

As atitudes e comportamentos decorrentes da acção das campanhas de desnutrição em crianças realizadas pela ONG SD junto da população do distrito de Monapo – Nampula

Attitudes and behaviors resulting from the action of malnutrition campaigns in children performed by the NGO SD for the population of the district of Monapo - Nampula

Recebido: 07/11/2022 | Revisado: 16/11/2022 | Aceitado: 17/11/2022 | Publicado: 20/11/2022

Neusa da Silva Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2123-8136>

Universidade Católica, Moçambique

E-mail: nsilva@ucm.ac.mz

Nuno Goulart Brandao

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2740-6161>

Universidade Católica, Portugal

E-mail: nunongb@ucp.pt

Resumo

Em Moçambique 43% das crianças com idades variantes entre os 0 e 5 anos de idade sofrem de desnutrição crónica. Os problemas relacionados ao estado nutricional são verificados com maior incidência em zonas rurais do país, sobretudo na zona norte com maior destaque para as províncias de Nampula e Cabo Delgado. Nas diversas medidas de prevenção e resolução, as ferramentas de comunicação, suas estratégias e acções podem contribuir para a informação, sensibilização e consciencialização das populações. O estudo aqui apresentado resulta de uma investigação no âmbito de doutoramento tendo como enfoque a eficácia das campanhas de marketing social para a diminuição dos índices de desnutrição em crianças do distrito de Monapo propostas por uma organização não governamental, que por questões éticas e de protecção, foi usado o nome fictício SD. Deste modo, o objectivo principal se baseia na compreensão das atitudes e comportamentos de mães gestantes e mães de crianças dos 0 aos 5 anos de idade face à campanha de nutrição. Assim, numa perspectiva de abordagem metodológica qualitativa, no contexto do paradigma interpretativo, os principais resultados da presente investigação revelam uma forte consciência das mães sobre os riscos associados ao problema, aos benefícios presentes no comportamento ideal e também perante a vontade clara em seguirem em conformidade face ao comportamento. No entanto, questões contextuais e de ambiente revelaram-se um grande entrave para a aplicabilidade prática destes comportamentos.

Palavras-chave: Comunicação; Promoção da saúde; Marketing social.

Abstract

In Mozambique 43% of children aged between 0 and 5 years old suffer from chronic malnutrition. Problems related to nutritional status are more prevalent in rural areas of the country, especially in the north, with greater emphasis on the provinces of Nampula and Cabo Delgado. In the various prevention and resolution measures, the communication tools, their strategies and actions can contribute to the information, awareness and awareness of the populations. The study presented here is the result of a doctoral investigation focusing on the effectiveness of social marketing campaigns to reduce malnutrition rates in children in the Monapo district, proposed by a non-governmental organization, which for ethical and protection reasons, the fictitious name SD was used. In this way, the main objective is based on understanding the attitudes and behaviors of pregnant mothers and mothers of children from 0 to 5 years of age in relation to the nutrition campaign. Thus, from a qualitative methodological approach perspective, in the context of the interpretive paradigm, the main results of the present investigation reveal a strong awareness of mothers about the risks associated with the problem, the benefits present in the ideal behavior and also in the face of a clear will to follow in accordance in the face of behavior. However, contextual and environmental issues proved to be a major obstacle to the practical applicability of these behaviors.

Keywords: Communication; Health promotion; Social marketing.

1. Introdução

Os problemas sociais e a busca pelo equilíbrio ambiental, económico e social são das questões mais debatidas na actualidade. A saúde e os hábitos alimentares têm sido alvo de inquietações e de busca constante por soluções que proporcionem melhorias às condições de vida das populações. A alimentação e o estado nutricional das pessoas têm registado níveis deficientes e precários em países do terceiro mundo com índices elevados de pobreza.

O IDS (Inquérito Demográfico de Saúde) revela que 43% das crianças, com idades variantes entre os 0 e 5 anos de idade, sofrem de desnutrição crónica moderada e 20% das crianças sofrem de subnutrição crónica grave (Instituto Nacional de Estatística e Ministério da Saúde, 2012).

Os problemas relacionados ao estado nutricional são verificados com maior incidência em zonas rurais do país, sobretudo na zona norte com maior destaque para as províncias de Nampula e Cabo Delgado. As principais causas da desnutrição crónica em crianças moçambicanas devem-se, sobretudo, às condições ambientais (mudanças climáticas que resultam em cheias e secas frequentes) que dificultam a subsistência das famílias que dependem em 90% da agricultura; condições de saneamento e higiene precárias que causam diarreias nas crianças, sendo uma das principais causas de morte infantil e associação a casos de desnutrição crónica e às práticas alimentares inadequadas de lactantes e crianças que, pela fraca actividade de acções integradas de comunicação para a mudança do comportamento, têm resultado numa fraca consciência e falta de conhecimento do problema (UNICEF, 2019).

Com efeito, as ferramentas de comunicação, suas estratégias e acções podem em grande medida contribuir para a informação, sensibilização e consciencialização das populações. Para tal, o marketing social, parte integrante e extremamente significativa da área de comunicação, é bastante útil na remoção de barreiras à mudança comportamental e para o processo de transformação social. A comunicação eficaz em intervenções de saúde é fundamental pois indivíduos tendem a tomar decisões mediante comunicações efectuadas por profissionais de saúde (equipes ou indivíduos) ou por algum tipo de mídia (MISAU, 2015; Ammary-Risch, Zambon e Brown, 2010).

Complementarmente, as referidas constatações e justificando a pertinência da investigação feita, dois aspectos se tornam importantes. Primeiro, o caso de desnutrição crónica em Moçambique possui uma causa comportamental que requer uma intervenção directa das mães gestantes e mães das crianças, sendo que a sua incidência é maior na zona norte do país. E segundo, há uma clara evidência que programas sociais que comportem acções integradas de comunicação poderão contribuir para a consciencialização das populações e para a decorrente redução do número de casos de denutrição e mortes infantis.

Neste contexto, e no âmbito do presente artigo, pretendemos perceber as atitudes e comportamentos das mães gestantes e mães de crianças de 0 a 5 anos de idade decorrentes das acções levadas a cabo pelo projecto de saúde e nutrição da SD (ONG que por questões éticas de protecção usou-se o nome fictício) no distrito de Monapo. E que tem 82% da população não alfabetizada, principalmente mulheres e com uma taxa de escolarização apenas em 30% da sua população. Neste distrito há uma presença forte de doenças infecciosas como malária, diarreia e DTS – doenças de transmissão sexual (Ministério de Administração Estatal, 2005) e este factor pode estar por detrás de casos de má nutrição como destaca a UNICEF (2014).

2. Revisão Teórica

• A promoção da saúde pública e a comunicação das intervenções sociais

As sociedades actuais preocupam-se, cada vez mais, com o estilo de vida das pessoas e na observância dos factores que impulsionam os comportamentos inadequados e hábitos que levam a problemas de saúde graves e crónicos. Em países em desenvolvimento, os problemas de saúde nas populações é bastante comum e possui um impacto desmedido sobre a economia e sobre o desenvolvimento social.

Grande parte dos problemas de saúde em países como Moçambique por exemplo, possuem uma envolvente abrangente de influência. Por isso, o estudo e resolução de problemas de saúde, não só se limitam perante a esfera de soluções da saúde pública e do campo da medicina, como também envolvem questões de saneamento público, acções educacionais de prevenção, aumento dos índices de alfabetização e melhoria das condições de agricultura e de subsistência.

A promoção de saúde representa uma área de grande interesse para a ciência. Na verdade, a promoção da saúde representa um conceito não apenas conexo a questões de saúde propriamente ditas, como igualmente reproduz-se na qualidade de vida das pessoas, nas condições de trabalho, de educação, etc. (Rabello, 2010; Allender, Rector e Warner, 2014).

As ciências sociais e psicológicas têm vindo a contribuir significativamente para a compreensão da área e para a proposição de estratégias que visem o melhoramento do estilo de vida das pessoas em sociedade. Portanto, além da compreensão da doença em si, é fundamental a compreensão dos condicionamentos comportamentais envolvidos. As crenças, atitudes, hábitos, valores, sentimentos são responsáveis pelas escolhas dos indivíduos e podem ditar o nível de exposição, ou não, a doenças. Contudo, há que destacar que o comportamento resultante nem sempre depende das escolhas individuais, podendo ser igualmente influenciado por factores externos.

Mais do que mudanças a nível individual, a promoção da saúde versa sobre as mudanças ao nível dos sistemas sociais e sobre o papel importante da prevenção, da redução de riscos, e fundamentalmente, do papel das políticas públicas de saúde em todo o processo (Bandura, 1998). Por isso, o empoderamento na promoção de saúde é crucial, centrando-se em três princípios: (i) o papel activo dos indivíduos e a importância que atribuem ao problema; (ii) o seu envolvimento activo junto dos profissionais no processo de tomada de decisão; e (iii) o suporte de uma política pública saudável (Kalnins, McQueen, Backett, Curtice e Currie, 1992).

A comunicação em saúde é importante para a implementação de intervenções sociais, contribuindo para a educação e prevenção de problemas de saúde. Esta possui uma abordagem holística e ocorre em vários níveis (indivíduo, grupo, organização, comunidade ou meios de comunicação). Deste modo, os métodos de comunicação podem ser divididos em cinco categorias como a comunicação intrapessoal, interpessoal, organizacional, comunitária, pública ou de massa (Corcoran, 2007). Em programas de promoção de saúde com ênfase nas mudanças comportamentais, o planeamento não acontece por acaso, são um resultado de estudo constante dos factores de influência sobre o comportamento individual e de grupo, e o suporte em teorias ou modelos de mudança (Snelling, 2014, Corcoran, 2007).

Os programas de comunicação em saúde eficazes, normalmente envolvem três (3) aspectos:

- i) Suporte em teorias de mudança comportamental e uso de uma comunicação de massa (diferentes canais, mensagens que alcancem o público-alvo, e acções específicas).
- ii) Uso de pesquisas formativas como grupos de foco para adequação de mensagens e informação da estratégia de campanha (intervenções melhores desenhadas usam estratégias de marketing social como a segmentação, canais de análise e pré-testes de mensagens).
- iii) Ligação entre a estratégia de media e programas da comunidade (Wallack, 2000)

Assim sendo, “embora a teoria não seja uma panaceia, fornece uma estrutura conceitual para a seleção de construções-chave com a hipótese de influenciar o comportamento em saúde” (Crosby, Kegler e DiClemente, 2002, p. 3). Quando o processo de comunicação de programas de saúde é suportado em teorias ou modelos de mudança comportamental, facilmente se eliminará a probabilidade de uma má comunicação com o público-alvo. Entretanto, a compreensão e aplicabilidade prática das teorias e modelos pelos profissionais é imprescindível (Corcoran, 2007).

Numa outra vertente, mídias de massa e o marketing social são importantes para a compreensão das intervenções sociais, dos diversos factores de influência e a adequação das mensagens ao público-alvo para o processo de mudança de comportamento. “As variáveis de comunicação têm registado uma evolução significativa... acompanhando a própria evolução do marketing e dando o seu contributo para permitir alcançar o sucesso das estratégias definidas” (Lendrevie, Lévy, Dionísio e Rodrigues, 2015, p. 389). Seale (2002) reconhece o enorme contributo que as mídias de massa têm desempenhado para os profissionais de saúde, pois as mensagens e campanhas passadas através destes, transformam o público-alvo não apenas em alvos passivos como também os tem tornado em espectadores activos, co-criadores e críticos da realidade que os rodeiam.

Ainda, mídias de massa e estratégias de comunicação são reconhecidamente meios importantes para programas de mudança de comportamento em saúde nas comunidades. Grande parte dos Planos e Estratégias do Governo Moçambicano evidenciam a sua importância (Estratégia de Segurança Alimentar e Nutrição ESAN-II para 2008-2015; Plano Estratégico do Sector de Saúde PESS; Estratégia de Promoção de Saúde 2015-2019; Estratégia de Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para a Prevenção da Desnutrição 2015-2019).

A comunicação eficaz em intervenções de saúde é fundamental pois os indivíduos tendem a tomar decisões mediante comunicações efectuadas por profissionais de saúde (equipes ou indivíduos) ou por algum tipo de mídia. E, por isso, a importância de planejar minuciosamente qualquer acção destinada as audiências-alvo (MISAU, 2015; Ammary-Risch, Zambon e Brown, 2010). Neste sentido, a disseminação de mensagens de saúde por meio de programas e campanhas de promoção da saúde “pode criar consciência sobre um problema, mudar atitudes em relação a um comportamento de saúde e encorajar e motivar os indivíduos a seguir os comportamentos de saúde recomendados” (Ammary-Risch, Zambon e Brown, 2010, p. 205).

Como já salientado, a mobilização e a consciencialização da comunidade tornam-se assim fundamentais, para que problemas de saúde sejam contornados. Por isso, o apoio em mídias de massa representam uma estratégia criativa ao trabalho de profissionais de saúde. Por outro lado, o marketing social representa igualmente uma estratégia útil para a promoção de comportamentos. Embora, alguns autores, como o caso de Kunsch (2003), Lupetti (2007) e Gomes, Neto e Pasquale (2012), a consideram mais como uma parte dos meios de comunicação de massa ou da comunicação institucional, e não, como uma mera estratégia ou modelo para desenho de programas para intervenções de saúde.

Para Corcoran (2007), o marketing social é mais do que um meio de comunicação de massa e já provou ser uma ferramenta eficaz para o combate de questões de saúde. Este pode ser incorporado tanto em intervenções de saúde, como também oferece uma estrutura adequada de planeamento e implementação de programas/projectos de saúde (Corcoran, 2007; Ammary-Risch, Zambon e Brown, 2010). Assim, no subcapítulo seguinte, faremos referência ao marketing social, ao seu papel para o desenvolvimento e mobilização das comunidades na resolução de problemas sociais e de saúde, bem como a sua inerente aplicabilidade na área de promoção de saúde.

- **O marketing social como estratégia para a promoção da saúde pública, doenças, meio ambiente e mobilização comunitária**

A adopção de determinados comportamentos pelos indivíduos e a resistência frequentemente manifesta no processo de mudança comportamental pode, em grande parte das vezes, resultar em prejuízos à saúde. Por isso, é fundamental pensar em estratégias eficazes e com resultados comprovados ao nível da mudança comportamental. O marketing social representa uma destas ferramentas e a aplicabilidade na área de promoção de saúde tem trazido grandes resultados para a melhoria de condições de vida das comunidades em desenvolvimento.

A promoção da saúde preocupa-se, deste modo, fundamentalmente pelas situações de risco que circundam os indivíduos, tendo como foco principal não só o tratamento de doenças, como também a prevenção, manutenção e promoção de

uma vida saudável e para tal faz uso de estratégias que regulem os seus hábitos e comportamentos. Algumas destas estratégias são a educação para a saúde e o *empowerment* que têm como foco principal a disponibilização de informações cruciais ao indivíduo, o apelo e a criação de ferramentas que possibilitem maior autonomia no processo de decisão e manutenção de comportamentos mais saudáveis e benéficos (Dias, Duque, Silva e Durá, 2004).

Nesta vertente, o marketing social pode constituir uma ferramenta particularmente útil na assessoria das actividades então pretendidas pela promoção da saúde. Cheng, Kotler e Lee (2011) destacam que o marketing social pode ser aplicado em quatro (4) áreas principais, respectivamente: i) Promoção da saúde; ii) Prevenção de doenças; iii) Protecção do meio ambiente; e iv) Mobilização comunitária. O marketing social é visto assim como uma abordagem fundamental para os problemas de saúde pública (Cheng, Kotler e Lee, 2011; Corcoran, 2007). Além disso, com a pesquisa de marketing e o reconhecimento das necessidades do público-alvo, o marketing social tem oferecido às instituições não-governamentais que operam nos países de África, uma nova forma de desenvolvimento de estratégias integradas que facultam mudanças efectivas ao nível dos hábitos e comportamentos das populações.

Como exemplo, a DKT Mozambique é uma organização não-governamental e sem fins lucrativos que faz uso do marketing social para implementação e desenvolvimento de projectos de planeamento familiar e prevenção de ITS, incluindo o HIV/SIDA. Com vários produtos sociais (DIU, preservativos, implantes, injetáveis e pilulas) em 2017 a DKT atingiu vendas de cerca de 5 milhões de Preservativos, 300 mil Contraceptivos Orais, 80 mil Contraceptivos de Emergência, 60 mil Injectáveis, 15 mil DIUs (Dispositivo Intra-Uterino) e 30 mil Implantes (DKT Mozambique, 2016).

Adicionalmente, um estudo comparativo sobre o uso de preservativos em onze (11) países da África subsaariana, demonstra que o uso da ferramenta de marketing social mostrou-se eficaz para a disseminação do produto no mercado e no seu consequente uso e aquisição tanto por parte de homens, como de mulheres. O estudo demonstra que o marketing social enquanto estratégia, funcionou e trouxe benefícios visíveis nestes diferentes países e para a redução dos problemas de saúde verificados ao nível das populações (Chapman, Jafa, Longfield, Vielot, Buszin, Ngamkitpaiboon e Kays, 2011).

No entanto, nem sempre o uso do marketing social enquanto estratégia para a promoção da saúde, tem sido eficaz. A mudança de comportamentos e atitudes dos indivíduos nem sempre dizem respeito ao próprio indivíduo, a sua consciência clara sobre o comportamento ideal e não ideal. “As abordagens de mudança de comportamento, incluindo o marketing social a jusante, foram criticadas por seu foco individualista que coloca a responsabilidade no indivíduo, promove a mudança de agente e ameaça a inclusão” (Makris e Kapetanaki, 2022, p. 17). Como mostram as pesquisas de Cook, Fries e Lynes (2020) e Akbar, Foote, Soraghan, Millard e Spotswood (2021) os programas de marketing social tendem a ser pouco eficazes quando pesquisas iniciais e de planeamento não são bem feitas, quando o programa não é suportado em teorias comportamentais ou ainda quando se centra numa realidade restrita de um contexto mais amplo com fraco impacto do programa.

Ao lidarmos com mudanças ao nível do comportamento e das atitudes, devemos igualmente considerar os factores externos. “Tradicionalmente, os profissionais de marketing social trabalham no nível individual. No entanto, esse foco no indivíduo pode limitar a eficácia do marketing social. A eficácia do marketing social é negada se o contexto dentro do qual o comportamento individual é influenciado, for ignorado” (Wymer, 2010, p. 101).

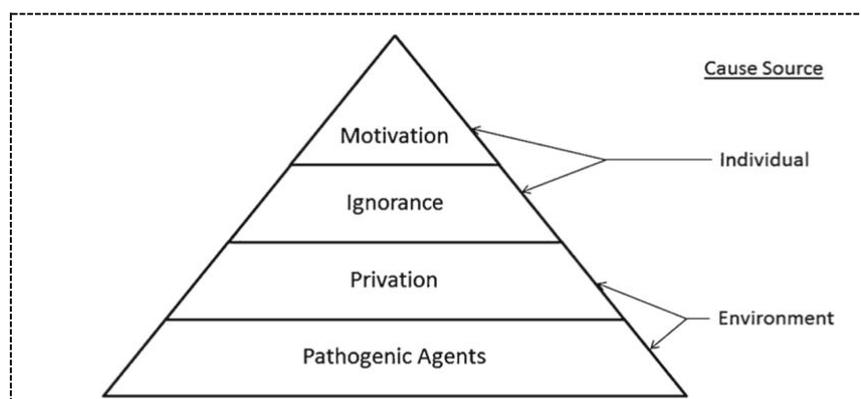
Nesta vertente e levando em consideração as abordagens de prevenção primária de saúde pública, Wymer (2015) propõe um modelo de pirâmide que analisa as diferentes variáveis que estão por detrás dos problemas de saúde pública. Neste modelo, considera-se fundamental o estudo de variáveis ambientais e individuais para a promoção eficaz de comportamentos e atitudes na sociedade.

O modelo possui assim duas categorias principais e cada categoria comporta duas classes de variáveis (Ver seguinte Figura 1). O autor aconselha que a sua análise e trabalho, deve partir de baixo (categoria com classe de variáveis ambientais)

para cima (categoria com classe de variáveis individuais) que por conseguinte, depois de identificadas, edificar-se-á uma base sólida das principais barreiras ligadas ao processo de mudança comportamental. Assim, apresentamos de seguida, as características de cada variável segundo Wymer (2015) e como estas podem ser analisadas na prática:

- “Agentes patogénicos” – variável ligada na categoria ambiental, ou seja, refere-se a qualquer toxina, resíduo ou produto químico presente no ambiente ou em alimentos que podem causar problemas de saúde. Em problemas impulsionados por esta variável, normalmente podem demandar acções e lobbies que envolvam governos e a criação de leis e regulamentos para sua eliminação (Wymer, 2010). Por exemplo, a nova epidemia causada pelo vírus Covid-19 tem as suas causas em agentes patogénicos ambientais.
- “Privação” – igualmente ligada na categoria ambiental, nesta variável há uma ausência de uma ou mais variáveis que normalmente se impõem como barreiras face à boa saúde e a um estilo de vida saudável. Nesta variável, pode ser necessário a intervenção do governo, instituições não governamentais ou instituições privadas. Por exemplo, no caso do Covid-19, as privações podem estar relacionadas, por um lado, com a ausência de uma vacina; por outro, no caso de subnutrição em crianças, as causas podem estar relacionadas com a privação de alimentos e nutrientes, acesso deficiente a água potável, condições de saneamento inadequados, solos inférteis, etc.
- “Ignorância” – de categoria individual, esta variável refere-se à falta de conhecimento e informação, por parte do indivíduo, sobre o problema em causa. Um exemplo disto é que no início da pandemia (Covid-19) grande parte de população em Nampula não compreendia a importância dos métodos de prevenção e tão pouco tinha consciência sobre as consequências da doença, aspecto este que contribui grandemente para a sua propagação.
- “Motivação” – também de categoria individual, esta variável refere-se à vontade pessoal do indivíduo em agir, ou não, em conformidade com o comportamento adequado. Existem situações em que os indivíduos possuem uma consciência clara sobre o problema, mas ainda assim continuam com escolhas não saudáveis. Um exemplo disso mesmo são alguns fumadores, que apesar da consciência clara sobre as consequências do cigarro, continuam a fumar.

Figura 1 - Modelo de pirâmide para analisar contribuintes para o problema de saúde pública.



Fonte: Wymer (2015, p. 06).

Com efeito, após a compreensão das diferentes variáveis, podem ser definidas estratégias tanto externas como internas. No caso de variáveis movidas por questões externas, podem ser implementadas acções relativas a advocacia, lobbies para criação de leis e regulamentos que visem a redução e incidência do problema; o empreendedorismo social ou a colaboração entre organizações (ONG's por exemplo).

“Os protestos também podem desempenhar um papel se um suficiente grande grupo de indivíduos poder ser destacado para a causa” (Brennan e Binney, 2008, p. 8). Entretanto, estas estratégias nem sempre surtem os efeitos desejados e

necessitam de um trabalho de longo prazo, pois envolvem a mudança nas conjunturas sociais e políticas que, muitas vezes, podem ser motivadas mais por questões económicas e de corrupção, do que por questões éticas de protecção da saúde pública (Wymer, 2015; Wymer 2010). “Normalmente, quando os formuladores de políticas e profissionais de saúde pública tentam abordar as disparidades de saúde, eles se concentram na eliminação das desigualdades dentro do sistema de saúde organizado” (Giles e Liburd, 2010, p. 40). Mas quando estas disparidades são criadas pelo próprio sistema político e pelas grandes corporações com fins lucrativos, exige dos profissionais de saúde, assim como dos de marketing social, um trabalho mais árduo (Wymer, 2015).

Quando se lida com variáveis externas, é importante perceber o nível de alcance das acções de marketing social e da promoção de saúde. Grande parte das vezes esta avaliação deve ser feita mediante a análise da concorrência. Quando problemas dizem respeito ao consumo de drogas ilícitas ou, por exemplo, ao melhoramento das condições de saneamento público, facilmente os profissionais poderão obter ajuda de instituições governamentais e não governamentais para que estes problemas patogénicos e de privação possam ser contornados. Entretanto, se a concorrência diz respeito à indústria (como por exemplo a venda de álcool e cigarros), a acção destes profissionais será mais árdua de ser implementada e haverá pouca colaboração por parte do Governo (seja por questões políticas, económicas ou sociais).

Por outro lado, quando a raiz dos problemas é condicionada em grande medida por variáveis individuais, voltamos para a inerência do trabalho dos profissionais de saúde e de marketing social, que dizem respeito às mudanças comportamentais e de atitudes dos indivíduos. É assim fundamental desenhar programas voltados para o reforço do comportamento adequado e para os benefícios centrais da mudança de comportamento. Bem como, compreender os reforçadores biológicos e psicológicos do comportamento para se conseguir propor estratégias para a sua remoção (Wymer, 2015).

No caso da existência de reforçadores biológicos, e tratando-se de um determinado produto prejudicial (cigarros, refrigerantes, etc.), pode ser difícil eliminar o produto do mercado. No entanto, podem ser propostas estratégias de alteração do produto (diminuição do nível de nicotina no caso do cigarro e diminuição dos açúcares e corantes no caso dos refrigerantes, etc.). Em relação aos reforçadores psicológicos, deve-se compreender as motivações da adopção do comportamento não saudável (por exemplo o consumo do cigarro reforça a imagem pessoal e de autoestima) e depois aumentar a percepção sobre os benefícios do novo comportamento, diminuindo a percepção sobre os custos de mudança para o comportamento saudável (Wymer, 2015).

De modo geral, e embora alguns dos problemas sociais e de saúde que possuem escalas de abrangência grandes, a abordagem de marketing social não consiga combater na sua plenitude (como os problemas globais de degradação da camada de ozono), é incontestável que as suas estratégias, técnicas, veículos e meios, têm criado grandes diferenças em variados problemas sociais e de saúde.

O primordial reside primeiro em expandir o uso da abordagem por parte de profissionais de saúde e instituições, sejam governamentais e não governamentais; desviar-se do paradigma tradicional do marketing social com foco no indivíduo e olhar para a comunidade e nos resultados que devem ser alcançados nessa mesma comunidade; e, por fim, colocar-se o foco nas mudanças ambientais em primeiro plano, para que as mudanças efectivas ao nível dos indivíduos sejam alcançadas.

3. Metodologia

A presente investigação é de natureza qualitativa, pois este tipo de pesquisa responde a questões muito particulares. Ou seja, “ela trabalha com o universo de significados, motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2013, p. 21). Como método foi usada a entrevista semiestruturada que apesar da organização prévia de um guião de

entrevista por parte do entrevistador, esta é particularmente vantajosa porque permite que o entrevistador possa fazer alterações das questões propostas mediante o seu interesse de pesquisa, permitindo maior abertura por parte do entrevistado (Costa, 2012). “A entrevista é uma técnica que pode ser aplicada a todo o tipo de pessoas, mesmo quando tiverem algum tipo de limitação” (Ramos e Naranjo, 2013, p. 144). Ainda, optou-se igualmente pelo método de observação não participante pelo curto período que se tinha disponível com as famílias e por representar um método de apoio fundamental aos dados obtidos nas entrevistas. A observação não participante é realizada quando “o investigador realiza a observação de fora, não faz parte do grupo investigado” (Ramos e Naranjo, 2013, p.141). Este tipo de observação é fundamental quando o observador pretende passar despercebido pelo grupo e evitar inibições por parte do grupo observado (Vilelas, 2009).

Portanto, com os métodos de recolha de dados pretendeu-se perceber e avaliar o comportamento e atitudes das mães gestantes e mães de crianças dos 0 a 5 anos de idade. Relativamente ao tratamento dos dados, optou-se pela análise de conteúdo por meio da categorização dos dados (Ver seguinte quadro 1). Em pesquisas na área da comunicação, a análise de conteúdo é bastante comum, assim como o é a análise categorial dos dados (Júnior, 2006). Portanto, nos estudos qualitativos faz-se uso de técnicas que permitam uma compreensão profunda de uma realidade restrita, compreendendo contextos sociais vividos e as diversas crenças e valores dos actores envolvidos (Rodrigues, 2012). Quanto à caracterização do corpus de análise, foram seleccionadas como participantes mães gestantes e mães de crianças com idades entre 0 a 5 anos pertencentes ao distrito de Monapo que foram alvo das campanhas da SD sobre nutrição.

Foram seleccionadas, mediante a disponibilidade, um conjunto de seis (6) mães pertencentes a zonas administrativas e bairros diferentes. O projecto de Saúde e Nutrição de Monapo decorre nas zonas administrativas de Netia e Itoculo, abrangendo um total de seis (6) bairros diferentes. Deste modo, foram realizadas entrevistas individuais com o grupo de mães, que acreditamos serem detentoras de informações pertinentes por possuírem algumas características singulares (ver seguinte quadro 2). Por outro lado, para verificar o nível de adopção ou propensão a implementar de modo efectivo o novo comportamento, usou-se a observação não participante como forma de consubstanciar as informações que foram obtidas durante as entrevistas e porque esta técnica permite observar o contexto de forma natural, sem que haja interferência sobre a realidade ou comportamentos ensaiados por parte do objecto de estudo. Assim, por questões éticas e de protecção ao discurso de cada entrevistada e a protecção da identidade destas mães, atribuímos as codificações de M1 até M6 que as identificam como mães e a sequência das entrevistas a elas realizadas.

Quadro 1 - Categorias de análise.

	Núcleos temáticos
1. Atitudes e comportamentos da mães gestantes e mães de crianças dos 0 a 5 anos de idade face às campanhas de nutrição.	1.1 Percepções sobre nutrição
	1.2 Comportamentos e atitudes face às campanhas
	1.3 Intenção em agir em conformidade

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes do estudo.

Codificação	Idade	Nº de filhos	Nível de Escolaridade	Profissão	Zona/ Bairro
M1	27	4	2ª Classe	Doméstica	Netia - Mussimete
M2	25	3	4ª classe	Camponesa	Netia- Mulapane
M3	25	3	7ª Classe	Voluntária (Comité de Saúde)	Netia - Mademo
M4	30	3	9ª Classe	Camponesa	Itoculo - Reno
M5	30	5	4ª Classe	Camponesa	Itoculo - Reno
M6	23	2	6ª Classe	Camponesa	Itoculo - Jardim

Fonte: Elaboração própria.

* Todas as mães possuem dúvidas em relação às suas idades e dos seus filhos; todas elas possuem grandes dificuldades em falar português; a mãe M6 é gestante e as mães M3 e M5 são mães de bebés com menos de 1 ano de idade.

* Todas as mães seleccionadas ou são mães de crianças nutricionalmente recuperadas ou em fase de recuperação.

3. Resultados e Discussão

• Primeiro núcleo temático – Percepções sobre nutrição

O primeiro núcleo temático diz respeito à compreensão sobre as diferentes percepções que as mães possuem sobre a nutrição e impactos sobre a saúde da criança. Com efeito, após a análise realizada às entrevistas das mães e observações no terreno, foram definidas três (3) subcategorias principais: i) riscos associados a desnutrição; ii) importância de consumo de nutrientes durante a gestação; e iii) acções necessárias para o combate à desnutrição.

i) Riscos associados a desnutrição

Um dos primeiros passos para a promoção de mudanças de comportamento e atitudes ao nível dos indivíduos, consiste na percepção e consciência clara sobre os riscos associados ao comportamento actual. A consciência sobre os riscos associados suscitará pensamentos e reflexões sobre a importância do comportamento preferencial e, mais adiante, sobre a possibilidade da sua adopção. Nesta subcategoria, procuramos compreender as diferentes perspectivas destas mães sobre os riscos associados à desnutrição. Portanto, de acordo com as entrevistas realizadas, todas as mães apontam para o risco, que diz respeito ao desenvolvimento da criança e ao perigo desta ficar doente em caso de persistência da desnutrição.

“A criança não cresce e nem se desenvolve bem” (M3).

“Iria apanhar outra doença” (M4).

“A criança fica doente e se não for tratada pode morrer” (M5).

ii) Importância de consumo de nutrientes durante a gestação

Na sequência da subcategoria anterior, questionamos as mães sobre a importância do consumo de nutrientes durante a gestação e de quais alimentos estas consideram cruciais para o bom desenvolvimento do feto durante a gestação e para a saúde nutricional das mães. Nesta subcategoria, as mães destacaram não só a importância do consumo de determinados alimentos, como também a importância da rotina de higienização, de controle da saúde da mãe e do bebé no hospital e do uso da rede

mosquiteira.

“Particpei dos conselhos quando estava grávida. Aprendi a tomar banho porque nos disseram para estarmos a tomar banho todos os dias, alimentar-nos bem, ir no hospital abrir ficha [documento ou processo com dados da mãe e do bebé para o acompanhamento durante toda a gestação] para controlarem da sua saúde e o desenvolvimento do feto, usar mosquiteira para não nos morderem com mosquitos e assim evitar a malária...Me falaram para comer matapa [tipo de caril feito a base de folhas] de amendoim, comer amendoim, ovos, papaia, feijão cute [tipo de feijão típico], laranjas, verduras, as vezes carne... o meu filho nasceu com boa saúde” (M1).

“Sim, o que eu recorde até é depois de ficar de estado [grávida] deve andar no hospital até nascer aquela criança e completar dois anos, então este espaço todo disseram que é mil dias” [Referência a acção de acompanhamento da criança durante mil dias desenvolvida pelo Projecto] (M2).

“Sim... Matapa de amendoim com celeste [farinha a base de milho].” (M4).

“Aprendi que além dessas papas de amendoim torrado e pilado, temos que fazer papas com moringas [planta medicinal usada no tratamento de várias doenças], ovos, amendoim, pouco óleo, e pouco açúcar e em frente se estiver grande [Se refere a alimentação do bebe após seis meses] podemos dar banana, papaia, ovos, comer carne de acordo com a idade” (M3).

iii) Acções necessárias para o combate à desnutrição

Nesta subcategoria, procuramos compreender das mães, que acções elas consideram necessárias para combater a desnutrição. Mais uma vez fazem referência aos hábitos alimentares adequados, aos alimentos mais nutritivos, aos hábitos de higiene e de amamentação, ao acompanhamento de profissionais de saúde, seguimento dos conselhos passados pelos projecto e a participação das actividades de *atelier doméstico*.

“Para a criança tirar essa doença, é necessário alimentar a criança com boa alimentação, celeste (farinha de milho), fazer papas com amendoim pilado, fazer caril de amendoim, comer matapa de moringa, comer verduras, juntar diferentes tipos de verduras (espinafre, folhas de abóbora) para dar crianças porque ajuda a criança no seu crescimento e na defesa contra as doenças” (M1)

“Temos que apostar na higiene pessoal e colectiva, enriquecer a alimentação das crianças para não apanhar doenças me informaram lá onde nos aconselham [referência aos comités de saúde]” (M4).

“Devemos alimentar com papas enriquecidas, e as outras alimentações sobretudo as folhas verdes” (M5).

“Apenas temos que fazer pelo mesmo caminho que percorremos [No sentido de seguir com os conselhos que já foram passados nos comités de saúde], dar boa alimentação a criança, higiene e tudo que aprendemos lá no Atelier” (M6).

“O que aprendi lá, ouvi que depois de nascer aquela existe posições para amamentar aquela criança, não inclinar e depois dar mama criança, controlar a criança depois de adoecer a criança deve mandar a criança no hospital, quando uma mulher estar de estado [gravidez] deve mandar no hospital fazer controle [acompanhamento dado pelos profissionais de saúde durante a gestação]” (M2).

Com relação aos hábitos de higiene, observamos no terreno que apesar destas mães terem uma forte consciência sobre a sua importância, há ainda um trabalho a ser feito. Na visita feita a casa da Mãe 2 (mãe de gémeos com 1 ano de idade e em fase nutricional recuperada) observou-se que as crianças permanecem sem tomar banho todo o dia e os cuidados de higiene durante a alimentação são sobrevalorizados. As crianças possuem uma aparência cansada, ligeiramente magras com os abdómens proeminentes. Durante mais de uma hora, as crianças (que ainda gatinham) foram deixadas na esteira (espécie de tapete feito de materiais locais) sem supervisão directa de um adulto e apanhavam do chão mangas verdes e as levavam para a boca sem que fossem lavadas. Um vizinho tentou tirar de uma das crianças a manga, e quando esta começou a chorar, a mãe ordenou que ele devolvesse a manga para o bebé.

De facto, as circunstâncias habitacionais de grande parte destas mães não é das melhores e não oferecem condições de higiene adequadas. As suas casas possuem apenas dois ou três compartimentos, são cobertas de capim e construídas à base de

blocos de matope (espécie de lama ou barro). O banheiro (latrina) se localiza a alguns metros da casa, sendo que nem todas as casas possuem latrinas melhoradas. A água usada para tomar banho e cozinhar, é tirada em poços ou rios aos arredores (não há água canalizada) e esta se torna escassa na época seca.

- **Segundo núcleo temático – comportamentos e atitudes face às campanhas**

O segundo núcleo temático diz respeito à compreensão dos comportamentos e atitudes das mães face às campanhas. Com efeito, após a análise realizada às entrevistas das mães e observações no terreno, foram definidas quatro (4) subcategorias principais: i) rotina diária; ii) hábitos alimentares diários; iii) benefícios percebidos; e iv) veículos e meios mais eficazes.

i) Rotina diária

Nesta subcategoria, procuramos compreender a rotina diária destas mães, especificamente o horário em que despertam, o cuidado em relação às crianças, o horário das refeições e cuidados de higiene. Para além dos dados colhidos em entrevistas, nos predisusemos igualmente em observar no terreno como tem sido o dia-a-dia destas mães. Deste modo, os resultados das entrevistas nos mostram uma rotina semelhante entre as diversas mães em que se centra no despertar logo cedo, dirigir-se a machamba, confeccionar o almoço e dá-lo às crianças, participar de alguma actividade recreativa com os vizinhos, jantar com a família e, por fim, dormir.

“De manhã lavo cara, varrer pátio, e lavo pratos. Faço matabicho para as crianças. Os dias que tenho que ir a machamba, lavo a cara e vou. A volta faço almoço para as crianças. Os dias que tem sítio para conversar, saio e depois volto para fazer jantar” (M1).

“Quando acordo vou escovar e lavar cara, e faco o mesmo para as crianças, vou na machamba e quando volto preparo as refeições e cuido das minhas actividades e deveres de casa...Normalmente quando acordamos vamos a machamba então quando voltamos da machamba preparamos almoço e depois apenas esperamos o jantar anoite” (M3).

“De manhã matabicho se tiver, e muito mais nos dias que não tenho madrugado na machamba, mas nessas circunstâncias de madrugar na machamba assim que eu volto se for cedo faço papas para a criança porque torna difícil madrugar fazer papas, faço almoço e as 15h papas e jantar a noite” (M4).

“De manhã lavo cara, escovo, varrer fora e dentro, lavar pratos, lavar roupa e ir ao poço. De dia, fazer almoço e de noite faço jantar e durmo... No verão agente vai uma vez por dia a machamba, mas no tempo de colheita temos ido duas vezes ao dia” (M6).

Grande parte das mães possui forte consciência sobre os hábitos de higiene, o número de refeições adequadas e os alimentos adequados. No entanto, observamos no terreno que nem sempre as mães seguem com o recomendado. Observamos que toda a família cuida da sua higiene pessoal apenas uma vez por dia. Logo cedo, como muitas mães afirmaram nas entrevistas, elas saem para a machamba e os filhos mais novos ficam ao cuidado dos mais velhos. Normalmente durante o período da manhã, eles não fazem uma refeição completa, observou-se que as crianças apanham alguns frutos (quando possível) e vão comendo até que a mãe chegue e faça a refeição.

Das mães observadas, vimos que são feitas apenas duas refeições por dia. Um outro aspecto observado é que os pais raramente estão presentes durante o dia. Portanto fica a cargo da mulher a gestão da casa, as crianças, a confecção das refeições e as idas ao poço para buscar água. Durante o período em que estivemos em casa da mãe 1, observamos que esta caminhou uma distância longa (com duração de 40 minutos) para buscar água para cozinhar. O seu filho mais velho ajudou neste processo e só começou a confeccionar os alimentos por volta das 14:00horas.

ii) *Hábitos alimentares diários*

Os hábitos alimentares são cruciais para manter a saúde nutricional da criança e prevenir futuros casos de desnutrição e de outras doenças. Nesta subcategoria procuramos saber das mães quais os alimentos que vêm dando aos seus filhos e o número de refeições diárias. Para além das entrevistas realizadas, nos propusemos igualmente em observar no terreno o número de refeições feitas por estas famílias, os alimentos usados e o processo de higienização dos alimentos. Os dados das entrevistas apontam que a maioria das mães realiza apenas duas refeições por dia e os alimentos mais consumidos são farinha de mandioca, matapa, peixe seco, feijão e algumas frutas.

“Alimentação é complicado. Ultimamente caril tem sido difícil. Mas arranjamos maneiras para ter no mínimo três refeições... No almoço farinha de mandioca seca, folhas de mandioqueira... No jantar, se não tiver maneira repetimos, e muitas vezes comemos a mesma coisa... Servimos a mesma refeição porque não temos condições para comprar farinha. Não temos farinha de milho e nem de mapira porque é difícil encontrar e não temos dinheiro” (M1).

“Normalmente são três, matabicho, almoço e jantar. Se for num Domingo consigo (fazer três refeições) ... iiiii meus filhos comem laranjas, bananas, papaias, xima de carracata (feito a base de mandioca seca), farinha de milho. Caril, matapa, nikussi (peixe muito pequeno seco em sal) um dia, feijão e feijão cute” (M2).

“Por mim, enquanto tinha condições gostaria de comer cinco refeições por dia. De manhã matabicho se tiver, e muito mais nos dias que não tenho madrugado na machamba. Mas nessas circunstâncias de madrugar na machamba assim que eu volto, se for cedo, faço papas para as crianças... faço almoço e as 15h papas e jantar a noite. Lhe dou xima mas de carracata porque quando lhe dou xima de farinha de milho a criança não gosta... mesmo cozinhando peixe essa criança não gosta... só gosta de matapa” (M4).

“Fazemos duas vezes. Eu alimento com xima de farinha de milho e de mapira com nikussi, feijão cute, banana, papaia” (M5).

Durante a observação no terreno, verificou-se que normalmente as mães dão aos seus filhos apenas duas refeições por dia. Durante as manhãs as crianças ficam sozinhas e possuem uma aparência cansada ao brincar. A primeira refeição do dia é feita por volta das 14:30horas pelas famílias das mães 1, 2, 3 e a família da mãe 6 por volta das 14:00horas. A mãe 1, 3 e 6 atrasaram a confecção da primeira refeição por se terem dirigido ao poço (mãe 1) e por estar na machamba (mãe 3). A mãe 2 (que vive com os seus pais e foi abandonada pelo pai dos seus filhos) alegou não ter condições de dar o pequeno almoço.

Todas as mães, antes da confecção dos alimentos, procederam à sua lavagem. Entretanto, a água usada era turva. Todas as mães possuem uma alimentação similar. As mães 1, 2 e 3 cozinharam carracata (massa feita à base de farinha de mandioca seca) e matapa de folhas de mandioca (de nome tradicional *entiqua*). A mãe 6 cozinhou carracata e matapa (de folhas de moringa com amendoim). As famílias de todas as mães comeram a mesma refeição durante o jantar.

Quanto à higienização geral (de suas casas, alimentos e pessoal) podemos observar que todas as mães logo que se levantam, varrem o interior e exterior de suas casas, lavam os pratos (com água e sabão), lavam o rosto e se dirigem a machamba. Durante a confecção dos alimentos, lavam as mãos e os alimentos também. No final do dia fazem a sua higiene pessoal geral e de seus filhos. Normalmente deitam-se cedo porque não existe energia eléctrica.

iii) *Benefícios percebidos*

Com o objectivo de se compreender os benefícios percebidos por estas mães sobre a sua participação no projecto, questionámos sobre que conselhos passados mudaram a vida delas. Deste modo, as entrevistas revelam benefícios associados principalmente no que se referem face à aprendizagem sobre a confecção adequada dos alimentos, sobre a alimentação certa consoante a idade de seus filhos e os cuidados de higiene pessoal e da casa.

“Sim, porque antes fazíamos sem saber, mas agora já temos ideia de o dar nas crianças de acordo com idade” (M3).

“São muitas coisas que mudaram, por exemplo não tínhamos casa de banho, mas quando fui para lá recomendaram para ter casa de banho e agora já se fez e temos, faço limpezas rigorosamente no pátio, higiene pessoal e de casa e como preparar os alimentos” (M4).

“Aprendi a fazer papas enriquecidas que eu não sabia fazer” (M5).

“Trouxe muitos benefícios, aprendi a fazer papas enriquecidas, dar banho as crianças, lavar roupa de crianças também” (M6).

iv) Veículos e meios mais eficazes

Paralelamente, nesta subcategoria procurámos perceber das mães quais os veículos e meios que elas consideraram mais eficazes. No entanto, porque grande parte destas mães fala apenas a língua local (*emakhua*) e porque grande parte delas não tiveram a possibilidade de prosseguirem com os estudos, foi-nos difícil explicar o que seriam veículos e meios de comunicação. Portanto, pedimos às mães que falassem um pouco em detalhe face a tudo o que se lembravam das sessões de aconselhamento, das imagens que viram e de todas as actividades realizadas no comité de saúde. Posto isto, as mães com bastante convicção apontaram para a importância das sessões de conselhos sobre higienização e do atelier doméstico (cada mãe traz um alimento e juntas fazem a papa enriquecida para as crianças).

“O que mais lembro são duas... primeiro admiro a parte que ensinaram alimentar as nossas crianças... o segundo tem a ver com a higiene, nos ensinaram a manter a nós mesmos limpas, aos nossos filhos, a nossa família e a comunidade também” (M3).

“Conselhos de higiene pessoal coletiva sempre lembro” (M4).

“Aprendi a fazer papas enriquecidas que eu não sabia fazer” (M5).

• Terceiro núcleo temático – intenção em agir em conformidade

O terceiro núcleo temático diz respeito à intenção das mães em agirem em conformidade com o comportamento passado. Em mudanças de comportamentos e hábitos individuais, é fundamental primeiro que o indivíduo tenha consciência clara sobre o problema, e segundo que voluntariamente decida seguir com o comportamento ideal sugerido. Com efeito, após a análise realizada às entrevistas das mães, foram definidas três (3) subcategorias principais: i) melhorias propostas; ii) intenção pessoal em seguir com os conselhos; e iii) recomendação do comportamento ideal a outras mães.

i) Melhorias propostas

Percebida a rotina alimentar das mães, indagámos sobre as suas diferentes percepções referentes à alimentação da sua família. Se acreditavam que devia melhorar e, se sim, o que propunham como melhorias. Todas as mães concordaram que era necessário implementarem melhorias, embora devido às suas condições financeiras deficitárias lhes fosse difícil prosperar e fornecer uma alimentação melhor para a sua família.

“Deve melhorar sim, porque tenho alguma coisas ainda em falta. Porque eu costumo a cozinhar água e sal, e falta cebola, óleo e outras coisas” (M2).

“Não, mas a desgraça é que é maior. Nós somos pobres, o que pensamos é pedir apoio ou se os nossos maridos trabalhassem aí teríamos tempo de ficar em casa a preparar matabicho para nossos filhos, mas o pouco que produzimos não tem sido suficiente” (M3).

“Por mim, enquanto tinha condições gostaria que comesse cinco refeições por dia” (M4).

“Sim deve melhorar, como se tivesse condições para comprar leite de bebé, ter sempre amendoim em casa” (M5).

ii) Intenção pessoal em seguir com os conselhos

Como evidenciámos no início da categoria, a decisão voluntária dos indivíduos é fundamental para que os primeiros passos do processo de mudança ocorram. Portanto, nesta subcategoria procurámos compreender a intenção das mães em agirem em conformidade com os conselhos, recomendações e práticas passadas pelos comités de saúde e voluntários. De acordo com as respostas das entrevistas todas as mães afirmaram que seguem com o recomendado. Mediante a observação no terreno e entrevistas realizadas, uma das mães (M3) veio a tornar-se voluntária e a pertencer ao comité de saúde.

“Sim, exemplo concreto antes a muito tempo era normal encontrar crianças como aquelas sem camisas ou com camisas rasgadas e bem sujas, mas depois destes conselhos lavamos roupa, tomamos banho e no mínimo estamos e andamos sempre limpos” (M3).

iii) Recomendação do comportamento ideal a outras mães

Analogamente, nesta subcategoria questionou-se igualmente se estas mães recomendariam e recomendam os conselhos e respetivas aprendizagens a outras mães da comunidade. Mais uma vez, todas as mães entrevistadas afirmaram que sim, e que, têm ensinado as outras mães a tratarem dos alimentos, da higiene pessoal, da alimentação correcta para os filhos, como combater doenças e a participarem das sessões de sensibilização e aprendizagens. Contudo, duas mães (M1 e M4) afirmaram que, por vezes, se deparam com algumas mulheres que ignoram os conselhos passados e outras que, simplesmente, rejeitam e não acreditam nisso.

“Sim, eu ensino, os que querem seguir seguem, a os que ignoram tentamos de outros meios para aderirem. Ensino como andar assim como fui ensinado, maneiras de como combater as doenças, a partir de higiene pessoal a coletiva até as boas formas de alimentação” (M1).

“Ensino sim outras pessoas não só desta comunidade, mas também doutras comunidades” (M3).

“Sim aconselho só que as vezes outras pessoas sobretudo as resistentes respondem mal e não acreditam” (M4).

“Digo para as outras mães para fazer papas enriquecidas para as crianças porque ajuda a criança a desenvolver e combater as doenças e aconselho também a outras mães para participarem nesses conselhos promovidos no Atelier” (M5).

Discussão dos resultados

Em concreto, e através de entrevistas e observações no terreno, pretendemos compreender as percepções das mães sobre o comportamento ideal, sobre os riscos associados ao comportamento não ideal, aos hábitos alimentares de seus filhos, e ao comportamento e atitude após a exposição às mensagens, aconselhamentos e aprendizagens propostas pelo projecto.

Nesta vertente, no que diz respeito às primeiras reflexões gerais que foram apuradas, pode-se desde já destacar que, por um lado, existe uma forte consciência das mães sobre as relações causais entres riscos e benefícios associados ao comportamento. E, por outro, uma atitude intencional clara e enraizada em seguirem com o comportamento preferencial. Esta forte consciência das mães sobre os comportamentos e acções necessárias para manter os seus filhos e toda família saudável, nos parece assim, por um lado, ser uma consequente resposta ao objectivo do projecto e a sua forte orientação para o público-alvo e, por outro, uma consequência das acções que envolvem a sua aprendizagem e participação activa.

Mais uma vez, destaca-se assim um forte indício e semelhança aos preceitos de marketing social. Neste sentido, em abordagens como a de marketing social, o primeiro passo para a mudança é a percepção clara sobre os riscos e benefícios de determinado comportamento e a efectiva intenção (voluntária) em mudar. Como destaca Andreasen (1994) em seu conceito sobre a abordagem, o marketing social faz uso de técnicas de marketing social para influenciar o comportamento voluntário do individuo e garantir o seu bem-estar e da sociedade.

Em relação ao primeiro núcleo temático, podemos verificar que as mães possuem um conhecimento claro sobre as

consequências da desnutrição crônica e percebem que, se as ações de prevenção e combate não forem tomadas, os seus filhos podem correr riscos de contraírem doenças ou mesmo de sofrerem consequências que os levem à morte. As mães evidenciaram também e, de forma específica, as ações necessárias que devem ser levadas a cabo e os alimentos ideais a serem consumidos. Neste sentido, “a disseminação de mensagens de saúde por meio de programas e campanhas de promoção da saúde pode criar consciência sobre um problema, mudar atitudes em relação a um comportamento de saúde e encorajar e motivar os indivíduos a seguir os comportamentos de saúde recomendados” Ammary-Risch, Zambon e Brown, 2010, p. 205).

A pobreza constitui, neste contexto, um dos grandes factores que contribuem para as privações sofridas pelas crianças, dificultando o acesso a serviços básicos de saúde (UNICEF, 2014). Apesar desta clara consciência sobre os riscos e benefícios na adesão de determinadas ações, observou-se no terreno que a aplicabilidade prática destes conhecimentos e aprendizagens ainda é sobrevalorizada pelas mães, principalmente no que se refere às questões de higiene e diversificação dos alimentos durante as refeições. Entretanto, as condições habitacionais, de pobreza e de saneamento do meio precárias, podem estar por detrás desta dificuldade de implementação, ou ainda, podem revelar uma desculpabilização e terceirização de suas responsabilidades como foi relatado pelos oficiais de desenvolvimento na segunda fase da pesquisa.

Ligado a isto, está o segundo núcleo temático relacionado aos comportamentos e atitudes face às campanhas. Neste núcleo procurou-se compreender a rotina diária, hábitos alimentares diários, benefícios percebidos, veículos e meios mais eficazes. Em relação à rotina diária, tanto o resultado das entrevistas assim como os da observação no terreno demonstram que, apesar de zonas diferentes estas mães possuem uma rotina diária muito semelhante e ficam a cargo destas todos os trabalhos da casa, do cuidado dos filhos e da machamba. Observou-se ainda, que os longos períodos em que as mães permanecem a lavar a terra em suas machambas ou a irem buscar água em poços e rios, os bebés e crianças mais novas ficam ao cuidado de seus irmãos mais velhos que possuem uma ligeira diferença de idade.

Por conseguinte, em relação aos hábitos alimentares, durante as entrevistas algumas mães alegaram que o ideal é poderem fornecer à família três refeições diárias e evidenciaram o uso de alimentos como frutas, farinhas, amendoim, peixe seco, feijão, etc. Entretanto, podemos verificar no terreno que todas as famílias apenas realizam duas refeições por dia e durante as manhãs, as crianças (que com aspecto cansado logo cedo) apanham alguns frutos (como mangas verdes) do chão para se alimentarem.

A privação severa de nutrição é mais elevada nas crianças do meio rural (22 por cento) do que nas crianças urbanas (15 por cento). A mais elevada taxa de crianças da zona rural é basicamente explicada por diferenças na disponibilidade de alimentos, falta de uma dieta variada e menor acesso a serviços de saúde, água potável e instalações sanitárias. As crianças rurais também podem ser mais propensas a, em algum momento, enfrentar défices alimentares razoavelmente prolongados (UNICEF, 2010).

Paralelamente, as causas de desnutrição crônica podem dever-se, por um lado, pelos elevados índices de analfabetismo e no desconhecimento de formas adequadas de uma alimentação saudável e rica em nutrientes. E, por outro, pela insuficiência na disponibilização de serviços de saúde e higiene adequados, pela deficiente segurança alimentar e nutricional, nos tratamentos e cuidados inadequados durante o período de gestação e durante os primeiros dois anos. Não obstante, a ingestão de nutrientes benéficos para a saúde constitui igualmente um problema de grande abrangência em Moçambique. Estudos revelam que há uma grande incidência de mães de menores de cinco (5) anos de idade, com índices elevados de insuficiência de vitamina A e anemia (Governo de Moçambique, 2010).

Das mães observadas (mães 1, 2, 3 e 6), a primeira refeição realizada pela família começou tardiamente (por volta das 14:00horas) e em todas as famílias foram feitas refeições semelhantes (massa de farinha de mandioca seca com matapa). Antes da confecção dos alimentos, a higienização é respeitada e a mesma refeição é igualmente no jantar. A higienização pessoal das

mães e das crianças é realizada apenas no final do dia. Deste modo, tanto pela observação no terreno, assim como pelas entrevistadas, verificamos uma dificuldade de implementação de uma alimentação variada e rica em nutrientes e este aspecto parece ter as suas raízes na falta de condições de saneamento e de pobreza presentes nestas famílias.

Os comportamentos são, deste modo, fortemente influenciados por contextos, características socioculturais e de tempo (NSMC, 2016). Portanto, a não aplicabilidade prática de alguns procedimentos de higiene, o cuidado a ter com as crianças mais pequenas, o número de refeições e a diversificação dos alimentos pela maior parte das mães podem estar intrinsecamente ligados pelas condições contextuais de ambiente verificadas nestas comunidades. Embora, verificou-se que todas as mães enfatizaram benefícios de aprendizagem e de conhecimento bastante frutíferos na área na higiene e de confecção de papas enriquecidas para os seus bebés, propostos pelo projecto.

Muitos dos problemas que atualmente afetam a saúde da população...podem ser reduzidos por mudanças no comportamento individual. No entanto, embora a mudança de comportamento individual seja extremamente importante, uma estrutura abrangente e coerente para lidar com esses problemas precisa se basear mais amplamente nas ciências sociais e comportamentais para identificar e resolver questões estruturais e sociais (Public Health England, 2018, p. 5).

A mudança de comportamentos e atitudes dos indivíduos nem sempre dizem respeito ao próprio indivíduo, perante a sua clara consciência sobre o comportamento ideal e não ideal. Neste sentido, ao lidarmos com mudanças ao nível do comportamento e das atitudes, devemos igualmente, considerar os factores externos que podem impulsionar a propagação do problema ao nível da comunidade.

Com efeito, relacionando e analisando o modelo proposto por Wymer (2015) já problematizado na revisão teórica do presente artigo e a disseminação do problema de desnutrição em crianças no distrito de Monapo e os dados obtidos nas entrevistas e observações no terreno, podemos concluir que a variável primária e influenciadora dos comportamentos destas mães, está intrinsecamente ligada primeiro perante a privação. Pois, as condições de pobreza, precárias condições habitacionais, de saneamento, as longas distâncias em que se encontram aos postos de saúde, bem como a fraca qualidade dos serviços de saúde, são o influenciador primário para que a mudança individual esteja comprometida. Em relação às variáveis individuais do modelo de Wymer (2015), ou seja (“ignorância” e “motivação”), podemos verificar primeiro um forte conhecimento das mães sobre o problema e segundo a motivação visível de agir em conformidade, embora não se possa descartar a ideia de haver uma barreira pessoal existente como foi destacado pelos oficiais de desenvolvimento.

Relativamente ao conhecimento sobre veículos e meios de comunicação não foi verificado por todas as mães. Estas destacam actividades de higiene pessoal e confecção de papas no atelier doméstico, mas não há um conhecimento específico sobre veículos, meios de comunicação ou mesmo até mensagens. Deste modo, “as variáveis de comunicação têm registado uma evolução significativa... acompanhando a própria evolução do marketing e dando o seu contributo para permitir alcançar o sucesso das estratégias definidas” (Lendrevie, Lévy, Dionísio e Rodrigues, 2015, p. 389). Assim, as estratégias, técnicas e acções resultantes da comunicação integrada de marketing revelam-se cruciais para a comunicação de actividades no processo de mudança comportamental.

A MISAU (2015) reconhece que, para a promoção de comportamentos na comunidade, devem ser usados um conjunto de canais de comunicação que se complementam e reforçam as mensagens destinadas ao público-alvo. Contudo, todos os participantes desconhecem ou não se recordam de nenhuma acção de comunicação, embora este aspecto possa justificar-se em parte, pela deficiente formação escolar das mães ou de ignorância sobre o que seriam estes meios ou veículos.

Por fim, o último núcleo temático, intenção pessoal em agir em conformidade, verificou-se que há uma clara intenção pessoal não só de seguir com conselhos passados, como também de passar esses mesmos conselhos para outras mães e outras comunidades. Portanto, esta atitude positiva por parte das mães, expressa uma consciência clara sobre o comportamento certo a

ser tomado. Embora, quando verificado na prática, esta intenção é sobrevalorizada e até mesmo negligenciada.

4. Conclusão

Assim, respondendo à questão que norteou a presente investigação, mais precisamente: “quais as atitudes e comportamentos decorrentes da acção das campanhas de desnutrição das crianças realizadas pela organização não-governamental SD junto da população do distrito de Monapo da Província de Nampula?” Podemos sustentar que existe uma forte orientação para o público-alvo, aspecto este que contribuiu grandemente para a forte consciência das mães sobre o problema em causa, sobre os riscos associados ao problema e, principalmente, face aos benefícios presentes na adopção do comportamento correcto.

No entanto, quando observados no terreno, bem como pelo discurso realizado junto das mães, algumas barreiras ainda persistem para que estes comportamentos sejam propostos. Portanto, e mediante os resultados apurados, acredita-se que um dos principais entraves para a sua aplicação prática, se deve perante a influência do contexto ambiental e das privações presentes na vida destas comunidades. Mais do que mudanças ao nível dos indivíduos, é crucial a proposição de estratégias com foco nas mudanças ambientais. Diante da complexidade dos problemas ambientais e de saúde, é importante possuir uma perspectiva de longo prazo, não apenas dependente das acção do indivíduo, mas também com resultados sociais efectivos (Cohen e Chehimi, 2010).

Na abordagem de marketing social, os programas devem ser propostos de tal forma que transcendam as teorias comportamentais. A ideia é que o marketing social deve adoptar uma abordagem criativa e inovadora não se concentrando na mudança do comportamento do individuo como tal, mas sim, nos problemas sociais complexos que assolam a sociedade. Os programas devem se concentrar na criação de valor para as pessoas, colocando-as como co- colaboradoras nesse processo (Lefebvre, 2012).

Como destacado, o projecto de saúde e nutrição de Monapo, em todas as suas acções verificadas pelas entrevistas realizadas e a consciência clara das mães que foram alvo do programa, propõe acções que estimulam a autossustentabilidade, independência e uma forte educação sobre os comportamentos e atitudes correctas. Entretanto, as condições de pobreza severa, de saneamento, assim como a falta de condições do Governo, dos serviços de saúde, a falta de uma dieta diversidade e rica em nutrientes, o papel pouco activo dos chefes de família (pais), dificuldade de colaboração por parte de alguns líderes comunitários, a influencia de hábitos culturais e, principalmente, as longas distâncias em que se encontram estas comunidades, são alguns dos factores por detrás da fraca aplicabilidade prática destes comportamentos.

Contudo, numa primeira fase, três estratégias são cruciais para que as mudanças de comportamento e de atitudes sejam visíveis a longo prazo. Primeiro, a replanificação de estratégias de intervenção concentrando os esforços não apenas em acções com ênfase na acção dos indivíduos, mas também na percepção dos factores ambientais que possam representar uma barreira ao processo de mudança. São assim, fundamentais para que, além de estabelecerem uma consciência clara e vontade visível em se prosseguir com o comportamento recomendado, estas mães possam também implementá-los na prática, sem obstáculos.

Por outro lado, buscar orientação em teorias ou modelos de mudança comportamental (com ênfase individual e socio-ambiental) poderá não só ajudar na melhor compreensão do problema como também na implementação de melhores intervenções. Neste sentido, os resultados apurados na presente investigação mostram que, em relação às técnicas de comunicação de marketing, não há um uso combinado de várias técnicas, concentrando as suas actividades apenas a duas ou três técnicas. Isto significa que não se está diante de uma prática generalizada por questões estratégicas e de adequação às características do público-alvo.

Portanto, a comunicação representa uma estratégia fundamental de apoio e concretização prática das abordagens de promoção de saúde, por envolverem análises para a escolha das intervenções durante o planeamento, o suporte em teorias e modelos comportamentais, o uso de diferentes técnicas e meios de comunicação e estratégias de avaliação de resultados. Em programas de promoção de saúde com ênfase nas mudanças comportamentais, o planeamento não acontece por acaso, são um resultado de estudo constante dos factores de influência sobre o comportamento individual e de grupo, e o suporte em teorias ou modelos de mudança (Snelling, 2014, Corcoran, 2007).

Por fim, o marketing social poderá representar uma ferramenta de apoio crucial para a adequação de todo o programa às necessidades do público-alvo. O marketing social centra-se na mudança de comportamento dos indivíduos enfatizando questões ligadas aos problemas sociais e de saúde pública como planeamento familiar, prevenção da malária, saúde materno-infantil, prevenção do HIV, promoção de políticas públicas, etc. (Lefebvre, 2011). Portanto, “mudar o comportamento individual é fundamental para alcançar a sustentabilidade futura” (Mckenzi-Mohr, 2000, p. 544).

O marketing social representa, uma ferramenta estratégica para a compreensão das barreiras ao comportamento desejado e para o desenho de programas ajustados às características do segmento-alvo (Mckenzie- Mohr, 2000; Andreasen, 1994). Este não tem em vista o benefício único do indivíduo pelo qual está em condição de risco. Grande parte dos programas de marketing social resultam no bem-estar da sociedade em geral e numa melhor proposta das condições de vida (Andreasen, 1994). O apoio em mídias de massa representam uma estratégia criativa ao trabalho de profissionais de saúde e o marketing social pode, em síntese, representar uma ferramenta igualmente útil para a promoção de comportamentos, que através de pesquisas de mercado, facilmente compreenderá os diversos factores relacionados ao problema.

Neste contexto, no que diz respeito a estudos futuros e tendo em observância as abordagens teóricas e de estudo realizadas, sustenta-se por um lado, a realização de uma investigação que envolva a realidade de outros distritos onde decorre o projecto de saúde e nutrição, que poderá ser abundante em termos de dados comparativos sobre o comportamento e atitudes das populações e sobre a eficácia das mesmas acções no terreno.

Por outro lado, sustenta-se ainda, um estudo sobre o impacto dos hábitos culturais no processo de mudança de comportamento. Durante as reflexões da presente investigação, percebeu-se a importância da compreensão dos factores socio-ambientais para o processo de mudança. Neste contexto, as comunidades moçambicanas são fortemente influenciadas por uma base cultural, assim sendo, um estudo que se dedique à sua compreensão, poderá ser uma fonte rica de dados recolhidos e comparativos face aos factores referidos e aplicados noutra contexto cultural.

Sugere-se igualmente, a análise de campanhas de mudança comportamental à luz das teorias e modelos de mudança comportamental e como estes impactam sobre a redução dos problemas sociais.

E porque actualmente se vivenciou uma pandemia a nível mundial, seria muito pertinente o desenvolvimento de estudos que observem as estratégias de marketing social digitais implementadas ao nível das organizações não governamentais para a consciencialização do seu público-alvo e para a promoção de comportamentos ideais.

Finalmente, com o entendimento de que a presente investigação trouxe claros contributos presentes e futuros e na esperança de colaboração para a redução dos elevados índices nacionais sobre a desnutrição crónica infantil, espera-se também que através das focadas pistas futuras de investigação se consiga estimular outros investigadores, a contribuírem com novos estudos que visem a temática de nutrição de crianças em Moçambique.

Referências

Akbar, M. B., Foote, L., Soraghan, C., Millard, R., e Spotswood, F. (2021). What causes social marketing programs to fail? A qualitative study. *Social Marketing Quarterly*, 20, 1-18.

- Allender, J. A., Rector, C. e Warner, K. D. (2014) *Community and public health nursing: promoting the public's health*. (8ª ed.) California, United States of America: Wolters Kluwer Health.
- Andreasen, A. R. (1994). Social Marketing: Its Definition and Domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13, 108-114.
- Ammary-Risch, N. J., Zambon, A. e Brown, K. M. (2010) Communicating Health Information Effectively. Em Fertman, C. I. e Allensworth, D. D. (Coords.) *Health promotion programs: from theory to practice*. San Francisco, United States of America: A John Wiley & Sons, pp. 203-218
- Bandura, A. (1998) Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and health*, 4, pp. 623-649.
- Brennan, L. e Binney, W. (2008) Concepts in conflict: Social marketing and sustainability. *Journal of Nonprofit e Public Sector Marketing*, 2, pp. 261-281.
- Cheng, H.; Kotler, P. e Lee, N. R. (2011) *Social marketing for public health: Global trends and success stories*. Massachusetts, United States of America: Jones and Bartlett Publishers.
- Cohen, L. e Chehimi, S. (2010) The Imperative for Primary Prevention. (2ª ed.) Em Cohen, L. Chávez, V. e Chehimi, S. (Coords.) *Prevention is primary: strategies for community well-being*. San Francisco, United States of America: A John Wiley & Sons, pp. 3-33
- Cook, J., Fries, S., & Lynes, J. (2020). Checking our blind spots: The most common mistakes made by social marketers. *Social Marketing Quarterly*, 26, 14-27.
- Costa, D. (2012) A recolha de dados: técnicas utilizadas. Em Silvestre, H. C. e Araújo, J. F (Coords.) *Metodologia para a investigação social*. Lisboa, Portugal: Escolar Editora
- Corcoran, N. (2007) Mass media in health communication. Em Corcoran, N. (Coord.) *Communicating Health Strategies for Health Promotion*. London, England: Sage Publications, pp. 73-93.
- Corcoran, N. (2007). Theories and models in communicating health messages. Em Corcoran, N. (Coord.) *Communicating Health Strategies for Health Promotion*. London, England: Sage Publications, pp. 5-30.
- Crosby, R. A., Kegler, M. C. e DiClemente, R. J. (2002). Understanding and Applying Theory in Health Promotion Practice and Research. Em DiClemente, R. J., Crosby, R. A. e Kegler, M. C. (Coords.) *Emerging theories in health promotion practice and research*. San Francisco, United States of America: A John Wiley & Sons, pp. 1-16
- Chapman, S., Jafa, K., Longfield, K., Vielot, N., Buszin, J., Ngamkitpaiboon, L. e Kays, M. (2011) Condom social marketing in sub-Saharan Africa and the Total Market Approach.
- Dias, M. R., Duque, A. F., Silva, M. G. e Durá, E. (2004) Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3, 463-473.
- DKT Mozambique (2016) Sobre nós. Recuperado de <http://www.dktmozambique.org/pt/sobre-nos/>,
- Giles, W. H. e Liburd, L. C. (2010) Achieving Health Equity and Social Justice. (2ª ed.) Em Cohen, L. Chávez, V. e Chehimi, S. (Coords.) *Prevention is primary: strategies for community well-being*. San Francisco, United States of America: A John Wiley & Sons, pp. 33-55.
- Gomes, C. L. C; Neto, C. L e Pasquale, P.P. (2012) *Comunicação integrada de marketing: A Teoria na Prática*. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.
- Governo de Moçambique (2010). *Plano de ação multisectorial para a redução da desnutrição crónica em moçambique 2011-2014 (2020)*. Recuperado de Instituto Nacional de Estatística e Ministério da Saúde (2012) Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Disponível em <http://www.ine.gov.mz/operacoes-estatisticas/inqueritos/inquerito-demografico-e-de-saude/mocambique-inquerito-demografico-e-de-saude-2011.pdf/view>, acessado em em 10 de Setembro 2020
- Júnior, W. C. F. (2006) Análise de Conteúdo. Em J. Duarte & A. Barros (Coords.) *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação*. (2ª Ed.) São Paulo: Editora Atlas.
- Kalnins, I., McQueen, D. V., Backett, K. C., Curtice, L. e Currie, C. E (1992) Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. *Health Promotion International*, 1, pp. 53-59.
- Kunsch, M. M. K. (2003) *Planejamento de relações públicas na comunicação integrada* (6ª Ed.) São Paulo, Brasil: Summus editorial.
- Lefebvre, R. C. (2012). Transformative social marketing: co-creating the social marketing discipline and brand. *Journal of Social Marketing*, 2, 118-129.
- Lefebvre, R. C. (2011) An integrative model for social marketing. *Journal of Social Marketing*, 1), pp. 54-72.
- Lendrevie, Lévy, Dionísio e Rodrigues (2015) *Mercador da língua portuguesa: teoria e prática do marketing* (16ª Ed.) Lisboa, Portugal: Publicações Dom Quixote.
- Lupetti, M. (2007) *Gestão estratégica da comunicação mercadológica*. São Paulo, Brasil: Thomson Learning.
- Makris, A., e Kapetanaki, A. (2022). Practice-based social marketing to improve well-being for people with intellectual disabilities. *Journal of Marketing Management*, 38, 1-25.
- Mckenzie-Mohr, D. (2000) Promoting sustainable behaviour: An introduction to community-based social marketing. *Journal of Social Issues*, 3, 543-554.
- Minayo, M. C. S. (2013) *O desafio da pesquisa social*. (33ª Ed.) Em Minayo, M. C. S. (Coord.) Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro, Brasil: Vozes.

- MISAU (2015) *Estratégia de comunicação para a mudança social e de comportamento para a prevenção da desnutrição em Moçambique 2015-2019*. Recuperado de <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Estrategia-Comunicacao-Dec2015.pdf>
- NSMC (2016) Social marketing benchmark criteria. Recuperado de www.thensmc.com.
- NSMC (2016) Recuperado de <https://www.thensmc.com/resources/showcase/psikenya-insecticide-treated-net-social-marketing-programme>
- Pickton, D. e Broderick, A (2005) *Integrated marketing communications* (2ª Ed.) London, England: Pearson Education Limited.
- Public Health England (2018) Improving people's health: applying behavioural and social sciences. *Public Health England*. London, England: PHE publications.
- Rabello, L. S. (2010). *Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Fiocruz
- Ramos, S. T. C. e Naranjo, E. S. (2014) *Metodologia de Investigação Científica*. Lobito: Angola. Escolar Editora
- Rodrigues, M. A. V. (2012) *O tratamento e análise de dados*. Em Silvestre, H. C. e Araújo, J. F. (Coords.) *Metodologia para a investigação social*. Lisboa, Portugal: Escolar Editora.
- Seale, C. (2002) *Media and Health*. London, England: Sage Publications.
- Snelling, A. (2014) Health promotion. Em Snelling, A. (Coord.) *Introduction to health promotion*. San Francisco, United States of America: A John Wiley & Sons, pp. 3-23.
- UNICEF (2010) *Pobreza Infantil e disparidades em Moçambique 2010*. UNICEF Moçambique. <http://www.unicef.org/mz/cpd/documents/Pobreza-infantil-2010.pdf>, acessado em 20 de Junho 2016.
- UNICEF (2014) *Situação da Crianças em Moçambique 2014*. UNICEF Moçambique. Recuperado de http://sitan.unicef.org/mz/files/UNICEF-SITAN-PT_WEB.pdf, acessado em 06 de Abril 2020
- UNICEF (2019). Situação nutricional em Moçambique. Recuperado de <https://www.unicef.org/mozambique/nutricao>, acessado em 02 de Janeiro 2021.
- Vilelas, J. (2009) *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa, Portugal: Edições Silabo
- Wallack, L. (2000) The Role of Mass Media in Creating Social Capital: A New Direction for Public Health. Em Smedley, B. D. e Syme, S. L (Coords.) *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Washington, United States of America: National Academy Press, pp. 337-366.
- Wymer, W. (2010) Rethinking the boundaries of social marketing: Activism or advertising? *Journal of Business Research*, 63, pp. 99-103.
- Wymer, W. (2015) Formulating Effective Social Marketing and Public Health Communication Strategies. Em Wymer, W (Coord.) *Innovations in social marketing and public health communication: improving the quality of life for individuals and communities*. Lethbridge, Canada: Springer, pp. 3-33.