 2004**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

CABRAL, Plínio. **Propaganda: técnica da comunicação industrial e comercial**. São Paulo: Atlas, 1990.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. O método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2004 setembro/outubro; 57(5):611-4.

CARDOSO, Andréia dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1509-1520, junho de 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700063&lng=en&nrm=iso. Acessado em outubro de 2019.

CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e Saúde: notas sobre a trajetória histórica e tendências atuais. In: SILVA, Jacqueline Oliveira; BORDIN, Ronaldo. (Org) **Máquinas de Sentido: processos comunicacionais em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2003.

COELHO, Brenda Stefane Gonçalves; MARQUES, Lícia Cristine Nascimento. **Violência obstétrica: uma afronta à dignidade da mulher**. 2016.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde e Sociedade**. 2014, v. 23, n. 4, pp. 1356-1369. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>. Acessado em outubro 2019.

COSTA, João Roberto Vieira da. **Comunicação de Interesse Público: ideias que movem pessoas e fazem um mundo melhor**. São Paulo: Jaboticaba. 2006.

CRIZÓSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; LUZ, Maria Helena Barros. **A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-104, mar. 2007.

DINIZ, Carmem Simone Griolo. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social** [dissertação de mestrado]. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, 1997.

DINIZ, Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. **Parto Normal ou Cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. Editora UNESP, 2004. 179p.

DUARTE, Jorge. (org). **Comunicação Pública – estado, mercado, sociedade e interesse público**. São Paulo, Atlas, 2007

FAUNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme, 1991. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, 7:150-173.

FAUSTO NETO, Antônio. Percepção acerca dos campos da saúde e da comunicação In: PITTA, Áurea Maria da Rocha (org.). **Saúde & comunicação: Visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **O que é análise de conteúdo**. São Paulo: PUC; 1986.

FREITAS, Paulo Fontoura; SAKAE, Thiago Mamôru; JACOMINO, Maria Eduarda M. L. P. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2008; 24:1051-61. Disponível em https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008000500012&script=sci_arttext&tlng=pt. Acessado em outubro de 2019.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Débora. **Saúde pública, bioética e equidade**. Bioética, 1977; 5.

GIANGRANDE, Fábio Alves Lanzara. Gestão de comunicação e marketing - Terceiro setor. In: PEREIRA, Milton (org) et al. **Gestão para organizações não-governamentais**. Florianópolis: Tribo da Ilha. 2013. p. 85-98.

GIL, Antônio Carlos. 2008. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, 65-71. 1995.

HENLEY, Nadine; RAFFIN, Sandrine; CAEMMERER, Barbara. **The Application of Marketing Principles to a Social Marketing Campaign, Marketing Intelligence & Planning**, 29(7), 697-706. 2011.

HOFF, Tania; GABRIELLI, Lourdes. **Redação Publicitária**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

JONES, R. **Memórias de um homem de vidro: reminiscências de um obstetra humanista**. Rio Grande do Sul: Ideias a Granel, 2004.

KOTLER, Philip; LEE, Nancy R. **Marketing Social: Influenciando comportamentos para o bem**. Tradução de Jorge Ritter. Porto Alegre. Bookman, 3. ed. 2011.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MANGINI, Eduardo Roque; URDAN, André Torres; CONEJERO, Marco Antonio. (2019). Desenvolvimento e Aplicação de Plano de Marketing em Empresa Vinícola. **Caderno profissional de Marketing UNIMEP**. v. 7, p. 38-59, 2019.

MARTINS, Andréia de Fátima Hoelzle; BARBOSA, Telma Regina da Costa Guimarães; CEZAR, Layon Carlos. Análise da campanha Outubro Rosa de prevenção do câncer de mama em Viçosa, MG. **Revista de Ciências Humanas**, Viçosa, v. 14, n. 2, p. 539-556, jul./dez. 2014.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp; SANTOS, Inês Maria Meneses; SILVA, Leila Rangel. **A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 765-772, dez. 2008.

MONTORO, Tânia. Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 442-451, 2008.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 155-172, mar. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000100155&lng=en&nrm=iso. Acessado em 21 de setembro de 2019.

NEVES, Marcos Fava. Strategic marketing plans and collaborative networks. **Marketing Intelligence & Planning**, v. 25, n. 2, p. 175-192, Mar. 2007.

OLIVA, Célia. **Cesariana versus Parto Vaginal: como nascer?** – Mestrado Integrado em Medicina – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto. 2010.

OLIVEIRA, Maria José da Costa. Comunicação pública e os setores não estatais In. **Comunicação Pública**, Maria José da Costa Oliveira (Org.). Alínea Editora, 2004.

OSHIRO, Julieta Hitomi. **Educação para a saúde nas instituições de saúde pública** [dissertação de mestrado]. São Paulo: PUC/SP, 1988.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de bioética**. 5.ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo Loyola, 2000.

PIMENTEL, Tatiane Abud. OLIVEIRA-FILHO, Eduardo Cyrino. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, ano 2016, v. 14, n. 2, ed. 2, p. 187-199, jul./dez. 2016.

PITTA, Áurea Maria da Rocha. **A comunicação em serviços de saúde-população: modelos explicativos e desafios a partir de discussões recentes** [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, UERJ, 1994.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª ed. Universidade Feevale – Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, 2013.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=en&nrm=iso. Acessado em outubro de 2019.

REZENDE, Jorge de. **Rezende obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 10. ed. 2005.

RIOS, Cláudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2007; 12(2): 477-86.

SAMPAIO, Rafael. **Propaganda de A a Z**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

SANT'ANNA, Armando; JÚNIOR, Ismael Rocha; GARCIA, Luiz Fernando Dabul. **Propaganda: teoria, técnica e prática**. 8 ed. rev. e ampl. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

SANTOS, Luís Henrique S. dos; OLIVEIRA, Dora Lúcia C. L. Gênero e risco de HIV/Aids nas campanhas de educação em saúde através da mídia. **GT: Gênero, Sexualidade e Educação**, n. 23, 2006. Disponível em <http://29reuniao.anped.org.br/trabalhos/trabalho/GT23-2294--Int.pdf>. Acessado em novembro de 2019.

SÃO PAULO (Estado). Decreto de lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019. **Diário Oficial [do] Estado de São Paulo**. Governo do Estado de São Paulo. v 129. n. 160. São Paulo. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/norma/?tipo=Lei&numero=17137&ano=2019>. Acessado em outubro de 2019.

SÃO PAULO (Estado). **Projeto de lei nº 435, de 10 de abril de 2019**. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>. Acessado em outubro de 2019.

SEGRE, Marco. Respeito e autonomia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 1995.

SCHIAVO, Marcio Ruiz. Conceito & Evolução do Marketing Social. **Revista Conjuntura Social**, São Paulo, n. 1, p. 25-29, mar.1999.

SILVA, Edson Coutinho da; MAZZON, José Afonso. Orientação de Marketing Social às campanhas de saúde da mulher: uma análise da Região do Grande ABC Paulista. **Revista Brasileira de Marketing**, v. 14, n. 2, p. 247-259, 2015.

_____. Plano de Marketing Social para a Promoção da Saúde: Desenvolvimento de Políticas de Saúde Pública Orientada ao "Cliente". REMark – **Revista Brasileira de Marketing**, v. 15(2), p. 164-176. abr./jun. 2016.

_____. Revisitando o Marketing Social. **Revista Brasileira de Marketing**, v. 17. P. 806-820. 2018.

SILVA, Vivian Costa; ROCHA, Cristianne Maria Famer. F. A comunicação em saúde no sistema único de saúde: uma revisão de literatura. In: FERLA, A. A.; ROCHA, C. M. F. **Fazer em Saúde Coletiva: experiências e reflexões de jovens sanitaristas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 133-143.

SPIRI, Wilza Carla; BERTI, Heloísa Wey; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Os princípios bioéticos e os direitos dos usuários de serviços de saúde. **Mundo Saúde**. 2006; 30(3):448-54.

TOALDO, Mariângela Machado; MACHADO, Maria Berenice da Costa. A longevidade de uma campanha publicitária: uma sistematização teórica sobre o tema a partir do seu estado da arte. **Ação Midiática – Estudos em Comunicação, Sociedade e Cultura**, [S.l.], dez. 2013. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/acaomidiatica/article/view/34744/21923>. Acessado em outubro de 2019.

TORRES, Monica Mello. **Campo da Comunicação & Saúde no Brasil: mapeamento dos espaços de discussão e reflexão acadêmica** [dissertação de mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2012.

UNICEF. **Quem espera, espera - Pelo direito de nascer na hora certa**. Brasil, abril, 2017. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/quem-espera-espera>. Acessado em novembro de 2019.

VESTERGAARD, Torben; SCHRODER, Kim. **A Linguagem da Propaganda**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VICTORA, Cesar G. **Consultoria para realizar pesquisa sobre as relações existentes entre cesariana e nascimento pré-termo e baixo peso ao nascer**, UNICEF, 2015.

VILLELA, Wilza Vieira. **Algumas considerações sobre a prática da educação em saúde no Brasil** [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social - UERJ, 1982.