

Popularização do autoexame da boca: um exemplo de educação não formal - Parte II

Popularization of oral self-examination:
an example of non formal education - Part II

Fernanda Campos Sousa de Almeida¹
Dorival Pedroso da Silva²
Maria Alice Amoroso³
Reinaldo de Brito e Dias²
Oswaldo Crivello Junior²
Maria Ercilia de Araújo⁴

Abstract *One of the largest challenges of the universities, especially the public ones, is to transpose the scientific knowledge produced into their walls for the general population. The non-formal education is an important tool, and yet very little used by researchers and professors to approximate the scientific knowledge. The oral cancer reaches more than 11.000 Brazilians a year. In spite of the high incidence, this pathology is still little known by the general population and part of the medical and dental class. Basing on the epidemic data in researches and scientific papers, the oral cancer was the elect theme for the action in education and communication of the first national campaign with no government character of prevention in oral cancer, being a great example of as that can be made. This paper intends to describe the methodology used in communication and the results obtained in this successful experience.*

Key words *Prevention, Non formal education, Oral cancer, Campaign, Communication*

Resumo *Um dos maiores desafios das universidades, em especial das públicas, é transpor o conhecimento científico produzido entre seus muros para a população em geral. A educação não formal é uma ferramenta importante e ainda pouco utilizada pelos pesquisadores e docentes para aproximar o cotidiano do conhecimento científico. O câncer de boca atinge mais 11.000 brasileiros por ano. A despeito da alta incidência, esta patologia é ainda pouco conhecida da população em geral e de parte da classe médica e odontológica. Baseando-se nos dados epidemiológicos, em pesquisas e artigos científicos, o câncer de boca foi o tema eleito para a ação em educação e comunicação da primeira campanha nacional, de caráter não governamental, de prevenção de câncer de boca, um ótimo exemplo de como isso pode ser feito. Este trabalho se propõe a descrever a metodologia de comunicação utilizada e os resultados obtidos nesta experiência.*

Palavras-chave *Prevenção, Educação não formal, Câncer de boca, Campanha, Comunicação*

¹Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. Av. Prof. Lineu Prestes 2.227, Butantã. 05508-900 São Paulo SP. fernandacsa@usp.br

²Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Maxilofaciais, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

³Holding Comunicações.

⁴Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

Introdução

A comunicação é um desafio enfrentado cotidianamente por todas as pessoas, tendo em vista que a vida em sociedade exige do indivíduo capacidade mínima de estabelecer um diálogo inteligível, seja no âmbito profissional ou pessoal.

A educação, por sua vez, lança mão de ferramentas da comunicação a fim de transmitir o que se deseja ensinar e esta pode ser dividida didaticamente em três categorias. A primeira, denominada de educação formal, pode ser resumida como aquela que está presente no ensino escolar institucionalizado, cronologicamente gradual e hierarquicamente estruturado¹. A segunda categoria é a educação informal, ou seja, aquela transmitida de forma espontânea e sem planejamento didático e estratégico, por pais, no convívio com amigos e parentes ou em teatros, leituras, televisão e outros meios de comunicação² e, por fim, a educação não formal, que é aquela informação transmitida à população além da escola, mas a fim de complementar conteúdos da educação formal, utilizando espaços e metodologias extramuros das instituições de ensino³. Gadotti⁴, ainda, faz uma análise histórica sobre a educação não formal, também denominada por diversos autores como educação popular: ***Com as conquistas democráticas, ocorreu com a educação popular uma grande fragmentação em dois sentidos: de um lado ela ganhou uma nova vitalidade no interior do Estado, diluindo-se em suas políticas públicas; e, de outro, continuou como educação não-formal, dispersando-se em milhares de pequenas experiências. Perdeu em unidade, ganhou em diversidade e conseguiu atravessar numerosas fronteiras. Hoje ela incorporou-se ao pensamento pedagógico universal e orienta a atuação de muitos educadores espalhados pelo mundo [...]***.

Portanto, a educação não formal pode ser fruto do trabalho e da iniciativa da sociedade organizada, mas também tem grande potencial de inspirar a construção de políticas públicas, como afirma Gadotti⁴.

A educação em saúde pode e deve fazer uso de todas as modalidades de educação citadas para alcançar seus objetivos, ou seja, de inserir novos hábitos e mudar a opinião da população, em relação a um determinado assunto ou tema de interesse da saúde coletiva. Cada vez mais, temas como educação sexual, higiene pessoal, controle de endemias, dentre outros são trazidos por professores no ensino formal⁵, além de órgãos governamentais e da sociedade civil organizada, que mobilizam a opinião pública em torno

de temas de interesse da saúde pública, lançando, por vezes, mão de campanhas educativas para transmitir conceitos à população^{6,7}. As campanhas contra o tabagismo do Ministério da Saúde⁸ ou a bem-sucedida campanha de autoexame do câncer de mama são excelentes exemplos de estratégias que lançaram mão da educação não formal para atingir seus objetivos⁹.

Programas de educação para saúde podem fazer parte dos currículos regulares dos ensinos fundamental e médio, tratando-se, portanto, de educação formal, atingindo um universo específico de estudantes, sem falar na possibilidade desses alunos servirem de multiplicadores de informação, conceito reiterado em Brassolati e Andrade¹⁰: ***[...] a escola é ponto de partida eficiente para a educação voltada à saúde pública, envolvendo diversas questões como, por exemplo, a dengue... as crianças, e especialmente os estudantes, formam classicamente um excelente canal para a introdução de novos conceitos na comunidade, pelo fato de serem membros permanentes desta [...]***.

A população em geral, por sua vez, para ser atingida, necessita de metodologia capaz de traduzir o conteúdo médico-científico de forma clara, em linguagem fácil e acessível, e este é o grande desafio de acadêmicos e estudiosos da área da saúde¹¹. Uma pergunta que inquieta a academia é como ultrapassar os muros da universidade e levar à população que a sustenta os avanços e conquistas de suas pesquisas e projetos. Como fazer extensão universitária e posicionar a academia e seus intelectuais como um grande bem da sociedade? Galassi *et al.*¹¹ afirmaram que uma das respostas para essas questões está na educação não formal incorporada ao cotidiano acadêmico. O planejamento é o ponto-chave para o sucesso de qualquer trabalho e, em comunicação, não poderia ser diferente. Para alcançar seus objetivos, uma campanha publicitária deve se preocupar com a escolha do tema principal e de seus pontos mais relevantes, assim como a definição do público-alvo e da linguagem mais apropriada¹².

O câncer de boca, sexto em incidência entre homens e que atinge mais 11.000 novos brasileiros todo ano, é a mais grave doença que afeta a boca⁸. Lesões que necessitam de tratamentos mutilantes e que ainda são detectadas tardiamente, em mais de 80% dos casos, persistem pouco conhecidas da população em geral e de parte da classe médica e odontológica.

Baseando-se nos dados epidemiológicos e na realidade do câncer de boca no Brasil, além da vocação dos pesquisadores e colaboradores do Grupo de Pesquisa em Reabilitação Maxilofacial

(GPR), que descontentes com o pobre resultado das reabilitações em casos avançados da doença e com a pouca sobrevivência de seus doentes, incluíram no escopo de suas atividades a educação em saúde e a prevenção do câncer de boca, este trabalho irá apresentar os resultados da experiência do GPR e seus membros no projeto de popularização do autoexame da boca realizado em 2005 em São Paulo.

O objetivo desta publicação é detalhar a metodologia de comunicação utilizada pelo projeto, para que este possa ser reproduzido e adaptado em outros centros, e demonstrar os resultados de adesão em massa da mídia e veículos de comunicação, que possibilitaram que nossas peças publicitárias pudessem ser vistas além do Estado de São Paulo, com cobertura nacional. O texto se preocupou em deixar claro a necessidade de planejamento em comunicação, aliando-se o trabalho multiprofissional com especialistas em marketing e comunicação sob supervisão e embasamento teóricos de profissionais de saúde.

Material e método

A busca por literatura e pesquisas que tratassem de campanhas sobre câncer de boca surpreendeu, tendo em vista que havia poucos artigos disponíveis. A falta de definição de metodologia científica impede a reprodução das ações em educação¹³. Mesmo assim, a metodologia definida pelo grupo de trabalho da campanha foi traçada com base na literatura encontrada e adaptada à realidade presente.

O conhecimento sobre o método do autoexame da boca, dos fatores de risco e dos principais sintomas do câncer bucal, além da necessidade de se buscar a ajuda de um profissional capacitado, quando detectadas alterações durante o autoexame, foram as informações mais importantes abordadas no momento de lançamento da I Campanha de Popularização do Autoexame da Boca, a campanha em massa na mídia. O foco deste trabalho foi definido como educação não formal ou educação popular^{14,15}. Apenas para propiciar ao leitor uma visão geral do que se realizou no evento organizado pelo GPR, vale mencionar a segunda etapa, que constou de atualização e capacitação dos profissionais de saúde, que receberiam a demanda por atendimento, com especial atenção à rede pública de saúde, mas com destinação de vagas a outros profissionais e acadêmicos de odontologia e medicina de faculdades parceiras.

Uma contribuição importante deste trabalho poderá ser o detalhamento que se segue, na medida em que profissionais de saúde não têm intimidade com a área de marketing e comunicação; portanto, grupos que pretendam trabalhar em projetos de educação popular poderão se valer das informações fornecidas sobre planejamento estratégico de comunicação utilizadas no presente artigo.

Planejamento de comunicação e marketing

Inicialmente, uma detalhada análise foi realizada com relação à situação atual do câncer de boca no Brasil e seus vários aspectos. Esta fase foi denominada de “análise estratégica”, termo utilizado em comunicação para “pesquisa de mercado”¹⁶. Com base em dados epidemiológicos, traçou-se um perfil sociodemográfico da doença e dos pacientes acometidos pela doença, seus fatores de risco, suas formas de prevenção e detecção precoce e as possibilidades de atendimento da demanda por parte do Sistema Único de Saúde e da rede privada. Algumas perguntas foram formuladas e respondidas pelas equipes de comunicação e coordenação científica. A primeira foi: qual a situação atual do câncer de boca no Brasil?

Depois de conhecer bem a doença e seus detalhes, pôde-se partir para segunda pergunta: aonde podemos chegar? O escopo da campanha foi divulgar o autoexame da boca principalmente, mas adicionalmente informar também sobre os fatores de risco para câncer de boca e a necessidade de buscar-se um dentista da rede básica de saúde no caso de alterações orais.

Definidos o cenário, a problemática e o que se queria alcançar, questionou-se como as metas estabelecidas poderiam ser alcançadas. A resposta para essa questão estaria na união das forças de diversos níveis da sociedade organizada, governo e universidade, em torno de ações de comunicação criativas e que gerassem visibilidade para o problema. Esta foi, portanto, a principal estratégia utilizada pelo grupo para alcançar seus objetivos.

Em comunicação e marketing, quatro pontos são de extrema importância para a definição da estratégia a ser aplicada: a matriz de potencialidade, fragilidade, oportunidade e ameaças (PFOA)¹⁶ e os itens destacados, no caso específico da campanha, estão expostos no Quadro 1.

De posse dessas informações, definiu-se o que se denomina de “formulação estratégica”, na qual foi traçado o plano de trabalho para os próximos anos da campanha. Uma fase denominada

de “crescimento” prevê a evolução da campanha nos próximos eventos e, para tanto, neste momento, um novo apelo visual, novos temas e nova abordagem dos grupos-alvo da campanha estão sendo traçados para que as ações que virão possam crescer de forma sustentável.

Como meta em longo prazo, pretendemos trazer para perto órgãos internacionais a fim de que o evento se torne internacional. Esta última fase será denominada de “internacionalização”.

O período de formulação estratégica inicia-se baseado em dados da fase anterior e deve contemplar a proteção do projeto, do ponto de vista jurídico. Não são raros os casos de plágios, propriedade indevida de produção intelectual. A Universidade de São Paulo prevê em seus serviços o registro de marcas e patentes e o estabelecimento de convênios a fim de proteger pesquisadores e alunos e evitar transtornos futuros, através da Agência USP de inovação (<http://www.inovacao.usp.br>).

Nesta fase, é possível detalhar em diversos itens todos os objetivos específicos da campanha, que neste caso foram (1) incentivar a prática do autoexame da boca; (2) influenciar as pessoas contra o tabagismo; (3) estimular os dentistas a uma melhor avaliação, de forma mais efetiva, em prol da detecção precoce do câncer de boca; (4) criar um conselho com representantes

de diversos serviços do território nacional que permita e garanta a continuidade das atividades da campanha; (5) fornecer instrumentos técnicos para a capacitação de profissionais quanto ao diagnóstico das lesões; (6) sensibilizar a sociedade quanto ao problema; (7) reunir equipes multiprofissionais em torno do tema; (8) mostrar à sociedade que dentistas e médicos podem ser aliados no diagnóstico do câncer de boca; (9) atualizar profissionais nos temas de prevenção primária, prevenção secundária, tratamento oncológico e reabilitação maxilofacial; (10) produzir uma ação contínua e permanente que gere e reforce a comunicação com a população; (11) agregar celebridades que disseminem a prática do autoexame na sociedade, através da mídia; (12) trazer profissionais de renome internacional para colaborar na capacitação profissional e para possibilitar o lançamento da campanha mundial posteriormente; (13) envolver as instituições parceiras em ações de prevenção e educação em saúde e (14) estimular a pesquisa em relação às metodologias empregadas em campanhas e eventos de educação em saúde.

Além de objetivos bem definidos e pontuados, os potenciais problemas deveriam estar em mente o tempo todo e, no caso da campanha, o grande número de profissionais colaboradores de renome, as dificuldades de negociação entre

Quadro 1. Tabela de matriz de potencialidade, fragilidade, oportunidade e ameaças (PFOA).

Potencialidade	Fragilidades
Maior evento sobre o tema no Brasil	Assunto novo e desconhecido
Organização multidisciplinar	Muitas instituições envolvidas – potencial gerador de conflitos
Coordenação de uma das mais respeitadas equipes de reabilitação do país	Necessidade de agilidade nas decisões; portanto, apesar de diversos colaboradores, as decisões deveriam concentrar-se nas mãos de poucos (comissão representativa)
Chancela da USP, especialmente do Grupo de Reabilitação Maxilofacial (www.usp.br/fo/gpr)	Necessidade de profissionalizar alguns setores no médio e longo prazos
Oportunidades	Ameaças
Grande apoio de instituições de renome	Grande lançamento sem continuidade da campanha
Suporte de equipe de profissionais especializados	Perda do controle das ações planejadas
Caminhos abertos nos setores envolvidos para novos projetos	Dificuldades de setores públicos em manter ações com a mesma intensidade
Carência de projetos e ações sobre o tema nas políticas públicas nacionais	Desentendimentos entre muitos colaboradores de diversas áreas e com eventuais interesses divergentes

eles e entraves na captação de recursos foram as principais preocupações.

A próxima fase, denominada de planejamento de comunicação, contemplou todas as ações de comunicação da fase de lançamento da campanha. Para execução do plano de comunicação, foi necessário criar mecanismo de troca rápida e eficaz de informações e possibilidade de tomada de decisões rápidas diante de oportunidades e ameaças, otimizando as vantagens competitivas em relação ao ambiente. O planejamento foi pautado no pensamento criativo, aliado ao conhecimento científico e sempre buscando atingir metas e objetivos traçados nas fases anteriores.

As estratégias de comunicação utilizadas foram de informação e testemunhal. A primeira prevê que a informação seja clara e precisa ao público-alvo, ou seja, a sociedade em geral e profissionais de saúde. A segunda estratégia adiciona à informação transmitida a credibilidade de celebridades, no caso da sociedade, e de personalidades do meio acadêmico, no caso de profissionais.

Como se vê, o planejamento em comunicação e educação para saúde demanda tempo e é fundamental para o sucesso das ações propriamente ditas. Passaremos, portanto, à descrição das ações realizadas nos momentos de educação realizados em maio de 2005.

Educação de profissionais da saúde

As atividades acadêmicas e científicas foram organizadas e divididas durante três dias. No primeiro, um curso gratuito de atualização profissional foi ministrado para profissionais de saúde da rede pública e estudantes de odontologia. Para facilidade, tanto de horário quanto de vagas para o curso, foi ministrado o mesmo conteúdo em dois turnos, manhã e tarde, de quatro horas cada.

O programa foi elaborado com experiências prévias da coordenação da campanha e abordou os seguintes temas: “Câncer de boca no Brasil”, “Propedêutica de cabeça e pescoço”, “Câncer de boca e processo de cancerização”, “Exames complementares”, “Reabilitação com implantes intra-orais, extra-orais e prótese” e, por fim, “É possível sobreviver e viver após o tratamento de câncer de boca?”. Uma ficha de inscrição contendo informações aos participantes foi distribuída com auxílio de órgão da Secretaria de Saúde e da Universidade de São Paulo, devendo ser preenchida e enviada à coordenação da campanha com antecedência.

No segundo dia, foi promovido o I Fórum de Políticas Públicas em Câncer de Boca, que discu-

tiu com representantes da sociedade civil organizada, universidades, terceiro setor, associações e conselhos regulamentadores e representantes de profissões e governo, assuntos concernentes ao câncer de boca e suas peculiaridades. A platéia foi composta por convidados indicados pelas entidades presentes. Além das indicações e convites, foi possível que qualquer interessado se inscrevesse desde que solicitado convite com antecedência à coordenação do evento. Uma pauta prévia foi enviada por e-mail aos participantes cerca de cinco dias antes do fórum, com a finalidade de facilitar discussões entre a platéia e os convidados palestrantes. Para esta fase, os temas a serem discutidos foram prevenção primária, diagnóstico precoce clínico e histopatológico, tratamento oncológico, reabilitação maxilofacial e comunicação em saúde. A moderação do fórum ficou a cargo do coordenador geral.

No terceiro e último dia, atendendo demanda e expectativa da coordenação da campanha, iniciou-se discussão sobre procedimentos de reabilitação em cabeça e pescoço e o uso de recursos de alta complexidade. Três casos clínicos foram apresentados e os participantes e representantes de várias localidades do Brasil e entidades médicas e odontológicas discutiram dificuldades e possibilidades em reabilitar os pacientes mutilados na região de cabeça e pescoço.

Educação à população em geral

Paralelamente a uma das fases da campanha, a qual foi chamada projeto científico, foi executado um projeto de comunicação elaborado por equipe de marketing e assessoria de imprensa. Os roteiros e as definições de linguagem e dos objetivos perseguidos pelo projeto de comunicação foram elaborados pela coordenação científica da campanha.

As peças publicitárias resultado do trabalho conjunto da comunicação e da equipe científica foram um folder explicativo sobre o autoexame de boca, anúncios de revista sobre o tema, além de anúncios de rádio e de televisão; todos os arquivos estão disponíveis na parte I desta publicação¹⁵.

Os roteiros e a linguagem utilizados na campanha e em todas as peças publicitárias foram padronizados e contemplaram a simplicidade das informações. Termos técnicos foram substituídos por outros cotidianos e optou-se por restringir a informação ao autoexame e aos dois maiores fatores de risco para câncer de boca (tabaco e álcool). As imagens utilizadas e fotos do autoexa-

me, assim como a escolha da modelo madrinha da propaganda, contemplaram o objetivo de tornar “palatável” um assunto denso, desconhecido da maioria e que tem uma conotação extremamente negativa na sociedade, o câncer.

O processo de conquista de parceiros institucionais contou com esforço da equipe científica e de coordenação da campanha. Reuniões, apresentações e convites foram feitos às entidades parceiras (USP, Ministério da Saúde, CFO, CRO, ABO, SOBE, SBCCP, ABCD, Universidade Brás Cubas, dentre outras), que cancelaram as ações e deram credibilidade científica ao evento. Para sensibilização das celebridades, por outro lado, a assessoria de imprensa foi fundamental. Um intenso trabalho de convencimento foi feito e felizmente dezenas de artistas e celebridades aderiram à causa de forma voluntária e irrestrita.

Para as ações de comunicação, meios de cooperação foram estabelecidos. Dezenas de emissoras fecharam previamente e gratuitamente espaços em suas redes e garantiram a visibilidade que as ações de educação não formais necessitam para atingir a população em geral.

Resultados e discussão

Em contraponto à realidade de diagnóstico tardio, óbitos e mutilações decorrentes do tratamento do câncer de boca, nunca houve em nosso país uma ação nacional de educação em câncer de boca, abordando de forma ampla e irrestrita suas causas, formas de prevenção e de diagnóstico precoce.

Por outro lado, muitas e importantes iniciativas regionais podem ser observadas e, mesmo com limitações de recursos e de área de cobertura, alcançam excelentes resultados. Os motivos pelo quais essas ações são isoladas e seguem padrões distintos entre si pode ser resultado de somente em 2003 terem sido traçadas metas para saúde bucal no Brasil e, até hoje, ainda não existir uma política nacional clara e organizada de abordagem do câncer de boca¹⁷. Vasconcelos¹⁸ refletiu sobre o perfil das ações de educação popular e definiu brilhantemente os movimentos de educação popular no Brasil: [...] ***são experiências esparsas e pontuais, sempre ameaçadas de submersão diante das constantes oposições: a carência de recursos das políticas sociais, a repressão política [...] profissionais comprometidos politicamente com a população não conseguem conquistar a hegemonia do seu funcionamento, mas resistem implementando pequenas práticas alternativas e mar-***

ginais, nas quais a relação educativa com a população é priorizada.

Vale ressaltar, entretanto, que a despeito do valor local e regional dessas ações, sem divulgação científica, sem troca de informações e experiências e sem articulação das esferas de poder, o impacto desses esforços na epidemiologia populacional é discutível. Especialmente quando tratamos de uma doença que necessita de atuação multiprofissional e que frequentemente é abordada com tratamentos de grande custo e complexidade, este fato pode ser comprovado pelo grande número de tumores sendo detectados tardiamente e deste quadro ter mudado muito pouco nos últimos anos^{19,20}.

Outro desafio enfrentado nas universidades é diminuir o abismo que existe entre elas e a sociedade, pois existe uma fraca comunicação entre cientistas, academia e sociedade, pois é uma crença popular e arraigada a de que o conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico são para poucos e pouco podem influenciar no cotidiano das pessoas²¹. O cientista e a universidade são vistos por parte da população de forma estereotipada e distorcida²². Sabemos que a vida moderna e globalizada é fruto do desenvolvimento da ciência e tecnologia, mas nós cientistas somos muito pouco hábeis para inserir esses conceitos e valorizar o conhecimento gerado na academia²³.

O projeto de popularização do autoexame da boca nasceu do anseio de um grupo da Universidade de São Paulo (USP), pertencente a um grupo de pesquisa, que estabeleceu em suas ações metas com relação à educação em saúde baseando-se em conceitos de transposição didática do conteúdo científico²⁴, tendo como norte a afirmação de Antunes²⁵ de que apenas um programa efetivo de promoção de saúde será recurso para a redução dos efeitos prejudiciais da desigualdade social sobre a saúde.

Para dar credibilidade institucional, força de atuação e penetração, o grupo pautou-se em conceitos como de Vasconcelos²⁶, que atestou ser prática comum a articulação dos grupos de educação popular com a sociedade organizada e até mesmo com o governo. Assim sendo, além do prestígio da USP, a coordenação da campanha procurou as chancelas de órgão governamentais, tais como Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, além de conselhos e associações de classes profissionais. Esses selos de qualidade foram fundamentais, mas insuficientes, tendo em vista que nenhum recurso foi alocado por parte destes grupos para o evento. Assim,

mais uma vez ficou comprovada a falta de diretrizes públicas em câncer de boca, com destinação de esforços e verbas governamentais.

Os temas eleitos como principais para uma educação em câncer de boca foram o autoexame da boca, sendo também abordado seus principais fatores de risco, como o tabaco e o álcool²⁷.

O curso de atualização profissional, realizado no primeiro dia do evento, foi registrado oficialmente pela Comissão de Cultura e Extensão da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) na categoria "difusão cultural". A descrição detalhada das aulas e de seus resultados podem ser encontrados na Parte I deste artigo.

O Fórum de Políticas Públicas contou com cem pessoas, sendo 56 dessas convidadas pela coordenação do programa. Deste evento, resultou um documento com diretrizes sugeridas em câncer de boca, nos seguintes temas: (1) prevenção primária, (2) diagnóstico precoce clínico e histopatológico, (3) tratamento oncológico, (4) reabilitação maxilofacial. A partir dos temas, quatro subcomissões foram criadas com os temas discutidos e enumerados acima, contendo no mínimo quatro e no máximo oito participantes, os quais deverão se comunicar via internet e, futuramente, subsidiar discussões futuras²⁸.

Um tema de destaque foi a urgência em se traçar políticas públicas de forma clara e com ações de longo prazo em educação em saúde. Um dos participantes afirmou que não se faz educação, não se muda conceitos e hábitos em campanhas curtas, em ocasiões e datas comemorativas, indicando a necessidade de programas permanentes de educação para que se obtenham os efeitos desejados.

Do projeto de comunicação, escopo principal deste trabalho, resultaram as peças publicitárias, que foram produzidas e pagas pelo patrocinador. Cerca de 1.800 inserções na mídia foram alcançadas em três semanas de forma gratuita; se fossem pagas, custariam cerca de R\$ 15.000.000,00 (Quadro 2). Vinte e três artistas e celebridades aderiram à primeira fase do projeto. Mais R\$ 5.000.000,00 teriam sido gastos nas mídias espontâneas, resultado da repercussão da campanha; portanto, o custo estimado deste projeto é de vinte milhões de reais.

Para se alcançar o sucesso na adesão dos meios de comunicação, alguns preceitos básicos devem ser seguidos: uma competente assessoria de comunicação deve articular os primeiros contatos com produtores e diretores de emissoras, uma postura profissional e metas bem definidas

devem ser apresentadas de forma clara e objetiva, a qualidade do material de marketing é fundamental, tendo em vista que emissoras e meios de comunicação trabalham com índices de audiência, leitura, etc. e o prestígio dessas mídias está intimamente relacionado à qualidade técnica do material veiculado por elas.

O ideal é que se estabeleçam parcerias e ações cooperadas antes do evento, com definição de espaço nas mídias, período de veiculação e espaços em revistas e jornais. Vale ressaltar que a equipe de comunicação havia garantido diversos meios de comunicação, previamente acordados, para garantir o primeiro impacto da campanha, o que naturalmente agregaria valor e atrairia mais mídia (mídia espontânea) e visibilidade ao evento (Quadro 2).

Uma outra estratégia fundamental é a veiculação de *releases*, ou seja, matérias produzidas e veiculadas para jornalistas e profissionais da área de comunicação e que geram matérias espontâneas em telejornais, rádios, revistas e jornais.

Por fim, após lançamento da campanha, foi firmado compromisso de seus idealizadores em manter a iniciativa. Uma nova logomarca, novos parceiros e patrocinadores e um projeto de longo prazo está em fase de elaboração e passa por processo de registro junto ao Ministério de Ciência e Tecnologia. Em pouco tempo, espera-se que esta iniciativa genuinamente brasileira, nascida do sonho de docentes e alunos da USP e apoiada e chancelada por órgãos governamentais, associações e sociedades de classes, terceiro setor, mídia e iniciativa privada, se abra a novos desafios.

Considerações finais

As campanhas, se por um lado, não formam opinião e não mudam hábitos de vida, são fundamentais para alertar a população. O câncer de boca e suas ações de prevenção podem seguir os passos da bem-sucedida campanha de vacinação no Brasil, que mesmo disponibilizando vacinas o ano todo em suas unidades de saúde, em datas pré-estabelecidas, une esforços econômicos e humanos e dissemina na mídia informações e convocações para a vacinação da população, facilitando assim o alcance das metas do Ministério da Saúde, com mobilização e imunização da população-alvo em massa. Fazendo um paralelo com o câncer de boca, poderíamos afirmar que, apesar de se garantir nas unidades básicas de saúde atenção à demanda espontânea de pacientes para detecção de câncer de boca e, nes-

Quadro 2. Tabela de mídia acordada previamente ao evento pela Holding Comunicações e Assessoria de imprensa da USP.

Veículo	Tempo expos.	Total dias	\$ total
IstoÉ- anúncio	Indeterminado NACIONAL	7	33800
IstoÉ Gente	Indeterminado	7	23200
SBT- anúncio	6 meses/1 por dia NACIONAL	182	4550000
Rádio USP	12 spots/dia	410	28700
Rádio J. Pan	3 spots por 12 dias	36	126000
TV Globo	3 filmes/dia NACIONAL	75	3375000
Veja São Paulo	Indeterminado	7	67200
Rev. Pense Leve	Indeterminado	14	42720
O Estado de SP/anúncio	Indeterminado	1	76455
Rádio América	8 spots/ dia por 6 meses	216	86400
Rádio Bandeirantes	Rotativo	18	45000
CNT	Spots/ até 05 dez	1256	502400
Veja	IndeterminadoNACIONA	93	697500
Produtora Oboré	505 rádios por 8 min NACIONAL	505	35350
MTV/ filme		8	indeterminado
Cinemark		15	75000
Total parcial		2850	9764725
Mídia espontânea (rádio)		spots (1256)	502400
Mídia espontânea (TV)		filmes(549)	4117500
Total geral		4655	24149350

Todos os valores em real (R\$) são aproximados e foram obtidos com os veículos de comunicação; assim como os tempos de exposição. Mídias "pré-estabelecidas" são aquelas "contratadas" antes do evento. Mídias espontâneas são aquelas que ocorrem nos dias do evento.

sas mesmas unidades, manter-se programas de educação continuada da população com relação aos fatores de risco, por exemplo, pode-se estabelecer datas e momentos de mobilização da opinião pública. Baseando-se na experiência do nosso grupo, este projeto de popularização mostrou que a imprensa trabalha com pautas e fatos e cabe aos profissionais de saúde pública gerar tais fatos e acontecimentos que possam concorrer com as pautas jornalísticas. Políticas públicas devem ser desenvolvidas e os profissionais envolvidos com a atenção ao paciente portador de câncer de boca devem sensibilizar o governo e se unir em torno de uma causa, em detrimento de vaidades e atos de reserva de mercado, que pou-

co contribuem para o bem maior, ou seja, a prevenção do câncer de boca e sua detecção precoce.

Esta experiência piloto tem seu mérito em provar que, mesmo sem aporte financeiro governamental, o que é insatisfatório, na medida em que proporcionar saúde é um dever do Estado, que arrecada impostos e deve isso à sociedade, é possível, sensibilizando a iniciativa privada, empresários, a mídia e os profissionais das diversas áreas que compõem a equipe multidisciplinar que trabalha com câncer de boca, realizar um evento de impacto nacional, pode colaborar para o desenho de novas iniciativas que revertam o quadro temerário de incidência elevada, de morbidade e mortalidade de câncer de boca no Brasil.

Colaboradores

FCS Almeida, DL Silva, MA Amoroso, RB Dias, O Crivello Júnior e ME Araújo participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Agradecimentos

O Grupo de Pesquisa em Reabilitação Maxilofacial agradece aos colegas da FOU SP, FMUSP, HCFMUSP pela colaboração, às faculdades e universidades parceiras, às entidades que emprestaram seus prestígios ao evento, à Conexão Sistema de Prótese pelo patrocínio, à Holding Comunicação pelo brilhante trabalho e por ser responsável por boa parte do sucesso de nosso evento e aos artistas e às “mídias” pelo espaço e tempo dedicados à nossa causa.

Referências

1. Bianconi ML, Curaso F. Educação não-formal. *Ciência e Cultura* 2005; (4):20-23.
2. Ferrigno JC. A co-educação entre as gerações: um desafio da longevidade. *Mundo saúde* 1995; 29(4): 484-490.
3. Vieira VM, Bianconi L, Dias M. Espaços não-formais de ensino e currículo de ciências. *Cienc. Cult.* 2005; 57(4):21-23.
4. Gadotti M. Perspectivas atuais da educação. *Sao Paulo Perspec.* 2000; 14(2):3-11.
5. Cunha MMLC, Soares MJGO, Novo SMJ, Costa SP. Avaliação de uma proposta educativa sobre AIDS com adolescentes de escola pública de João Pessoa – PB. *Rev. bras. cienc. saúde* 1998; 2(1/3):27-32.
6. Porto MP. Lutando contra a AIDS entre meninas adolescentes: os efeitos da Campanha de Carnaval de 2003 do Ministério da Saúde do Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(4):1234-1243.
7. Nascimento DR. A face visível da Aids. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 1997; 4(1):169-184.
8. Brasil. Ministério da saúde. [site da Internet] [acessado 2006 nov 21]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
9. Colley H, Hodkinson P, Malcolm J. *Non-formal learning: mapping de conceptual terrain*. [site da Internet] 2002 [acessado 2006 dez 30]. Disponível em: http://www.infed.org/archives/e-texts/colley_informal_learning.htm
10. Brassolatti RC, Andrade CFS. Avaliação de uma intervenção educativa na prevenção da dengue. *Cienc Saude Colet* 2002; 7(2):243-251.
11. Galassi MAC, Barbin LE, Spanó JCE, Melo JAJ, Tortamano N, Carvalho ACP. Atividades extramuros como estratégia viável no processo ensino-aprendizagem. *Rev. ABENO* 2006; (1):66-69.
12. Moraes DR. *AIDS, saúde reprodutiva e prevenção: estudo de caso sobre práticas educativas em uma ONG (Rio de Janeiro/Brasil)*. [site da Internet] 2004 [acessado 2006 dez 30]. Disponível em: <http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=485>
13. Almeida FCS, Cazal C, Brandão TB, Araújo ME, Silva DP, Dias RB. Campanha de popularização do autoexame da boca - Universidade de São Paulo, Brasil (parte I). *RBPO* 2005; 4(3):147-155.
14. Belloni ML. Educação para a mídia, missão urgente da escola. *Comunicação & Sociedade* 1991; 10(17): 33-46.
15. Mendonça VM. Educação popular: experiências de rádio-educação no Brasil, de 1922 a 1960. *Boletim Técnico do SENAC* 2007; 33(1):29-41.
16. Macedo C. Comunicação Social - Publicidade e Propaganda. [site da Internet] [acessado 2006 dez 10]. Disponível em: <http://www.comunicid.com.br/ArquivosCompartilhados/An%C3%A1lise%20PFOA.doc>
17. Silva P. A saúde começa pela boca. [site da Internet] [acessado 2006 nov 20]. Disponível em: <http://www.usp.br/jorusp/arquivo/2005/jusp736/pag07.htm>
18. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. *Interface (Botucatu)* 2001; 8:121-126.

19. Antunes JL, Biazevic MG, Araujo ME, Tomita NE, Chinellato LE, Narvai PC. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in Sao Paulo, Brazil, 1980-1998. *Oral Oncol* 2001; 37(4):345-350.
20. Biazevic MG, Castellanos RA, Antunes JL, Michel-Crossato E. Trends in oral cancer mortality in the city of Sao Paulo, Brazil, 1980-2002. *Cad Saude Publica* 2006; 22(10):2105-2114.
21. Bazin M. *Alfabetização técnica – a arte de aprender ciência e matemática*. Ijuí: Editora Unijui; 1992.
22. Lannes D, Flavoni L, Meis L. The concept of science among children of different ages and cultures. *Biochemical Education* 1998; 26:199-204.
23. Meis L. *Ciência e educação e o conflito humano-tecnológico*. São Paulo: SENAC; 2002.
24. Marandino M. Educational research and the production of knowledge at science museums. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2005; 12(Suppl.):161-181.
25. Antunes JL. *Mortalidade por câncer e desigualdade social em São Paulo* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2005.
26. Vasconcelos EM 2002. Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica. [site da Internet] [acessado 2007 set 20]. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/23/textos/0620t.PDF>
27. Ogden GR. Alcohol and oral cancer. *Alcohol* 2005; 35(3):169-173.
28. Faculdade de Odontologia de São Paulo. I Fórum de Políticas Públicas em Câncer de Boca. [site da Internet] 2005 [acessado 2008 mai 05]. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/arquivos/FORUM.pdf>

Artigo apresentado em 30/03/2008

Aprovado em 30/10/2008

Versão final apresentada em 04/11/2008