



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MOÇAMBIQUE
Faculdade de Educação e Comunicação

AS ATITUDES E COMPORTAMENTOS DECORRENTES DA ACÇÃO DAS CAMPANHAS
DE PROMOÇÃO DE NUTRIÇÃO EM CRIANÇAS REALIZADAS PELA ORGANIZAÇÃO
NÃO-GOVERNAMENTAL SD JUNTO DA POPULAÇÃO DO DISTRITO DE MONAPO DA
PROVÍNCIA DE NAMPULA

Tese apresentada à Universidade Católica de Moçambique para obtenção do grau de Doutor em
Ciências da Comunicação, especialização em Comunicação e Marketing.

Por
Neusa Solange Barreiros da Silva Pereira

Nampula, Março de 2021



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MOÇAMBIQUE
Faculdade de Educação e Comunicação

AS ATITUDES E COMPORTAMENTOS DECORRENTES DA ACÇÃO DAS CAMPANHAS
DE PROMOÇÃO DE NUTRIÇÃO EM CRIANÇAS REALIZADAS PELA ORGANIZAÇÃO
NÃO-GOVERNAMENTAL SD JUNTO DA POPULAÇÃO DO DISTRITO DE MONAPO DA
PROVÍNCIA DE NAMPULA

Tese apresentada à Universidade Católica de Moçambique para obtenção do grau de Doutor em
Ciências da Comunicação, especialização em Comunicação e Marketing.

Por

Neusa Solange Barreiros da Silva Pereira

Sob orientação do Prof. Doutor Nuno Goulart Brandão

Nampula, Março de 2021

Resumo

Em Moçambique 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. 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. Portanto, 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. Deste modo, sendo este o presente objecto de estudo da presente tese de doutoramento, o objectivo geral consistiu em analisar 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. Para o cumprimento do objectivo geral, foram definidos três (3) objectivos específicos que em termos metodológicos corresponderam a três (3) fases de estudo para obtenção de dados, nomeadamente: i) analisar os conteúdos das campanhas propostas pela SD alusivas à prevenção da desnutrição crónica em crianças no distrito de Monapo; ii) analisar a perspectiva do coordenador e oficiais de desenvolvimento no processo de implementação das campanhas; e iii) avaliar as 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 e no contexto do paradigma interpretativo o estudo concentrou-se em três fases. A primeira fase é correspondente ao primeiro objectivo e realizou-se uma análise dos conteúdos das campanhas propostas pela SD. Esta pesquisa foi de carácter exploratório, que permitiu a obtenção de dados exploratórios e um conhecimento profundo sobre o processo de criação e planeamento das campanhas. Por conseguinte, na segunda fase do estudo, referente ao segundo objectivo da investigação, entendeu-se como pertinente apurar a percepção do coordenador do projecto e oficiais de desenvolvimento no processo de implementação dos programas de nutrição. Esta fase foi igualmente de carácter exploratório, para a obtenção de dados exploratórios. Por último, na terceira fase da investigação e alusiva ao terceiro objectivo em estudo, visou-se avaliar as atitudes e comportamentos das mães gestantes e mães de crianças com idades compreendidas entre os 0 e 5 anos face às campanhas propostas pela SD. Esta fase de natureza qualitativa possibilitou a obtenção de dados primários. Quanto aos principais resultados da presente investigação, estes 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, Comunicação Integrada de Marketing, Marketing Social, Promoção da Saúde.

Abstract

In Mozambique 43% of children aged 0 to 5 years old, moderate chronic malnutrition and 20% of children subjected to severe chronic malnutrition. Problems related to nutritional status are verified with greater incidence in rural areas of the country, especially in the northern zone, with greater emphasis on the provinces of Nampula and Cabo Delgado. Therefore, 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. Thus, this being the present object of study of this doctoral thesis, the general objective was to analyze the effectiveness of social marketing campaigns for the reduction of malnutrition rates in children in the district of Monapo proposed by a non-governmental organization, which for ethical and protection reasons, was used a fictional name SD. For the achievement of the general objective, three (3) specific objectives were defined, which in methodological terms corresponded to three (3) phases of study to obtain data, namely: i) to analyze the content of the campaigns proposed by SD alluding to the prevention of chronic malnutrition in children in the Monapo district; ii) analyze a perspective of the coordinator and development officials in the process of implementing the campaigns; and iii) to evaluate the attitudes and behavior of pregnant mothers and mothers of children from 0 to 5 years of age vis-à-vis the nutrition campaign. Thus, in a perspective of qualitative methodological approach and in the context of the interpretive paradigm, the study focused on three phases. The first phase corresponds to the first objective and an analysis of the contents of the proposals by the SD is carried out. This research was of an exploratory nature, which links the obtaining of exploratory data and a deep knowledge about the process of creating and related campaigns. Therefore, in the second phase of the study, referring to the second objective of the investigation, it was understood as pertinent to ascertain the perception of the project coordinator and development officer in the process of implementing nutrition programs. This phase was also exploratory in order to obtain exploratory data. For the third phase of the investigation and referring to the third objective under study, the aim was to evaluate the attitudes and behavior of pregnant mothers and mothers of children aged between 0 and 5 years old in relation to the campaigns proposed by SD. This qualitative phase made it possible to obtain primary data. As for the main results of the present investigation, they reveal a strong awareness of the norms about the risks associated with the problem, the benefits present in the ideal behavior and also in view of the clear will to follow in conformity with the behavior. However, contextual and environmental issues proved to be a major obstacle to the applicability of these behaviors.

Keywords: Communication, Integrated Marketing Communication, Social Marketing, Health Promotion.

Agradecimentos

À Deus, que na sua infinita bondade me deu forças para não desistir.

À minha família pelo amor, carinho e compreensão, em especial a minha mãe Antonieta da Silva e ao meu esposo António Pereira.

Ao Professor Nuno Goulart Brandão pela amizade, incansável apoio e profissionalismo no acompanhamento da Tese.

Um especial agradecimento ao Professor Martins Vilanculos Laita que sempre nos incentivou e tornou possível o programa de Doutoramento em Ciências da Comunicação.

Ao Professor Nelson Ribeiro pelo incentivo constante e palavras motivadoras.

A Professora Alice Nhamposse pelo carinho e encorajamento durante todo o percurso.

Ao Professor Nazir Ibraimo pela disponibilidade e ajuda para o término da Tese.

Ao coordenador e toda a sua equipe do projecto de saúde e nutrição de Monapo.

À Maria Luísa do Carmo Lobo, Estela Consula e Henriqueta Paulo, pela atenção, carinho e apoio na realização do estudo.

E, porque a omissão é inimiga da cortesia, um especial reconhecimento a todos que directa ou indirectamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Dedicatória

Ao meu querido e amado Pai, Manuel da Silva, eternamente vivo em memória.

*As mães moçambicanas, que com muito esforço, dedicação e perseverança, lutam todos os dias
pela saúde e sobrevivência dos seus filhos.*

A todas as crianças, que vítimas de desnutrição crónica, já não estão mais entre nós!

Índice

Introdução	12
Parte I. Quadro Conceptual	18
Capítulo I - A comunicação integrada de marketing e o seu papel na responsabilidade e marketing social	19
1.1 A comunicação integrada de marketing - estratégias, técnicas e acções.....	19
1.2 Da responsabilidade social ao desenvolvimento sustentável	31
1.3. A Responsabilidade social e o Marketing Social – relações de divergência e complementaridade	41
Capítulo II - Domínios de intervenção em marketing social	50
2.1 Do Marketing Comercial ao Marketing Social	50
2.2 Intervenção do marketing social nas mudanças comportamentais, problemas sociais e bem-estar da sociedade	55
2.3 Teorias, estratégias e modelos de intervenção em marketing social	69
Capítulo III - Intervenção do marketing social na promoção da saúde pública.....	82
3.1 A promoção da saúde pública e a comunicação das intervenções sociais.....	82
3.2 O marketing social como estratégia para a promoção da saúde pública, doenças, meio ambiente e mobilização comunitária.....	89
3.3. O papel das organizações não-governamentais em Moçambique no desenvolvimento de estratégias integradas indutoras de mudanças de hábitos e comportamentos das populações..	96
Parte II. Abordagens.....	104
metodológicas de Pesquisa.....	104
Capítulo IV - Metodologia	105
4.1. Enquadramento da pesquisa, objectivos e questão de investigação.....	107
4.2. Tipo de investigação.....	108

4.3. Participantes da Pesquisa	109
4.4. Métodos de Recolha de Dados	110
4.5. Método de tratamento e análise de dados	113
4.6. Descrição das fases de investigação.....	114
Fase 1: Análise dos conteúdos das campanhas propostas pela SD desde o início do programa geral	114
Fase 2: Perspectiva do coordenador e oficiais de desenvolvimento no processo de implementação das campanhas	115
Fase 3: Atitudes e Comportamentos da mães gestantes e mães de crianças dos 0 a 5 anos de idade face às campanhas de nutrição	117
4.7. Caracterização do local da investigação	118
4.8. Considerações éticas	120
4.9. Limitações do estudo.....	121
Parte III. Caso de Estudo.....	123
Capítulo V – Apresentação, análise e discussão dos resultados.....	124
5.1 Fase I - Desenho e conteúdo das Campanhas de Nutrição.....	124
5.2 Fase II - A perspectiva do coordenador e oficiais de desenvolvimento	136
5.3. Fase III – Atitudes e comportamentos das mães gestantes e mães de crianças dos 0 aos 5 anos de idade face às campanhas de nutrição.	148
5.4 Discussão dos resultados e resposta à questão de investigação	161
Conclusão.....	177
Referências Bibliográficas	182
Anexos.....	195
Anexo 1: Primeira Fase do Estudo - Documentos analisados.....	197
Anexo 2: Segunda Fase do Estudo - Transcrições das entrevistas feitas ao Gestor e Oficiais.....	213
Anexo 3: Terceira Fase do Estudo - Transcrições das Entrevistas feitas das mães.....	235

Índice de Figuras

Figura 1 - Composto da Comunicação	26
Figura 2 – Marketing Social Estratégico e Operacional	58
Figura 3 - Orientações para implementação de programas	68
Figura 4 - Modelo de pirâmide para analisar contribuintes para o problema de saúde pública....	94
Figura 5 – Núcleo temático 1 e suas subcategorias.....	138
Figura 6 – Núcleo temático 2 e suas subcategorias.....	141
Figura 7 – Núcleo temático 3 e suas subcategorias.....	144
Figura 8 – Núcleo temático 1 e suas subcategorias.....	150
Figura 9 – Núcleo temático 2 e suas subcategorias.....	154
Figura 10 – Núcleo temático 3 e suas subcategorias.....	158

Índice de Imagens

Imagem 1 - Manual para o treinamento de Voluntários	126
Imagem 2 – Exemplo sobre resultados de pesquisas realizadas pela organização	128
Imagem 3 – Cartaz sobre nutrição usado pela organização	130
Imagem 4 – Exemplo de álbuns seriados usados para sensibilização de mães/ Treinamento de agentes comunitários de saúde.	131
Imagem 5 – Mensagens-chave no aconselhamento direcionado e no momento certo	132
Imagem 6 – Exemplo de Menus criados	135
Imagem 7 – Tabelas de referência de peso	135

Índice de Quadros

Quadro 1 – Cartografia das teorias e abordagens da responsabilidade social das empresas	37
Quadro 2– Diferenças entre o marketing social e a responsabilidade social	47
Quadro 3 – Tipos de mudança de social por tempo e nível na sociedade	61
Quadro 4 - Critérios de referência de marketing social	64
Quadro 5 – Modelo de crença na saúde	71
Quadro 6- Categorias de comunicação	86
Quadro 7 - Corpus de análise Fase 1	115
Quadro 8 – Participantes do estudo Fase 2	116
Quadro 9 – Caracterização dos participantes do estudo Fase 3	118
Quadro 10 – Infraestruturas de saúde por tipo no Distrito e na Província.....	120
Quadro 11 – Veículos e meios	130
Quadro 12 – Acções de mudança desenvolvidas pela organização	132
Quadro 13 – Caracterização dos participantes do estudo – Fase 2	137
Quadro 14 – Caracterização dos participantes do estudo - Fase 3	149

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 até em países desenvolvidos, contrariando assim, o entendimento de alguns como um problema social característico de países do terceiro mundo com índices elevados de pobreza.

Nesta vertente, países em desenvolvimento, como Moçambique, têm reunido esforços na prevenção e redução de problemas de saúde e desnutrição ao nível das populações. Os índices elevados de subnutrição, especialmente em crianças, têm levado a cabo o desenvolvimento de diversas campanhas de sensibilização por parte do Estado moçambicano e organizações não-governamentais (ONG's). 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. Por outro lado, o índice elevado de subnutrição em crianças está estreitamente relacionado ao estado nutricional da mãe, tendo o seu início durante o período de gestação até ao de amamentação (Instituto Nacional de Estatística e Ministério da Saúde, 2012; UNICEF, 2017). Além disso, os índices de subnutrição no caso de Moçambique tendem a baixar mediante o nível de alfabetização das mães e a situação económica das famílias, sendo, portanto, verificáveis com maior incidência em famílias mais pobres e de pais com nível de alfabetização baixo (Instituto Nacional de Estatística e Ministério da Saúde, 2012).

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, 2017).

Com efeito, as ferramentas de comunicação, suas estratégias e acções podem em grande medida contribuir para a informação, sensibilização e consciencialização das populações. Sendo o estado nutricional das crianças influenciado e acompanhado fortemente pelas mães, estas poderão ser um importante vector de diminuição dos índices de desnutrição. 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.

As 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 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. 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; Fertman e Allensworth, 2010). Mais precisamente, como sustentado, “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” (Fertman e Allensworth, 2010, p. 205).

Complementarmente, as referidas constatações e justificando a pertinência do estudo, 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.

Ainda, ligado ao segundo ponto, e sendo um dos aspectos fundamentais por detrás da motivação para a realização desta Tese, é que num primeiro momento, estudos desta natureza, e os poucos realizados com base no contexto moçambicano, normalmente possuem o seu foco em variáveis de influência apenas psicológicas comportamentais ou estritamente ligadas ao campo da saúde e da doença. E, num segundo momento, são poucos os estudos realizados que integram estratégias de comunicação para a mudança de comportamentos e atitudes. Estudos nesta área, ao nível de Moçambique, são na maior parte de casos realizados por ONG's em pareceria com o Governo para a devida compreensão do problema ou definição de uma estratégia¹. Ou, por outro lado, envolvendo temas relacionados a outros problemas sociais².

Neste contexto, e no âmbito da presente investigação de doutoramento, 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 analfabeta, 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). Portanto, diante destas características e estando a decorrer o projecto de nutrição e saúde em

¹ Estudo realizado pela Save The Children (2007) sobre *Crenças, Atitudes e Práticas Sócio-Culturais Relacionadas com os Cuidados ao Recém-Nascido*; Estudo realizado pela UNSCN (2013) sobre a *Análise de Políticas Nacionais- Impacto dos sistemas agrícolas e alimentares na Nutrição*.

² Estudos de Edward et al (2007) sobre *Examining the evidence of under-five mortality reduction in a community-based programme in Gaza, Mozambique*; e Zandamela (2017) sobre *Comunicação e educação no contexto da epidemia de HIV/SIDA em Moçambique: o caso da Radio comunitária em Manhiça*.

Monapo, numa perspectiva qualitativa e no contexto do paradigma interpretativo, procuramos compreender as atitudes e comportamentos das mães de crianças com desnutrição crónica.

Assim, o presente estudo de doutoramento partiu da seguinte questão de investigação:

- 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?

Perante a definida questão de investigação seguiu-se como objectivo geral do estudo:

- Analisar a eficácia das campanhas de marketing social propostas pela SD para a diminuição dos índices de desnutrição em crianças do distrito de Monapo.

Acredita-se, portanto, que estudos desta natureza poderão constituir uma fonte importantíssima de informação tanto para os programas de nutrição em curso, como também como uma fonte de inspiração para futuras pesquisas. Deste modo, para o cumprimento do objectivo geral foram definidos três (3) objectivos específicos que em termos metodológicos corresponderam a três (3) fases de estudo para obtenção de dados, nomeadamente:

1ª - Analisar os conteúdos das campanhas propostas pela SD alusivas à prevenção da desnutrição crónica em crianças no distrito de Monapo.

2ª - Analisar a perspectiva do coordenador e oficiais de desenvolvimento no processo de implementação das campanhas

3ª - Avaliar as atitudes e comportamentos de mães gestantes e mães de crianças dos 0 aos 5 anos de idade face à campanha de nutrição.

Na primeira fase, correspondente ao primeiro objectivo, realizou-se uma análise dos conteúdos das campanhas propostas pela SD. Esta pesquisa foi de carácter exploratório, que permitiu a obtenção de dados exploratórios e um conhecimento profundo sobre o processo de criação e planeamento das campanhas. O nosso objectivo prendeu-se em apurar a percepção e o processo comunicacional proposto, desde o seu início, do programa geral desenvolvido pela SD para a prevenção da desnutrição crónica em crianças no distrito de Monapo.

Por conseguinte, na segunda fase do estudo (ligado ao segundo objectivo de investigação)

julgamos pertinente apurar a percepção do coordenador do projecto e oficiais de desenvolvimento no processo de implementação dos programas de nutrição. Esta fase foi igualmente de carácter exploratório, para obtenção de dados exploratórios. E permitiu-nos ter um conhecimento aprofundado sobre as dificuldades no processo de implementação do programa e adquirir uma opinião mais pormenorizada sobre quais os melhores meios e estratégias de comunicação condizentes com as características do público-alvo.

Por último, na terceira fase da investigação, correspondente ao terceiro objectivo em estudo, nos propusemos a avaliar as atitudes e comportamentos das mães gestantes e mães de crianças com idade compreendida entre os 0 e 5 anos face às campanhas propostas pela SD. Esta fase de natureza qualitativa possibilitou a obtenção de dados primários. Portanto, após a análise que nos propusemos nas fases 1 e 2 e os resultados frutíferos que acreditamos ter obtido, esta terceira fase nos permitiu um conhecimento aprofundado sobre as percepções e respostas (mediante atitudes e comportamentos) das mães em relação às campanhas, respondendo assim sobre a eficácia dos programas ao nível da mudança comportamental.

Compreendendo uma base teórica e estudos empíricos referenciados, a presente Tese de doutoramento está estruturada em três (3) partes principais. Na Parte I, alusiva ao Quadro Conceptual da Tese são apresentados três (3) capítulos teóricos com as temáticas (1) a comunicação integrada de marketing e o seu papel no marketing e responsabilidade social, em que num primeiro momento destacamos as diferentes estratégias, técnicas e acções de comunicação integrada de marketing; de seguida apresentamos o conceito de responsabilidade social (RS) e a sua evolução ao desenvolvimento sustentável e, por fim, é apresentada uma reflexão sobre as relações de divergência e complementaridade entre a RS e o marketing social.

No segundo capítulo teórico (2), referente aos domínios de intervenção do marketing social, dedicamos um olhar sobre os principais conceitos do marketing e, por conseguinte, do marketing social; de seguida propomos uma discussão em torno do marketing social e a sua função como ferramenta estratégica de intervenção para resolução de problemas sociais; e por fim, as diferentes abordagens de autores sobre as principais teorias e modelos de mudança comportamental, suas vantagens e desvantagens em termos de aplicabilidade e o papel desempenhado por cada uma delas no combate de problemas sociais.

Ainda, ligado ao quadro conceptual, no terceiro capítulo (3) apresentamos uma reflexão em torno da intervenção do marketing social na promoção da saúde pública em que destacamos o conceito de promoção de saúde e o papel da comunicação nas intervenções sociais; reflectimos sobre o papel do marketing social como estratégia para a promoção da saúde pública, doenças, meio ambiente e mobilização comunitária; e, por fim, o papel das organizações não-governamentais em Moçambique no desenvolvimento de estratégias integradas indutoras de mudanças de hábitos e comportamentos das populações.

A Parte II da Tese diz respeito às abordagens metodológicas de pesquisa, onde apresentamos uma descrição detalhada que parte da caracterização de como e onde foi realizado o estudo, o paradigma de investigação, os participantes do estudo, os métodos de recolha e análise dos dados mediante as fases de investigação, as questões éticas consideradas e as limitações do estudo.

Na Parte III da tese apresenta-se o Caso de Estudo, onde está evidenciada a apresentação, análise e discussão dos resultados. Nesta parte, estruturada em categorias de estudo, colocamos a apresentação e análise por fases de estudo. No final, está colocada a discussão dos resultados e resposta à questão de investigação onde são apresentadas a análise aos principais resultados em cada fase do estudo, e que, são sistematizadas e sustentadas com os seus dados exploratórios e primários, bem como com uma atitude reflexiva face à revisão de literatura abordada no quadro conceptual da presente tese de doutoramento.

Por fim, apresenta-se a conclusão da Tese, onde se destacam as contribuições do estudo e as principais pistas evidenciadas para futuras investigações.

Parte I. Quadro Conceptual

Capítulo I - A comunicação integrada de marketing e o seu papel na responsabilidade e marketing social

1.1 A comunicação integrada de marketing - estratégias, técnicas e acções

A intensificação da competitividade na área dos negócios nos últimos anos tem suscitado uma busca incessante por novas formas de atuação e estratégias que garantam melhor resposta aos interesses e necessidades dos consumidores. A área de comunicação e a sua característica multidisciplinar envolvendo áreas de especialização como o marketing, as relações públicas, a comunicação social, entre outras permitem o desenvolvimento de propostas de forma integrada, gerando uma grande vantagem competitiva e distinção da marca de determinada organização no mercado.

Não obstante, a implementação de novas formas de actuação na área de comunicação, constitui não apenas um diferencial para as organizações lucrativas como também para as organizações orientadas para as causas sociais. As organizações que transaccionam produtos essencialmente intangíveis e relacionados com a mudança comportamental dos indivíduos enfrentam por um lado desafios maiores, e requerem por outro, a definição de estratégias, ferramentas e técnicas de comunicação que respondam de modo eficiente aos seus objectivos e metas.

É incontestável a relevância de se propor ao nível das organizações um modelo de comunicação integrada de marketing (CIM). Portanto todo o processo comunicacional dentro das organizações deve ser proposto de forma combinada e unificada de modo a que se espelhe em todas as suas acções (Ogden e Crescitelli, 2007; Gomes, Neto e Pasquale, 2012; Kotler e Keller, 2012). Entretanto, a união sinérgica de todos os departamentos (marketing, relações públicas, publicidade, etc.) deve garantir que a emissão das mensagens não seja conflituante e chegue ao consumidor de modo claro e preciso (Ogden e Crescitelli, 2007).

Nesta perspectiva, o princípio que determinado produto ou serviço assume um papel distintivo na mente do consumidor quando as mensagens emitidas são precisas, concisas e consistentes (Ogden e Crescitelli, 2007), deve levar à criação e implementação de programas de comunicação integrada de marketing. O que no final permitirá que as empresas, ao proporem as suas comunicações de marketing, o poderão fazer sem buscar recursos aos clientes ou às suas

necessidades para a criação e ajuste do mix promocional (Kitchen, Schultz, Kim, Han e Li, 2004).

Portanto, a comunicação integrada de marketing é vista como uma área de intervenção que possibilita a comunicação eficaz com os clientes propondo informações relevantes sobre os produtos e serviços de determinada marca. As comunicações de marketing são a voz da empresa e representam uma ferramenta essencial de posicionamento da marca de determinada empresa, na construção de relacionamentos duradouros com o cliente, no impulsionamento das vendas, destaque da marca e criação do *brand equity* (Kotler e Keller, 2012; Keller, 2009).

Por outro lado, Schultz (1993, p. 9, cit. em Schultz e Kitchen, 1997) destaca:

A comunicação integrada de marketing é um conceito de planeamento de comunicação de marketing que reconhece o valor agregado de um plano abrangente que avalia os papéis estratégicos de varias disciplinas de comunicação (por exemplo, publicidade geral, resposta directa, promoção de vendas, e relações públicas) e combina essas disciplinas para fornecer clareza, consistência e máximo impacto nas comunicações (p.9)

Entretanto, são vários os autores que discutem sobre o conceito de comunicação integrada de marketing. Kliatchko (2008) e Schultz e Kitchen (2004) ao analisarem o conceito de CIM e a sua aplicação prática nas organizações propõem uma redefinição do seu escopo e programas. Portanto, examinaremos previamente os pilares ligados ao conceito de CIM propostos por Kliatchko (2008) e posteriormente dedicaremos um olhar atento à proposta do novo guarda-chuva corporativo proposto por Schultz e Kitchen (2004).

Assim, Kliatchko (2008) destaca que a comunicação integrada de marketing representa uma ferramenta de gerenciamento estratégico de quatro (4) pilares (stakeholders, conteúdos, canais e resultados) inerente ao processo de negócio e essencialmente centrado na audiência. Neste novo conceito, o autor acrescenta um novo pilar da comunicação integrada de marketing, o conteúdo. Portanto, no primeiro pilar (stakeholders) o autor destaca que ao nível do CIM é crucial que os gestores de marketing se centrem tanto nos públicos internos como nos externos.

Aliás, a importância peculiar do CIM está no direcionamento de suas acções para todos os públicos-alvo de uma organização (Pickton e Broderick, 2005). Assim, a valorização dos

stakeholders internos pode contribuir para a motivação e a construção de uma consciência orientada para o cliente, que no final permitirá à empresa um conhecimento abrangente sobre as necessidades, desejos, expectativas, comportamentos de compra dos stakeholders externos e uma resposta adequada a tais anseios (Kliatchko, 2008).

Em contrapartida, a seleção e a centralidade da audiência deve igualmente considerar e estabelecer uma diferença entre os consumidores finais e compradores de serviços e produtos. Nem sempre os compradores e usuários são a mesma pessoa, o que torna fundamental orientarmos as comunicações de marketing para estas duas audiências. Pois os usuários poderão desempenhar igualmente o papel de influenciadores e levar não só a um maior destaque da marca como também à efectivação da compra (Pickton e Broderick, 2005).

Consecutivamente, encontramos o nível relacionado ao conteúdo. Neste nível enfatiza-se a importância de criar mensagens atractivas que possam captar a atenção do público. A presença das novas tecnologias tornou o consumidor mais consciente, activo e com maior controle sob o processo de exposição às mensagens e de compra, requerendo assim uma escolha mais cautelosa dos canais e conteúdos a serem emitidos (Kliatchko, 2008; Keller, 2009).

Este aspecto está intimamente ligado ao que nos referimos no pilar anterior (stakeholders). O destaque da marca na mente do consumidor, irá ditar o grau de receptividade às mensagens emitidas. E todas as actividades corporativas, de marketing e de comunicações de marketing possuem dimensões comunicacionais que enviam mensagens importantes para o consumidor. Mais precisamente, que todos os elementos da identidade de uma empresa, as acções do marketing mix e a forma como são gerenciadas as estratégias de relacionamento irão influenciar significativamente na percepção da marca e na interpretação das mensagens (Duncan e Moriarty, 1998; McGrath, 2005).

Eagle e Kitchen (2000) destacam que “a CIM oferece a promessa de se tornar uma ferramenta estratégica para ajudar a garantir a sinergia e a consistência das mensagens, independentemente do veículo de comunicação usado para entregar” (p. 669). Entretanto, a escolha dos canais ou veículos de comunicação constitui um aspecto decisivo para que os públicos se exponham às mensagens. No canal, terceiro pilar, Kliatchko (2008) enfatiza a importância do estudo da

audiência e das suas preferências para que se possa escolher o melhor canal de comunicação e assim garantir que a mensagem chegue ao nosso público.

Outrora, o fraco número de canais de comunicação não exigia das empresas abordagens integradas. Os consumidores dedicavam a sua atenção a canais como a televisão e se expunham mais facilmente às mensagens (Smith e Zook, 2011). Atualmente, com a enorme diversidade de canais e com a presença bastante enraizada dos meios digitais, o consumidor se encontra numa posição de maior liberdade na exposição das mensagens (Kliatchko, 2008; Keller, 2009). Portanto, a não identificação de canais eficientes e capazes tornará o conteúdo, por mais atractivo que seja, irrelevante. É crucial compreender quais os veículos de informação preferenciais e mais acessíveis ao consumidor (Kliatchko, 2008).

Por último, o quarto pilar diz respeito aos resultados. A mediação de resultados representa um factor fundamental do conceito de CIM, embora ainda munido de enormes desafios (Kliatchko, 2008). Num estudo sobre a comunicação integrada de marketing em agências de publicidade dos Estado Unidos, Schultz e Kitchen (1997) perceberam que um dos grandes desafios dos gestores era a medição das acções de CIM. Dezassete (17) anos mais tarde, num estudo na Asia, Schultz e Kliatchko (2014), embora num contexto diferente, verificaram igualmente barreiras semelhantes e a dificuldade no estabelecimento de métodos adequados para a medição da eficácia das acções.

Com efeito, medir os resultados poderá fornecer respostas das contribuições das acções do CIM sobre o retorno do investimento da empresa, valorização da marca e sobre quais são mais lucrativos junto dos clientes (Kliatchko, 2008). No entanto, apesar das escassas evidências e estudos empíricos na área, Reid (2005) e Duncan e Moriarty (1998) destacam que as acções de comunicação integrada de marketing e um modelo de comunicação baseado no marketing de relacionamento pode contribuir para a valorização da marca por parte do cliente (Yong Shin, 2013) e com isso contribuir para o desempenho empresarial.

Conforme observado anteriormente, iremos de seguida refletir sobre o novo guarda-chuva corporativo proposto por Schultz e Kitchen (2004). Os autores apresentam em seu artigo uma análise sobre o livro de Handy “The empty raincoat” e à luz desta metáfora propõem uma

reformulação nos programas de comunicação corporativa, chamando-o de o novo “guarda-chuva corporativo”. Propõem assim oito (8) elementos fundamentais que deverão ser abrangidos pelo “guarda-chuva corporativo”.

O primeiro elemento é a interactividade. Esta se centra exactamente em ouvir dos públicos (consumidores, parceiros, fornecedores, etc.) através de meios digitais, seus problemas, necessidades, pedidos, etc. As empresas anteriormente limitavam-se a emitir mensagens para os clientes sem se preocuparem com o que estes tinham a dizer. Atualmente há a necessidade de implementação de um modelo de sentir-adaptar-responder (Schultz e Kitchen, 2004). “A transparência, a interatividade e a memória da internet obrigam a organização a adotar uma atitude proactiva-reactiva na comunicação online e a combinar consistência e continuidade com flexibilidade e customização” Gurău (2008, p. 180).

O terceiro elemento proposto por Schultz e Kitchen (2004) é a adopção de uma abordagem integrada. Pela nova dinâmica do mercado, as empresas precisam rever seus processos e mudar sua estrutura e forma de operar. Portanto, torna-se fundamental a integração de todos os departamentos com vista a melhorar o relacionamento com o cliente, a resposta eficiente e a ênfase em abordagens digitais. Ainda, é crucial que se mude o modelo de comunicação com o cliente. No passado, as empresas limitavam-se a emitir mensagens para os clientes sem se preocuparem com o que estes tinham a dizer. As empresas devem assim procurar informações do que os clientes precisam, de seguida adaptarem-se de modo a conseguirem responder a tais necessidades para finalmente proverem, seja com produtos ou serviços, as necessidades dos clientes.

Todas as empresas, pela dinâmica do mercado estão a tornar-se globais. Há uma exigência implícita por parte do consumidor que as empresas implementem em suas estratégias o *marketing global* (Schultz e Kitchen, 2004). A estratégia de marketing global tem um papel importante para a eficácia da empresa e para a sua performance no mercado global (Zou e Cavusgil, 1996). Gould, Lerman e Grein (1999, destacam que o marketing global integrado “oferece a possibilidade de gerenciar comunicações globais de maneira contingente, compatível com o ambiente de promoção específico de cada agência (e cliente)” (p. 18). Portanto, torna-se necessário o rompimento de barreiras culturais, linguísticas e fronteiriças para que se possa

sentir, adaptar e responder de forma dinâmica aos clientes (Schultz e Kitchen, 2004).

Outro elemento não menos importante são os *valores intangíveis*. Cada vez mais o valor de uma organização é medido pela sua marca, o *know-how*, a capacidade dos recursos humanos, patentes, propriedades intelectuais, etc. Os gestores de comunicação devem reunir esforços e possuir capacidades de passar os valores intangíveis da organização para os accionistas, funcionários e toda a comunidade financeira (Schultz e Kitchen, 2004).

O *valor para o cliente* constitui na atualidade a preocupação central das organizações. Igualmente tido como um dos elementos cruciais propostos por Schultz e Kitchen (2004), estes destacam que os gestores de organizações precisam preocupar-se em fidelizar clientes oferecendo um valor superior e fazendo pesquisas sobre a opinião dos stakeholders externos. O conceito de valor não é novo, tendo surgido em 1990 e representando desde essa altura um aspecto fundamental para o destaque da marca e para a diferenciação na oferta de produtos e serviços (Grönroos, 1997).

De seguida temos o sexto (6º) elemento, *Alianças e Afiliações*. Os gestores de comunicação são chamados a enfrentar um novo desafio, o de assessoria aos gestores da organização na gestão de relações nos eventuais estabelecimentos de parcerias, fusões, afiliações, alianças, etc. Portanto, os gestores já não possuem somente em mãos a liderança das organizações, como também têm a gestão dos relacionamentos complexos e desafiantes. Relacionado a este encontramos o penúltimo elemento - *Liderando com a comunicação* - em que os autores destacam a importância da comunicação para o gerenciamento de todo o processo organizacional, representando tanto um instrumento fundamental de dialogo assim como de medição das acções organizacionais (Schultz e Kitchen, 2004).

Por último, a construção de uma *marca corporativa* é crucial para a criação de raízes fortes no mercado e para o posicionamento na mente do consumidor. Marcas fortes têm a possibilidade de obterem maior vantagem em relação às concorrentes e de maior sucesso nos negócios, entretanto, a criação de uma marca corporativa exige esforços de marketing maiores e exige do gestor de comunicação habilidades exclusivas para fazer face a tais desafios (Schultz e Kitchen, 2004).

Um dos aspectos que demanda de modo derradeiro as acções de comunicação integrada de marketing é que “à medida que as comunicações se transformam em experiências do cliente, todas as comunicações precisam ser integradas para fornecer uma experiência consistente” (Smith e Zook, 2011, p. 4).

Deste modo, para o planeamento de CIM é crucial o desenvolvimento da estratégia geral que servirá de orientação para o gestor. A estratégia envolverá uma descrição detalhada sobre as características do consumidor, a adequação do produto ou serviço, a compreensão dos concorrentes, a compreensão do produto pelo consumidor, as vantagens competitivas, os objectivos das acções e o planeamento a longo prazo (Ogden e Crescitelli, 2007). “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, a comunicação integrada de marketing reúne um conjunto de técnicas e meios que posteriormente se refletirão na estratégia geral. São diversos os autores que fazem menção a variados conjuntos de técnicas e disciplinas da comunicação que devem ser propostos de modo integrado para o alcance ideal de todo o processo da comunicação organizacional (Ogden e Crescitelli, 2007; Kotler e Keller, 2012; Lendrevie, Lévy, Dionísio e Rodrigues, 2015; Kotler e Keller, 2013; Lupetti, 2007; Kunsch, 2003; Lendrevie, Baynast, Dionísio e Rodrigues, 2010; Gomes, Neto e Pasquale, 2012; Pikton e Broderick, 2005).

Neste contexto Ogden e Crescitelli (2007) propõem cinco (5) grupo principais de técnicas de CIM, em que no eixo vertical encontram-se as *massificadas* (que têm o seu foco num número elevado de consumidores) e *segmentadas* (abarcam um número pequeno de consumidores); e no eixo horizontal as *tradicionais* (modalidades clássicas de comunicação), *complementares* (modalidades relativamente menos usadas mas igualmente fundamentais para a emissão de mensagens) e *inovadoras* (novas e modernas formas de comunicação).

De seguida, identificam-se as técnicas que fazem parte de cada grupo e as suas características principais. Kunsch (2003) destaca que a comunicação integrada representa uma área que totaliza todo um conjunto de outras áreas e todas estas áreas compõem o mix de comunicação.

Deste modo, diferente de Ogden e Crescitelli (2007), Kunsch (2003), Lupetti (2007) e Gomes, Neto e Pasquale (2012), como mostra a figura abaixo, agrupam as técnicas em áreas que formam a comunicação organizacional: a comunicação institucional; comunicação administrativa; comunicação interna; e comunicação mercadológica.

Figura 1 - Composto da Comunicação



Fonte: Kunsch (2003, p. 151)

Consecutivamente, alguns autores as destacam de modo geral. Portanto, Lendrevie, Lévy, Dionísio e Rodrigues (2015) evidenciam como técnicas de comunicação integrada de marketing a força de vendas, publicidade, marketing directo, relações públicas, patrocínio e mecenato, promoção, *merchandising* e comunicação digital. Por outro lado, encontramos ainda outras técnicas como a propaganda, eventos e experiências, marketing interativo e boca-a-boca (Kotler e Keller, 2012; Kotler e Keller, 2013), a embalagem, exposições e feiras, vendas pessoais e gerenciamento de vendas, e a promoção de vendas, *merchandising* e ponto de venda como técnica única (Pikton e Broderick, 2005).

Assim, a classificação das técnicas e meios de comunicação integrada de marketing é proposta de modo diferente entre os autores. Alguns autores as classificam em grupos, outros as

relacionam e conciliam em termos de aplicabilidade prática. Portanto, à luz das abordagens dos autores acima mencionados e pelo elevado número de técnicas de CIM, abordaremos de modo geral sobre as características de cada uma delas e sobre a sua importância no processo de reforço da mensagem.

i) As Relações Públicas

Parte da comunicação institucional (Kunsch, 2003; Lupetti, 2007; Gomes, Neto e Pasquale, 2012) e caracterizam-se principalmente por gerarem uma boa relação com os diversos stakeholders (Pikton e Broderick, 2005), elevarem a imagem da marca e organização, criarem notoriedade e estimularem a participação e mobilização dos públicos. É vista por alguns autores como uma técnica aplicada em conjunto com a *Publicidade* (Kotler e Keller, 2012; Kotler e Keller, 2013; Lupetti, 2007).

A publicidade e relações públicas constituem igualmente uma técnica tradicional e quase sempre são executadas pelo mesmo profissional. A publicidade assume o mesmo objectivo que a propaganda, entretanto com menos custos e com melhor reputação do ponto de vista do consumidor (Ogden e Crescitelli, 2007).

ii) Jornalismo empresarial

O jornalismo empresarial, pertencente à área de comunicação institucional (Kunsch, 2003; Lupetti, 2007; Gomes, Neto e Pasquale, 2012), foi concebido para a criação de materiais jornalísticos pertencentes à organização. Representa assim uma ferramenta complementar e importante das áreas de relações públicas e propaganda.

iii) Assessoria de imprensa

De abordagem diferente em relação ao jornalismo empresarial, a assessoria de imprensa serve de intermédio nas relações entre a organização, seus públicos, a opinião pública e a sociedade em geral. Esta faz parte da comunicação institucional (Kunsch, 2003; Lupetti, 2007; Gomes, Neto e Pasquale, 2012) e serve-se da media impressa, eletrónica e internet para o desempenho de suas funções.

iv) Editoração multimídia

Igualmente de natureza institucional (Kunsch, 2004; Lupetti, 2007; Gomes, Neto e Pasquale, 2012), a editoração multimídia é uma ferramenta importante com interfaces digitais que permite a criação e edição de produtos comunicacionais de forma flexível. Trabalha tanto com produtos impressos assim como digitais.

v) Propaganda

A propaganda, por vezes confundida e tida como sinónimo de publicidade (Lupetti, 2007) é uma técnica de natureza mercadológica (Kunsch, 2003; Gomes, Neto e Pasquale, 2012) e tem como objectivo principal a promoção de produtos e serviços com impacto directo sobre as vendas. Esta é uma técnica tradicional, de característica massificadora e permite emitir informações e persuadir o público-alvo através de meios como a televisão, rádio, outdoors, jornais, entre outros (Ogden e Crescitelli, 2007).

vi) Marketing social

Parte integrante da comunicação institucional (Kunsch, 2003; Lupetti, 2007; Gomes, Neto e Pasquale, 2012) usa técnicas de marketing comercial para a promoção de ideias e produtos sociais com vista à mudança de comportamento. Acredita-se que cabe à área de comunicação social, no papel das relações públicas, o desempenho das funções de marketing social (Lupetti, 2007). Entretanto são inúmeras as divergências sobre este conceito, sobre a autonomia da área e sobretudo sobre a sua aplicabilidade. Deixamos assim esta reflexão para os seguintes capítulos.

vii) Marketing cultural

É também visto como parte integrante da comunicação institucional (Kunsch, 2003; Lupetti, 2007; Gomes, Neto e Pasquale, 2012) e dedica-se à promoção e destaque de projectos que têm em vista a valorização da cultura.

viii) Promoção de vendas

A promoção de vendas, de característica tanto massificadora assim como segmentada, permite estimular a compra e parte do princípio que o comprador pode ser o consumidor final, intermediário ou pertencente à equipe de vendas (Ogden e Crescitelli, 2007). É

uma técnica da comunicação mercadológica (Kunsch, 2003; Lupetti, 2007; Gomes, Neto e Pasquale, 2012) e as suas “técnicas incluem: vales-brindes; concursos; premiações; ofertas; descontos; liquidações; remarcações; cuponagem; brindes; bônus; competições; sorteios; entre outros” (Gomes, Neto e Pasquale, 2012, p. 15).

ix) Marketing directo

O marketing directo envolve técnicas de comunicação personalizadas com o consumidor, comportando abordagens como a mala directa, telemarketing, venda directa, etc. (Ogden e Crescitelli, 2007). Este é abrangido pelo escopo da comunicação mercadológica (Kunsch, 2003; Lupetti, 2007; Gomes, Neto e Pasquale, 2012). Entretanto, pode ser denominado por *marketing directo e interactivo* (Kotler e Keller, 2013).

x) Venda pessoal

“A venda pessoal é a ferramenta mais eficaz nos estágios mais avançados do processo de compra” (Kotler e Keller, 2013, p.526) Permite a proximidade entre o vendedor e consumidor, envolvendo maior interação e uma resposta quase imediata do consumidor.

xi) Merchandising

Corresponde às estratégias de colocação e exposição do produto no ponto de venda. O *merchandising*, de natureza mercadológica, constitui uma poderosa técnica de marketing que permite captar a atenção de atuais e potenciais clientes em relação a determinado produto. Se bem proposto permite às empresas um destaque competitivo em relação aos concorrentes (Ogden e Crescitelli, 2007; Kunsch, 2003; Lupetti, 2007; Gomes, Neto e Pasquale, 2012).

xii) Patrocínio

O patrocínio constitui uma técnica tradicional que se tornou, atualmente, uma tendência e tem garantido grande destaque às marcas e simpatia do consumidor (Ogden e Crescitelli, 2007). É essencialmente uma técnica de posicionamento que pode, por vezes, ter objectivos de alcance global dos públicos. Pode ainda assumir também a denominação de *Patrocínio e Mecenato* (Lendrevie, Lévy, Dionísio e Rodrigues, 2015).

Por outro lado, os autores destacam as técnicas complementares como o *product placement* (publicidade de produtos em programas de televisão e erroneamente confundido com *merchandising*); acções cooperadas com o trade (campanhas de comunicação que envolvem tanto o fabricante assim como varejista); marketing digital (uso de recursos digitais e meios online); eventos (como feiras, seminários, workshops, espectáculos, entre outros, para divulgação da marca); folhetos/catálogos e o marketing de relacionamento (Ogden e Crescitelli, 2007).

Por último, encontramos as técnicas inovadoras como o *advertainment* que surge dos conceitos de *advertising* (propaganda) e *entertainment* (entretenimento). E, como o próprio nome o diz, conjuga mensagens em actividades de entretenimento de forma a criar mais destaque e chamar a atenção do consumidor; marketing viral (tradução da comunicação boca a boca em ambiente digital) e o buzzmarketing que se assemelha e por vezes é confundido com o marketing viral, mas que se diferencia pelo facto do marketing viral ocorrer apenas pela internet (Ogden e Crescitelli, 2007).

Nesta vertente, as estratégias, técnicas e acções resultantes da comunicação integrada de marketing revelam-se cruciais para a comunicação de actividades como de responsabilidade social e o marketing social. Ainda que, comunicar actividades de responsabilidade social segundo Menon e Khan (2001) é de certo modo desafiador pois, por um lado, as partes interessadas exigem que as acções das empresas sejam reveladas em relatórios e meios de comunicação, mas por outro, ao comunicarem de forma constante, esse mesmo consumidor percebe tais acções como uma forma de manipulação e promoção da imagem institucional. Entretanto, o uso de técnicas e estratégias da CIM parecem-nos essencialmente adequadas e de um contributo sem precedentes para as actividades de responsabilidade social e marketing social.

Com as suas acções voltadas para as necessidades e desejos do consumidor, estimulam o processo de decisão de compra (que no caso da responsabilidade social e marketing social seria a adesão das causas sociais por parte do público-alvo), a valorização da marca e a criação de valor para cliente. Assim, a comunicação integrada de marketing representa uma estratégia útil para que todo o processo de comunicação entre o emissor e o receptor seja orientado,

minuciosamente, de acordo com as características do receptor e numa permanente perspectiva de criação de relacionamentos a longo prazo.

Neste sentido, nos subtemas a seguir trazemos as diferentes perspectivas dos autores sobre a responsabilidade social, onde destacamos o grande papel que esta área desempenha para as organizações, para a sociedade e seu inerente desenvolvimento sustentável. Portanto, é apresentado o surgimento histórico da responsabilidade social e o papel que esta desempenha para a prossecução dos objectivos de sustentabilidade. Por conseguinte, no terceiro subtema buscamos as principais diferenças e semelhanças entre as áreas de responsabilidade social e marketing social, onde analisamos as diversas abordagens de autores numa tentativa de compreensão sobre as suas relações de divergência e convergência.

1.2 Da responsabilidade social ao desenvolvimento sustentável

A responsabilidade social (RS) tem sido atualmente uma das preocupações centrais no seio organizacional. Com as suas acções que orientam e abrangem tanto o meio interno organizacional assim como a postura consciente das instituições no mercado, há uma garantia de preservação e exploração responsável dos recursos naturais bem como a busca pela equidade e crescimento social.

Com os enormes problemas sociais e dificuldades que as sociedades enfrentam, a responsabilidade social corporativa representa um meio pelo qual as grandes corporações podem restituir, ainda que em pequena escala, o que tiram das sociedades. Entretanto, o conceito de RS tem sido desde o início fonte de discussões e controvérsias. Poderíamos assim afirmar que o conceito é de certo modo um paradoxo porque se, por um lado, as acções que dele advém beneficiam a sociedade, por outro, favorecem grandemente as corporações criando destaque da marca e proporcionando um diferencial competitivo.

Neste contexto, é esta reflexão de ideias em torno do conceito que leva grande parte dos autores a problematizarem se a RS é na verdade uma ferramenta que se destina ao benefício único da sociedade ou apenas uma ferramenta estratégica empresarial de posicionamento de marca. Numa outra vertente, a responsabilidade social e a aplicabilidade de suas acções é deveras

complexa e um aspecto de certa forma preocupante para as organizações que as implementam. São enormes os requisitos e os públicos os quais a empresa deverá abranger se quiser aplicar ferramentas de RS como a literatura assim o sugere.

Assim, para compreendermos melhor todas as abordagens e críticas ligadas à responsabilidade social seguimos uma revisão dos principais marcos históricos que levaram ao seu surgimento e as diferentes percepções de autores sobre o seu conceito. Serão ainda igualmente evidenciados neste subtema, as diferentes teorias basilares que estiveram directamente ligadas ao conceito e o seu papel fundamental para o desenvolvimento sustentável.

O surgimento da responsabilidade social está associado a eventos históricos de centenas de anos atrás (Carrol, 2008). Com o desenvolvimento, principalmente económico, durante a revolução industrial há um leve despertar da sociedade sobre questões éticas de trabalho e do papel das grandes corporações. Portanto, questões como a ética empresarial, obrigações legais das empresas, preservação ambiental, responsabilização das empresas, entre outras, começam a tornar-se o centro das discussões. “A integração da ética no discurso da gestão, assim como a assunção (pelo menos, prolixamente expressa) de responsabilidades sociais por parte das empresas, constituem duas das mudanças mais significativas ocorridas nas últimas décadas” (Rego, Cunha, Costa, Goncalves e Cardoso, 2007, p. 42).

Neste contexto, as primeiras manifestações do que é atualmente a responsabilidade social tiveram início na década de 50 do século XX com mais ênfase nos Estados Unidos da América e na Europa (Carrol, 2008; Almeida, 2010; Hoffman, 2007; Nunes, 2004; Bakker, Groenewegen e Hond, 2005). Marcando assim o percurso moderno da responsabilidade social, este período foi caracterizado pelo rápido desenvolvimento da área comercial e um leve despertar da consciência dos homens de negócio, da necessidade de apoio e de doações às comunidades (Carrol, 2008).

No entanto, apesar de a década de 50 ter marcado o início da responsabilidade social, alguns eventos históricos anteriores podem ser considerados como marcantes para a sua história. Durante a revolução industrial, algumas questões trabalhistas começam a ser levantadas (Carrol, 2015; Neves, 2008) suscitando assim uma abordagem responsável e filantrópica por parte dos

gestores de corporações que viram na área social uma oportunidade de legitimação de suas corporações perante a sociedade (Hoffman, 2007).

Em grande parte da Europa, uma mudança significativa na demografia humana e na vida profissional humana veio com o advento da revolução industrial, à medida que os pobres do campo se dirigiam para as cidades em busca de trabalho. Esse aumento maciço da vida urbana facilitou os problemas de superlotação e doenças, trabalho infantil, condições de trabalho perigosas e matérias-primas produzidas pelo trabalho escravo. A industrialização provocou agitação civil e informações sobre a exploração humana estimularam vários movimentos de reforma (Dillard e Murray, 2013, p.16).

O início do séc. XIX foi marcado pela escassez económica, tornando assim as corporações norte americanas numa perseguição desenfreada pelo lucro e progresso. O capitalismo era então defendido por muitos e as “obrigações sociais das empresas incluíam a ética do lucro, o progressismo e o evangelho da riqueza” (Hoffman, 2007, p. 57). Assim, a ética empresarial, o equilíbrio económico e o desenvolvimento social começam a tornar-se a preocupação central da sociedade (Hoffman, 2007) e colocam os «robber-barons», os barões ladrões, numa posição de benfeitores e filantropos (Neves, 2008; Carrol, 2018).

Estes empresários, apesar de hoje mencionados maioritariamente pelas suas boas acções, eram de conduta duvidosa e notáveis pelas suas destrezas manipulativas. É evidente que o início de movimentos sociais de pressão, as questões de género e protecção da mulher, a protecção dos trabalhadores, entre outros, estiveram por detrás das acções filantrópicas da época. Entretanto, é difícil afirmar com convicção se as acções de humanitarismo se destinavam ao benefício da sociedade ou dos negócios (Carrol, 2015; Carrol, 2018; Neves, 2008).

Mais adiante, a década de 50 do século XX marcou o período moderno da responsabilidade social corporativa, no entanto, não registando grandes avanços em termos de acções propriamente ditas. Carrol (2015) caracteriza este período como uma fase de conversações, pesquisas e tomada de consciência da importância das actividades de RSC pelas corporações. Howard Bowen foi um dos grandes pesquisadores da época e o que mais contributos propôs à área de responsabilidade social. Sendo então considerado, por muitos, como o pai da responsabilidade social corporativa (Carrol, 2008; Melé, 2008; Lacznia e Murphy, 2016).

Seguidamente, o período entre 60 a 80 do século XX, apesar de não albergar grandes diferenças

em termos de acções propriamente ditas, marcou um significativo crescimento de pesquisas relativas a área e surgimento de teorias, contribuindo assim para o direccionamento das actividades de RS para questões específicas (poluição e meio ambiente, desemprego, saúde e segurança no trabalho, etc.) e a sua proposição como uma função gerencial das organizações (Carrol, 2018; Carrol 2015). É igualmente neste período que analisando o conceito de RS, Carrol destaca as questões filantrópicas, éticas, legais e económicas como inerentes à sua natureza. São, portanto, esses quatro itens principais que foram colocados mais tarde pelo autor como pilares fundamentais da RS.

Seguidamente, o início da década de 90 do século XX e os anos seguintes marcaram o desenvolvimento da Responsabilidade Social. Foi entre 1990 e 2000 que as instituições norte americanas registam um crescimento incomparável e começam a expandir-se para mercados internacionais, levando com elas os preceitos da responsabilidade social. Em contrapartida, é igualmente neste período que ligadas às acções de responsabilidade social surgem as áreas como desempenho social corporativo, a teoria dos stakeholders, a ética empresarial, sustentabilidade, cidadania corporativa, reputação corporativa ligados à RS, marketing relacionado a causas, voluntariado de funcionários, entre outros (Carrol, 2018; Carrol, 2015).

Foram numerosos os acontecimentos entre 1990 e o início do século XXI que marcaram significativos avanços, desafios e expectativas em relação à RS foram evidenciados, o que constitui a área actualmente. Carrol (2015) destaca ainda que os escândalos corporativos em 2000 nos EUA levaram as empresas a pensar de forma atenta e minuciosa sobre as acções de responsabilidade social. Os escândalos corporativos ao longo da Europa e América levaram ao surgimento da governança corporativa como um mecanismo de regulação do comportamento dos gestores e da prossecução dos interesses dos proprietários (Davies, 2006).

Na verdade, foi entre estes dois períodos que a responsabilidade social corporativa passou a ser vista como uma área estratégica e fundamental também face ao desempenho económico organizacional. Lee (2008) apresenta em seu artigo uma descrição interessante sobre as teorias de responsabilidade social e a sua evolução ao longo dos anos.

O autor destaca que o conceito passou por um processo de racionalização, em que foi primeiramente sugerida e defendida por Bowen, de seguida passou por um período de rejeição e incompatibilidade com os interesses económicos empresariais; depois pelo processo de iluminação sobre sua importância; e por fim na década de 80 do século XX, Carrol propõe três pilares fundamentais que marcaram e explicaram de forma irrepetível a importância da RSC para as empresas e para o seu desempenho. Tendo mais tarde adicionado um quarto pilar.

Garriga e Melé (2004) refletem sobre as teorias de responsabilidade social e propõem quatro (4) grupos principais de teorias e abordagens onde encontramos as teorias instrumentais, políticas, integrativas e éticas. As teorias instrumentais são um grupo que coloca a RSE como uma actividade que deve ser apenas desempenhada se isso significar um impacto directo nos lucros. De acordo com os autores, este grupo de teorias foi inspirado no pensamento de Friedman em que a única responsabilidade das empresas é o incremento dos lucros para os accionistas.

Para os defensores destas teorias, acções de filantropia, de vantagem competitiva e acções sociais não devem estar fora dos objectivos sociais se trouxer para a empresa, accionistas e demais partes interessadas, a geração de valor. Estas teorias são sustentadas por abordagens como a maximização do valor para os accionistas, estratégias para alcançar vantagens competitivas e o marketing relacionado a causas. As teorias políticas fazem parte do segundo grupo em que reconhecem o poder das empresas sobre a sociedade e o mercado. De modo que se espera que o poder que detêm seja usado de modo responsável e tendo sempre em conta os interesses dos diversos públicos. Neste grupo de teorias verificamos abordagens como o constitucionalismo empresarial, o contrato social e a cidadania empresarial.

Nas teorias integrativas o equilíbrio de interesses e a resposta as demandas sociais são fundamentais para o reconhecimento do comportamento responsável das empresas. As abordagens destas teorias versam sobre o papel desempenhado pelas empresas na influência de políticas públicas, sobre a capacidade de resposta às expectativas da sociedade, sobre a gestão contrabalançada de interesses e, sobretudo, sobre a capacidade de propor a nível empresarial os principais pilares da RS que explicaremos a seguir.

Por último, munir-se de valores, padrões de comportamento com foco no bem-estar da sociedade e propor acções que garantam a sobrevivência das gerações futuras são propostas da abordagem defendida pelas teorias éticas. Estas teorias defendem fielmente que as empresas têm um dever ético e moral para com a sociedade que se impõe acima de tudo. Deste modo, apresentamos abaixo o quadro com o resumo das abordagens adaptado por Rego et al (2007).

Assim, as teorias propostas por Garriga e Melé (2004) representam um grande contributo para a compreensão da área de responsabilidade social. No entanto, e como nos mostra uma das abordagens das teorias integrativas, conhecer o que fundamenta as acções de RS levadas a cabo pela empresa é praticamente impossível sem que dediquemos antes um olhar sobre os seus pilares. Carrol (2015) apresenta quatro (4) pilares respeitantes às responsabilidades filantrópicas ou discricionárias: responsabilidades económicas, legais, éticas e discricionárias das empresas. Para a autora, a responsabilidade económica constitui a base da pirâmide em que as empresas devem responder às necessidades das empresas através do fornecimento de bens e serviços, maximização de lucros e eficiência nos seus processos.

Em relação à responsabilidade legal, as empresas devem orientar as suas acções e cumprir com as leis e regulamentos previstos por determinada sociedade. E por final, nas responsabilidades éticas e discricionárias, que são fundamentalmente de base voluntária, as empresas devem responder aos anseios da sociedade adoptando comportamentos que se orientem por normas éticas e morais, assumindo compromissos que ultrapassem as normas legais para o bem da sociedade; e que se envolvam em projectos de forma filantrópica e em forma de caridade para o melhoramento da qualidade de vida das pessoas.

Quadro 1 – Cartografia das teorias e abordagens da responsabilidade social das empresas

Tipos de Teorias	Pergunta Subjacente	Diferentes abordagens (ou subtipos)	Breve caracterização
Instrumentais	Que actividades sociais a empresa deve levar a cabo para melhor alcançar as suas finalidades económicas financeiras?	Maximização do valor para o accionista	As empresas podem/devem investir em actividades sociais (incluindo filantrópicas), desde que contribuam para aumentar os lucros. Actividades sociais que não cumprem esse critério não são legítimas.
		Estratégias para a vantagem competitiva	As empresas podem/devem levar a cabo actividades de responsabilidade social desde que, desse modo, melhorem o contexto competitivo em que se inserem. Um exemplo paradigmático é o investimento e o fomento das competências profissionais dos membros da comunidade circundante.
		Marketing de causas	A empresa pode/deve apoiar causas eventos que melhorem a sua imagem e reputação e que, por essa via, permitem maior actividade aquisitiva dos clientes.
Políticas	Como podem as empresas usar responsabilmente o poder de que dispõem na sociedade e na arena política?	Constitucionalismo empresarial	As empresas detêm poder considerável na sociedade e capacidade para influenciar o equilíbrio de mercado. Por conseguinte, cabe-lhes actuar responsabilmente na gestão desse poder.
		Teoria do contrato social integrativo	Entre as empresas e a sociedade existe um contracto social implícito, que as empresas devem observar.
		Cidadania empresarial	Empresas têm deveres de cidadania perante a sociedade de que fazem parte. As transnacionais têm mesmo deveres de cidadania global.
Integrativas	Como podem as empresas integrar as solicitações sociais no seu processo decisório e nas suas orientações?	Gestão de assuntos sociais	As empresas devem atender, avaliar, e responder aos sinais e expectativas de desempenho social que a envolvente lhes endereça.
		Responsabilidade pública	As empresas têm responsabilidades nos assuntos públicos, incluindo a participação na formação das políticas.
		Gestão dos <i>stakeholders</i>	Uma gestão apropriada requer que a empresa faça gestão equilibrada dos interesses dos vários <i>stakeholders</i> , e não apenas dos relativos a accionistas/proprietários.
		Desempenho social da empresa	Empresas socialmente responsáveis são as que cumprem responsabilidades económicas, legais, éticas e discricionárias (e.g., filantropia “desinteressada”).
Éticas	Que princípios éticos as empresas devem seguir? O que é correcto que façam para o bem da sociedade?	Teoria normativa dos <i>stakeholders</i>	Os <i>stakeholders</i> têm interesses legítimos na acção da empresa. Esses interesses valem per se, pelo que a empresa deve responder-lhes, independentemente de daí provirem ou não efeitos positivos para os accionistas/proprietários. Entre os princípios que devem nortear as relações com os <i>stakeholders</i> , encontram-se a justiça, o benefício mútuo e a cooperação.
		Direitos universais	Independentemente de outras considerações, as empresas devem obedecer aos direitos humanos universais, respeitando, acima de tudo, a dignidade das pessoas.
		Desenvolvimento sustentável	As empresas devem procurar o desenvolvimento da sociedade, acautelando os direitos das gerações futuras. Para tal, cabe-lhes atender a aspectos económicos, sociais e ambientais.
		O bem comum	Como membros da sociedade, as empresas devem contribuir para o bem comum e o progresso da comunidade.

Fonte: Garriga e Melé (2004) adaptado de Rego et al. (2007, p. 135 e 135)

Deste modo, a responsabilidade social representa essencialmente uma acção voluntária por parte das empresas, transcendendo as obrigações mínimas legais das corporações e que contribui grandemente para o desenvolvimento sustentável (DS). Portanto, ao realizarem acções de responsabilidade social, as empresas respondem aos interesses ambientais, sociais e económicos de forma balanceada e condizentes com o desenvolvimento integral das sociedades (Comissão das Comunidades Europeias, 2006; Leal, Caetano, Brandão, Duarte e Gonveia, 2011).

Iniciativas de responsabilidade corporativa englobam uma ampla gama de atividades. Alguns são tão simples quanto permitir que os funcionários contribuam para uma campanha da United Way, participem de filantropia corporativa ou organizem atividades voluntárias de funcionários em organizações sem fins lucrativos. Outras atividades são muito mais complexas e incluem iniciativas como parcerias público-privadas, diálogos e colaborações multissetoriais, empresas sociais ou de baixo para cima, e outras atividades pró-sociais (Waddock e Googins, 2011, p.24).

Paralelamente, a Comissão das Comunidades Europeias (2006, coloca a responsabilidade social como “um conceito pelo qual as empresas integram preocupações ambientais nas suas operações comerciais e na sua interação com suas partes interessadas numa base voluntária” (p. 2).

Entretanto, alguns autores ao analisarem o conceito de responsabilidade social, sua aplicação pelas empresas e a relação intrínseca com o desenvolvimento sustentável revelam que, em muitos casos, as empresas ao implementarem as acções de responsabilidade social respondem apenas a interesses económicos próprios que elevem a imagem institucional em termos competitivos, propondo assim nos seus relatórios de prestação de contas acções que tendem a cumprir apenas com as obrigações legais. (Banerjee, 2008; Fougère e Solitender, 2009).

Fougère e Solitender (2009) sobre o caso Batnia no Uruguai, colocam uma abordagem interessante sobre a necessidade das empresas contribuírem para a erradicação dos problemas sociais permitindo que a própria comunidade decida sobre quais problemas são prioritários, como deverão ser resolvidos e onde serão desenvolvidos esses projectos de RS. O que os autores defendem é que na maior parte dos casos, as empresas elaboram e implementam projectos de responsabilidade social pouco condizentes com a real necessidade das comunidades.

Nesta vertente, a Comissão Mundial do Ambiente e Desenvolvimento (1987, ao referir-se sobre

o desenvolvimento sustentável que se centra “na capacidade da humanidade em atender as necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras em atender as suas próprias necessidades” (p. 16) destaca o grande papel que o sistema político, as organizações sociais e as novas tecnologias têm nesse processo e na implementação de uma nova era do crescimento económico.

Assim, é fundamental que a responsabilidade social se centre na parte social do desenvolvimento sustentável, atendendo às necessidades e expectativas das partes interessadas; e respeitando o princípio de dar e receber no que tange à sustentabilidade, pois as empresas precisam da sociedade para a sua sobrevivência (Baumgartner & Ebner, 2008).

O conceito de desenvolvimento sustentável centra-se em dois objectivos principais: “a) assegurar uma vida adequada, segura e rica para todas as pessoas - é o objetivo do desenvolvimento; e b) viver e trabalhar de acordo com os limites biofísicos do meio ambiente - é o objetivo da sustentabilidade” (Čiegis & Štreimikienė, 2005, p. 10). Portanto, a responsabilidade social representa então uma acção estratégica capaz de reunir e disponibilizar recursos que façam frente aos problemas sociais e que subsequentemente contribuam para o desenvolvimento sustentável (Munck & Souza, 2009).

A postura dos governos diante das actividades de responsabilidade social corporativa tem mudado, incentivando mais activamente as organizações na implementação de suas acções. No entanto, este incentivo é proposto não de forma imposta, mas sim de modo subtil e voluntário (Moon & Vogel, 2009). “O envolvimento do setor privado é mais produtivo quando o processo estratégico está aberto a instrumentos voluntários e baseados no mercado, equilibrados com instrumentos regulatórios e fiscais” (OECD, 2001, p.39).

Do ponto de vista estratégico, o desenvolvimento sustentável deve fazer a interface entre os sectores governamental, sociedade civil e privado de modo que os esforços propostos nestas três áreas alcancem os objectivos de desenvolvimento e sustentabilidade. Além disso, a estratégia de desenvolvimento sustentável deve incidir de forma abrangente sobre a realidade, no entanto, em termos práticos deve responder e dirigir acções a problemas específicos e (OECD, 2001).

Por outro lado, os objectivos de sustentabilidade e desenvolvimento poderão ser melhor alcançados se as acções pudessem ser empreendidas de forma conjunta para a obtenção de resultados significativos. Atualmente o desenvolvimento sustentável, como afirmamos acima, não se restringe apenas a questões ambientais, como também se direcciona a questões de desenvolvimento humano. Dai, a pertinência da busca de novas formas e estratégias que promovam a mudança de consciência e do comportamento das sociedades.

“Promover o desenvolvimento sustentável e promover efeitos diferentes, podem estar envolvidos no tratamento medidas - legais, administrativas, educação econômica, moral, ecológica e assim por diante” (Čiegis & Zeleniute, 2008, p. 48). O que queremos afirmar e que acreditamos ser efectivamente possível, é que as actividades de responsabilidade social por parte das empresas comerciais sejam propostas primeiramente em coordenação com as instituições governamentais e instituições sem fins lucrativos (através do marketing social) com o intuito de facilitar a identificação de problemas sociais e ambientais relevantes, e posteriormente responderem, de modo concreto, às reais necessidades das populações.

A verdade é que o mundo, especialmente os países em desenvolvimento têm enfrentado grandes dificuldades em relação aos problemas sociais e de meio ambiente, e apesar de parecer uma visão extremamente utópica, acreditamos que as acções de responsabilidade social, se propostas pelas organizações de forma integrada, sistemática e orientadas para as necessidades das sociedades podem contribuir significativamente, a um nível micro, para a redução das desigualdades sociais e problemas ambientais e, a um nível macro, para o desenvolvimento sustentável.

Conjuntamente às acções de responsabilidade social, o marketing social poderá representar uma acção estratégica e fundamental para a prossecução dos objectivos de sustentabilidade. O marketing social opera numa vertente comportamental e de mudança de consciência das sociedades que pode incidir sobre um futuro mais sustentável e sobre a resolução de problemas sérios do mundo (Mckenzie-Mohr, 2000; Andreasen, 1994).

Com efeito, no subtema a seguir analisamos o conceito de responsabilidade social e de marketing social onde destacamos as principais diferenças entre os conceitos e a possibilidade

de complementaridade destas duas grandes e importantíssimas áreas de interesse na vida das organizações e dos seus diferentes *stakeholders*, incluindo a sociedade.

1.3. A Responsabilidade social e o Marketing Social – relações de divergência e complementaridade

Lidar com comportamentos, hábitos e atitudes negativas e conseguir que sejam efectivamente eliminados, constitui atualmente, um incomensurável desafio para as organizações não-governamentais e activistas. É precisamente esta natureza negativa do produto que envolve comportamentos de risco como o uso do cigarro, bebidas alcoólicas, hábitos alimentares pouco saudáveis, degradação do meio ambiente, etc. que tornam o marketing social indispensável.

Por outro lado, a resolução de problemas sociais e comportamentos de risco adoptados pela sociedade, transcendem hoje, os objectivos principais das organizações não-governamentais passando a ser também a preocupação central das instituições lucrativas. Os problemas sociais e ambientais requerem acções integradas e de longo prazo, daí a necessidade de uma intervenção mais participativa do sector empresarial.

Neste sentido, as acções de responsabilidade social corporativa, como já referido desempenham um papel fundamental de apoio às sociedades e orientação da actuação das empresas no mercado. Grande é o número de empresas que retira das sociedades um número significativo de recursos com impacto directo no meio ambiente e na área social, impondo implicitamente para as empresas uma sensação de dever e responsabilidade para com o desenvolvimento das sociedades.

A responsabilidade social e o marketing social são duas áreas que fazem parte da comunicação e que vêm ganhando destaque e importância. Grande é o número de pesquisas e reflexões que fazem referência ao escopo de cada uma delas. No entanto, são poucos os estudos que identificam com precisão as fronteiras relacionais da RS e do marketing social. Portanto, neste ponto temos como objectivo principal descrever as diferentes percepções dos autores sobre a RS e marketing social, suas principais diferenças e as possibilidades de complementaridade.

A comunicação representa um elemento essencial no dia-a-dia para as organizações. Pois necessitam de propor acções integradas de comunicação para estabelecer relacionamentos duradouros com seus diferentes públicos (Kunsch, 2003). A responsabilidade social pode contribuir para a prossecução de tais objectivos relacionais. “A prática da responsabilidade social fortalece a imagem corporativa e torna a empresa reconhecida (...) bem como a uma relação mais amistosa com a comunidade e a opinião pública (...)” (Zenone, 2006, p. 14).

Como já evidenciamos, a prática de responsabilidade social corporativa é largamente discutida e em alguns casos de difícil consenso. Moon e Vogel (2009), no artigo sobre responsabilidade social e a relação com os governos e sociedade civil, destacam que a prática de RSE depende grandemente do governo de determinado país e do grau de exigência imposto sobre a atuação empresarial. Dai a tendência de em determinados contextos algumas empresas olharem para a actividade da responsabilidade social apenas como o cumprimento de obrigações legais.

Por outro lado, há uma grande dificuldade não só de definição da RSE como também de medição das suas actividades. É ainda difícil estabelecer com precisão que acções tornam uma empresa mais responsável em relação a outra. No entanto, é indiscutível o papel da responsabilidade social das empresas. As empresas com fins lucrativos são fundamentais para o progresso das sociedades, e quando os interesses de ambas as partes caminham lado a lado, há então a possibilidade de alcance de resultados positivos e construtivos (Chandler, 2015).

“A responsabilidade social das empresas ocupa um lugar de destaque na agenda corporativa global da actualidade” (Du, Bhattacharya, & Sen, 2010, p. 1). As empresas procuram investir em actividades de responsabilidade social não só para responderem a objectivos sociais (como é o caso de questões de desenvolvimento humano e ambientais, etc), como também buscam nestas acções, resultados que lhes trarão a longo prazo maior incremento nos seus lucros, à geração de uma imagem positiva diante dos seus diferentes stakeholders e principalmente uma posição competitiva de destaque (Du, Bhattacharya, & Sen, 2010; Hartman, Rubin & Dhanda, 2007; Porter & Kramer, 2006).

Deste modo, a ênfase nos interesses dos *stakeholders* é um aspecto crucial a actividade de responsabilidade social corporativa. Freeman e Velamuri (2006) propõem uma mudança na

visão que temos sobre a RS. Para os autores, a responsabilidades social corporativa deveria passar a chamar-se “responsabilidade das empresas sobre as partes interessadas”, pois quando as acções empresariais possuem como foco as partes interessadas, maior será a possibilidade de conjugação dos interesses comerciais, sociais e éticos.

A capacidade de uma empresa de gerar e distribuir riqueza sustentável ao longo do tempo está ligada a relacionamentos fortes e sinérgicos com seus *stakeholders*. Nessa perspectiva, uma empresa deve olhar além do mero desempenho financeiro e incluir totalmente os aspectos sociais e ambientais de suas atividades. Portanto, a sustentabilidade se torna o objetivo corporativo final na perspectiva das partes interessadas. A sustentabilidade, ou seja, a capacidade de continuar operando por um longo período de tempo, é o resultado de uma visão integrada (Tencati & Perrini, 2006, p. 107).

Além disso, actualmente as empresas têm sido constantemente confrontadas pelos diversos *stakeholders* a aderirem a melhores práticas de responsabilidade social. Os consumidores, funcionários, investidores, activistas, organizações não-governamentais e até accionistas, têm estado mais conscientes e exigentes em relação ao papel desempenhado pelas empresas no mercado (Rego et al, 2007) O governo é igualmente um *stakeholder* importante (Marsden, 2006) e talvez até essencial para a prossecução dos preceitos da dimensão Legal (Carrol, 2015).

No entanto, ao refutar os argumentos de Bacan e do *The Economist* sobre a responsabilidade social, Marsden (2006) destaca que nem sempre os governos são capazes de assumir o papel de liderança na resolução dos problemas sociais e ambientais, daí a importância do desempenho de acções de responsabilidade social pelas empresas. Além disso, a parceria das empresas e ONG's é também crucial. “A interação de ONG's e empresas na promoção da responsabilidade corporativa não substitui a necessidade de um governo eficaz, mas preenche algumas das lacunas e incentiva os governos a entender o que devem fazer” (Marsden, 2006, p. 38)

De facto, são questões como essas que nos remetem a possibilidade de abertura das fronteiras relacionais entre a RS e o marketing social. Mas, por agora, dedicaremos um breve olhar sobre o conceito de marketing social e os principais elementos que o diferenciam da área de responsabilidade social corporativa.

As técnicas de marketing representam uma valiosa ferramenta para a resolução e redução dos

problemas sociais. Vivemos hoje numa sociedade discrepante em que uma maioria tem enfrentado grandes dificuldades, necessitando para efeito de intervenções e abordagens adequadas. Kotler e Zaltman (1971), uns dos primeiros autores que propuseram a abordagem, destacam que o marketing social oferece uma estrutura de planeamento eficaz principalmente numa altura em que os problemas sociais começam a intensificar-se.

O marketing social constitui uma ferramenta estratégica e fundamental que se centra nos comportamentos de risco adoptados pelos indivíduos. Esta é uma área que descende essencialmente do marketing e faz uso de suas técnicas de comunicação, segmentação estratégica, marketing-mix, pesquisas de marketing, teoria da troca, etc. para resolução de problemas sociais e de saúde, difundindo ideias e hábitos que tornem a vida em sociedade melhor (Hastings, 2003; Kotler & Zaltman, 1971; Andreasen, 1994; Lefebvre, 2013; Zenone, 2006).

“O marketing social é adoptado por uma organização sem fins lucrativos ou governamental para promover uma causa, como «diga não as drogas» ou «exercite-se mais e coma melhor»” (Kotler & Keller, 2014, p. 693). Pesquisas sobre a eficácia do marketing social em programas de mudança comportamental, ambiental e de políticas sobre problemas como o uso do álcool, tabaco, drogas ilícitas e actividade física, revelam que os programas de marketing podem ser proveitosos e promissores tanto para mudança de comportamento a nível individual, assim como para promoção de políticas públicas (Stead, Gordon, Angus & McDermott, 2007).

O marketing social 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 proposta melhor das condições de vida (Andreasen, 1994). Por exemplo, intervenções que incentivem a reciclagem de produtos poderão resultar na maior protecção e preservação do meio ambiente; ou ainda, programas orientados para a nutrição de mães gestantes e crianças dos 0 a 5 anos podem diminuir significativamente os índices de mortalidade materno-infantil e o baixo desenvolvimento e desempenho escolar.

O marketing social centra-se na mudança de comportamento dos indivíduos enfatizando questões ligadas a 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).

Por outro lado, como destaca Lefebvre (2012), os programas de marketing social 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 indivíduo como tal, mas sim, nos problemas sociais complexos que assolam a sociedade. O que o autor propõe é que os programas se concentrem na criação de valor para as pessoas, colocando-as como co-colaboradoras nesse processo.

Neste sentido, as intervenções em marketing social devem ser de responsabilidade não apenas de organizações não-governamentais como também de instituições privadas, governamentais, civis e informais. Para o autor, estas organizações possuem inter-relações importantes que podem consubstanciar o processo de criação de valor para o público, melhorando a sua qualidade de vida.

De modo prático, o que destaca Lefebvre (2013) é que se decidirmos investir na redução dos problemas de desnutrição por exemplo, não devemos apenas incidir as acções sobre o público pelo qual é afectado, como também para públicos como o governo (através de instituições de saúde e sanitárias ou na criação de políticas que incentivem a erradicação do problema), instituições privadas (incitamento para a produção e venda de alimentos orgânicos e com alto teor nutricional), outras instituições não-governamentais (para que as suas acções sejam orientadas para a formação na produção de alimentos e autossustento), entre outras.

De igual modo, o direcionamento em torno de relacionamentos e parcerias, permite ao marketing social estudar e reunir informações sobre o mercado-alvo para promover o comportamento desejado (Domegan, 2008) e cada vez mais governos e organizações não-governamentais estão a adoptar esta ferramenta (Russel-Benett, Wood & Previte, 2013). No

entanto, a área de marketing social é deveras complexa pela natureza do produto e tempo de aplicabilidade das acções.

Por outro lado, ainda é fonte de controvérsia sobre quem faz o marketing social. Andreasen (1994) diz que, ainda que a proveniência do marketing social seja o marketing em si, é crucial que tenhamos sempre em mente o objectivo principal e final da área. O sector privado ao implementar acções de marketing comercial ou até mesmo acções sociais, terá sempre como objectivo primordial o incremento das vendas. “Alguns autores encaram o conceito de marketing social como sinónimo de responsabilidade social, cidadania empresarial e ética empresarial” (Zenone, 2006, p. 65).

Contudo, o marketing social descreve-se como uma extensão do marketing, em que se centra principalmente no bem-estar do individuo e da sociedade a longo-prazo (Zenone, 2006) e as suas intervenções são essencialmente úteis para a mudança de comportamentos ligados a saúde (Stead, Gordon, Angus & McDermott, 2007).

Nessa perspectiva, em todas as acções desenvolvidas, os benefícios resultantes dizem sempre ao individuo ou sociedade em geral e nunca fazem referência às organizações sem fins lucrativos ou governos que as implementam (Andreasen, 1994). Portanto, podemos concluir que a principal diferença entre a RS e o marketing social reside nos objectivos principais de cada área na perspectiva das instituições que as implementam. Por outro lado, as dissemelhanças podem ser também observadas mediante as circunstâncias e impulsionadores que levaram aos seus surgimentos.

O marketing social foi colocado por Wiebe na década de 50 do século XX, e tem a sua origem nos preceitos de marketing, fazendo uso das suas técnicas de resolução de problemas sociais e promoção de comportamentos benéficos (Kotler & Zaltman, 1971). As primeiras manifestações da responsabilidade social em contrapartida, tiveram início antes da década de 50 do século XX, e as pesquisas propostas por Howard Bowen, considerado por muitos como o pai da área, foram de grande contributo para o que é hoje (Carrol, 2008; Melé, 2008; Laczniak & Murphy, 2016), tendo surgido como resultado do comportamento discrepante das empresas em relação às sociedades.

Por outro lado, o entendimento dos conceitos de responsabilidade social e marketing social parece dever-se igualmente a diferentes entendimentos dos conceitos entre marketing social e o marketing de causas. O marketing de causas é na verdade uma abordagem de RS direcionado essencialmente para o desenvolvimento de acções sociais que agreguem valor e distinção à imagem da empresa (Rego et al, 2007; Brønn & Vrioni, 2001; Kotler & Keller, 2014).

Diante do já exposto e tendo como referência as teorias de responsabilidade social corporativa propostas por Garriga e Melé (2004) já evidenciadas, podemos caracterizar as principais diferenças das áreas em torno dos seguintes aspectos: entidades que as desenvolvem, público-alvo, objectivos primários e secundários, beneficiários primários e secundários, natureza das acções e natureza de financiamento das acções.

Quadro 2– Diferenças entre o marketing social e a responsabilidade social

	Marketing Social	Responsabilidade Social
Entidade que desenvolve	ONG's e Governo	Empresas com fins lucrativos
Público-alvo	Sociedade em geral	Stakeholders da empresa
Objectivo Primário Objectivo Secundário	Mudança de comportamento/ Resolução de problemas sociais	Incremento da imagem institucional
	Bem-estar da sociedade/ sustentabilidade	Desenvolvimento sustentável/ Resolução de problemas sociais
Beneficiários primários Beneficiários secundários	Indivíduos/ Sociedade	Empresa
	Indivíduos/ Sociedade	Sociedade
Natureza das acções	Programas e Projectos orientados para os problemas sociais, promoção de políticas públicas e de saúde (obesidade, saúde materno-infantil, uso do cinto de segurança, etc.)	Acções variadas dependendo da área de actuação empresarial, orientadas para cada stakeholders ou indicador (público interno, governo, meio ambiente, etc.); apoio ou financiamento a projectos sociais, etc.
Natureza de financiamento das acções	Filantropos, governos ou instituições internacionais, etc.	Dedução nos lucros empresariais.

Fonte: *Elaboração própria*

No entanto, apesar de diferentes, acreditamos que as áreas de responsabilidade social e marketing social na perspectiva das empresas que as implementam podem através de relações de parceria representar duas formas poderosíssimas para a resolução de problemas sociais. Mas é importante percebermos que o marketing social não é sinónimo de organizações não-governamentais, o que significa que nem todas as acções desenvolvidas pelas ONG's

incorporam o marketing social como estratégia ou método de construção de projectos e programas (Andreasen, 1994).

Então podemos questionar como será possível identificar as fronteiras relacionais entre a responsabilidade social ou marketing social? Ou melhor, como poderão estas duas áreas serem polos que se complementam? Kisil (2006) na sua reflexão sobre responsabilidade social, terceiro sector, pareceria e sustentabilidade, destaca que foi no seu trabalho como médico no Vale do Ribeira (interior de São Paulo) que se apercebeu das grandes dificuldades dos sistemas de saúde e das suas limitações para os conseguir resolver.

Portanto, após alguns anos dedicando-se à sua formação e outros trabalhos, foi convidado a trabalhar para a instituição que financiou o seu doutoramento, a Kellogg's. Trabalhando por quinze (15) anos como Director para América Latina e para o Caribe da Fundação Kellogg's, pôde constatar que:

- As ONG's precisam de apoio financeiro do sector privado para a sua sustentabilidade;
- Para obterem financiamentos diante de suas concorrentes (outras ONG's ou projectos semelhantes) precisam de uma estrutura organizacional profissional e o uso de ferramentas comunicacionais;
- O sector privado nem sempre visa destacar a sua imagem através de acções sociais, muito pelo contrário, a associação de empresas com uma marca forte a causas sociais, pode ajudar a dar valor a uma causa negligenciada pela sociedade.

Relativamente ao ponto destacado por Kisil (2006) em relação à comunicação, acreditamos que o uso do marketing social e as suas diversas técnicas podem resultar não só na criação de melhores programas de intervenção, como também pode ajudar as ONG's a comunicarem com os diversos financiadores e a proporem planos de intervenção que captem a atenção deles.

Por outro lado, a responsabilidade social e o marketing social são duas áreas de intervenção que com o desenvolvimento de estratégias integradas, resultam na melhoria das conjunturas sociais, agregando valor e contribuindo para o desenvolvimento sustentável (Comissão das Comunidades Europeias, 2006; Leal, Caetano, Brandão, Duarte & Gonveia, 2011; Mckenzie-

Mohr, 2000). Sendo assim, o desenvolvimento sustentável parece-nos ser um polo de convergência importante, reforçando a dinâmica de organizações socialmente responsáveis e de intervenção nas ONG's de acções de marketing social na sociedade.

Especialmente em países de África, os governos quase sempre não possuem recursos suficientes para a resolução de problemas sociais. Com efeito, as parcerias entre o sector privado e ONG's fazem-se necessárias para ajudar no desenvolvimento das sociedades, na resolução de problemas sociais e no melhoramento da qualidade de vida das pessoas (Marsden, 2006; Chandler, 2015). Não obstante, uma pesquisa demonstrou que a responsabilidade social das empresas pode não só favorecer financiamentos directos para ONG's, como também leva os clientes das empresas a efetuarem doações (Lichtenstein, Drumwright & Braig, 2004).

Quando conhecemos a realidade de países em desenvolvimento, percebemos a imensidão dos problemas sociais, das dificuldades na sua resolução e principalmente da escassez de recursos provenientes do governo. Infelizmente, a dimensão dos problemas transcende as questões contextuais, de recursos ou de instituições preocupadas. O nível de consciência das pessoas sobre tais problemas é fortemente influenciado pelo nível de alfabetização, o que contribui para os negligenciarem. Assim, a responsabilidade social e o marketing social, se propostas adequadamente podem representarem, de modo articulado, mecanismos estratégicos de melhor e mais abrangente combate e prevenção aos grandes desafios e problemas sociais existentes das pessoas e na sociedade.

Capítulo II - Domínios de intervenção em marketing social

O pressuposto fundamental do marketing social é o bem-estar do indivíduo e da sua vida em sociedade. A compreensão das diferentes conjunturas sociais e as principais barreiras que impedem a mudança comportamental do indivíduo, é essencial para que as acções de marketing social não fracassem.

Neste capítulo dedicaremos um olhar sobre os principais conceitos do marketing e por conseguinte do marketing social; traremos de seguida uma discussão em torno do marketing social e a sua função como ferramenta estratégica de intervenção para resolução de problemas sociais; e por fim propomos as diferentes abordagens de autores sobre as principais teorias e modelos de mudança comportamental, suas vantagens e desvantagens em termos de aplicabilidade e o papel desempenhado por cada uma delas no combate de problemas sociais.

2.1 Do Marketing Comercial ao Marketing Social

A dinâmica actual de mercado exige que as diferentes empresas estejam constantemente atentas e procurem propor estratégias que garantam a actuação da empresa a longo prazo. O marketing envolve acções desde a compreensão das necessidades do consumidor, concepção do produto/serviço, técnicas de comunicação, gestão da equipe de vendas e acompanhamento pós-venda. O adequado relacionamento com o cliente e a sua fidelização, tornou-se o principal foco em marketing.

Desde o seu surgimento, o marketing representa uma ferramenta de apoio e de gestão fundamental ao funcionamento das organizações. São variados os conceitos propostos, podendo ser distintos ou semelhantes, mas em todos eles há uma clara enunciação de resposta as necessidades e anseios dos clientes. Para Ferreira, Marques, Caetano, Raquilha e Rodrigues (2015) o marketing corresponde a uma actividade minuciosamente planeada que tem em vista a adequação de produtos e serviços de qualidade para o cliente e que resulte numa relação lucrativa para a empresa.

Nas definições gerenciais, o marketing geralmente é descrito como “a arte de vender produtos” (Kotler, 2005, p. 6). No entanto, o marketing não pode mais ser entendido apenas como a arte

de efectuar uma venda (Kotler & Keller, 2006; Kotler & Armstrong, 2007). O cliente ou consumidor está no centro das actividades de marketing e todas as suas técnicas são implementadas para responder às suas necessidades e objectivar a sua satisfação, gerando lucro para a empresa (O’Cass, 1996; Kotler & Keller, 2012).

Marketing é a atividade, conjunto de instituições e processos para criar, comunicar, entregar e trocar ofertas que têm valor para consumidores, clientes, parceiros e sociedade em geral. A pesquisa de marketing é a função que liga o consumidor, o cliente e o público ao profissional de marketing por meio de informações - informações usadas para identificar e definir oportunidades e problemas de marketing; gerar, refinar e avaliar ações de marketing; monitorar o desempenho de marketing; e melhorar a compreensão do marketing como um processo (AMA, 2017).

Neste sentido, “as empresas têm de avançar sempre com seus programas de marketing, inovando produtos, permanecendo em contato com as necessidades do cliente e buscando novas vantagens (...)” (Kotler & Keller, 2012, p. 14) O marketing é, deste modo, uma função essencial ao desempenho da empresa e para tal o gestor de marketing deve buscar todas as ferramentas inerentes para a função.

Com a dinâmica actual de mercado, o marketing representa um meio de ligação fundamental ao consumidor que está cada vez mais consciente, crítico e sobretudo autónomo. É precisamente nesta altura de acesso ilimitado à informação, que se exige do markeeter maior criatividade no desenvolvimento de suas acções para responder melhor aos anseios do cliente em relação à concorrência.

Portanto, são estes preceitos do marketing comercial e da capacidade de resposta às necessidades do cliente, que estão por detrás do surgimento do marketing social. Esta é uma ferramenta de origem relativamente recente que desde a sua proposição como abordagem integrativa e estratégica, vem-se preocupando com as mudanças comportamentais e erradicação dos problemas sociais que assolam a sociedade e colocam os indivíduos numa condição de risco.

Assim sendo, destacam-se alguns autores que foram cruciais para o surgimento e desenvolvimento do marketing social e sua correcta percepção e aplicabilidade. Deste modo,

Kotler e Levy (1969) destacam a aplicabilidade do marketing a todo tipo de organizações; Kotler e Zaltman (1971), a proposição do conceito de marketing social; Bloom e Novelli (1981) sobre os problemas e desafios do marketing social; Lefebvre e Flora (1988) sobre o papel do marketing social para a promoção da saúde; e Andreasen (1994) reflete sobre a conceptualização da área.

Já Lefebvre (2013) destaca o surgimento do marketing social em dois momentos principais. O primeiro diz respeito às ocasiões de busca por formas de superação da orientação de produção, numa tentativa de exploração de outros domínios do marketing comercial. Num segundo momento, o marketing social surge dos desafios e problemáticas enfrentadas pelos profissionais de saúde. As constantes batalhas levadas a cabo no âmbito da saúde pública e nos processos de mudança comportamental, por vezes sem resultados aparentes, instigaram a busca por meios e estratégias de acção mais inovadoras e capazes de gerar resultados efectivos.

Deste modo, a origem do marketing social tem sido atribuída aos autores Kotler e Zaltman que propuseram em 1971 o uso de técnicas de marketing para fins sociais em ONG's (MacFadyen, Stead e Hastings, 2003; Andreasen, 2003; Ling, Franklin, Lindsteadt e Gearon, 1992). Contudo, há que destacar que os pressupostos da área já teriam sido igualmente abordados pelo autor Wiebe em 1952 e a sua famosa e provocativa questão sobre "*Why can't brotherhood be sold like soap?*" (Kotler & Zaltman, 1971; Andreasen, 2003; Ling et al, 2003)

Sendo certa a influência de Wiebe com a sua abordagem sobre a venda de produtos sociais como o ponto de início do marketing social, no entanto, a área ganhou realmente destaque na sociedade aquando das reflexões sobre o papel social das organizações no período da Guerra do Vietname e de instabilidade nos Estados Unidos da América (Andreasen, 2003). A campanha lançada na Índia em 1950 sobre planeamento familiar, a campanha antitabagismo na Suécia em 1970 e a campanha sobre o uso de cinto de segurança na Austrália em 1980 são também exemplos de alguns factos que impulsionaram o desenvolvimento da área e o reconhecimento de suas técnicas (Kotler & Keller, 2012).

Contudo, a aceitabilidade do marketing social como disciplina e como área autónoma não foi fácil. Luck (1969), logo após os primeiros estudos sobre a área, destacou em seu artigo que a proposição do marketing social como disciplina ofuscava o real propósito do marketing, incorrendo a uma má aplicabilidade pelos profissionais. Por outro lado, houve também uma

confusão clara entre os conceitos de marketing social, marketing sem fins lucrativos e marketing socialmente responsável (Andreasen, 2003).

Infelizmente, ainda hoje o conceito de marketing social desencadeia diversas discussões sobre sua aplicabilidade e enormes desafios em termos de aceitação como estratégia de mudança comportamental. Como referenciamos no primeiro capítulo da tese, a área chega a gerar confusão sendo, por vezes, comparada com a área de responsabilidade social, cidadania empresarial e ética empresarial de acordo com Zenone (2006). Por outro lado, é igualmente tida por alguns autores como sinónimo da área de marketing de causa social (Kotler & Keller, 2012).

Assim, o marketing social consiste na "concepção, implementação e controlo dos programas calculados para influenciar a aceitabilidade das ideias sociais e envolvendo considerações de planeamento de produto, preços, comunicações e pesquisa de marketing" (Kotler & Zaltman, 1971, p. 4) Na mesma perspectiva, Andreasen (1994) destaca que o marketing social faz uso de técnicas de marketing social para influenciar o comportamento voluntário do indivíduo e garantir seu bem-estar e da sociedade.

O marketing social é a “adaptação e adoção de atividades, instituições e processos de marketing comercial como um meio de induzir mudanças comportamentais em um público-alvo numa base temporária ou permanente para alcançar uma meta social” (Dann, 2010, p. 151). Com efeito, Lefebvre (2013) tendo como base experienciais na observância de campanhas de mudança comportamental e estudos feitos na área, propõe que se encararmos o marketing social apenas como uma área que objectiva a mudança comportamental, poderemos incorrer a uma visão reducionista e individualista da abordagem.

Portanto, para o autor a centralidade das questões propostas nos conceitos de marketing social parecem dever-se aos pontos de origem da própria área (problemas sociais de países desenvolvidos e com princípios ligados à psicologia comportamental). Assim, as abordagens que surgem a seguir, evidenciam uma tentativa de integração e foco não só na mudança comportamental, como também nos problemas sociais gerais e de bem-estar da sociedade.

Destacam-se, portanto, não só as aplicações das estratégias de marketing social para a promoção da mudança de comportamentos que os indivíduos assumem e os colocam em risco,

como também são usados seus preceitos para a alteração da envolvimento externa (promoção de legislações), para a promoção de políticas públicas, mudança de hábitos e atitudes, entre outros.

Nesta perspectiva, o marketing social representa uma área de grande relevância para programas que tenham como prioridade o bem-estar da sociedade. Com suas estratégias e abordagens inovadoras, esta área de base multidisciplinar revela-se uma ferramenta eficaz e extremamente útil para o combate de problemas sociais e de saúde pública em larga escala; para o desenho de programas voltados para as necessidades do seu público e para o alcance de objectivos de quem o implementa (Lefebvre, 2013).

Os profissionais de marketing social aplicam as diversas técnicas de marketing para lidar com os diferentes problemas que afectam a sociedade (Geller, 2012). O marketing social se concentra em mudanças no comportamento do individuo para alcançar o bem-comum, podendo envolver várias questões sociais, onde as principais dizem respeito a área de saúde (Peattie & Peattie, 2008). A área está hoje por detrás de grande parte dos programas de melhoria de saúde em todo Mundo (Stead, Gordon, Angus & McDermott, 2007).

Entretanto, apesar de eficaz no combate aos problemas sociais, a natureza dos objectivos e o planeamento de acções de marketing social é claramente um desafio. Enquanto o marketing comercial lida com questões preferenciais, valor e aceitação do produto, o marketing social precisa de lidar com a aceitação de ideias, comportamentos ou adopção de hábitos que normalmente envolvem uma barreira psicológica automaticamente imposta pelo individuo (Kotler & Zaltman, 1971).

Por outro lado, a implementação e a medição, das acções de marketing social são também aspectos desafiantes para os profissionais. De facto, a transferência das técnicas e estratégias do marketing convencional para o marketing social, é que causa confusão e duvidas para estes profissionais (Bloom & Novelli, 1981) Dai, a urgência na revolução das suas abordagens. O marketing social precisa se desprender das suas raízes do marketing comercial e estabelecer seu próprio vocabulário, ideias e ferramentas para adopção de melhores práticas e teorias (Pettie & Pettie, 2003).

Neste contexto, é indiscutível o papel do marketing social para a resolução de problemas sociais na sociedade. Entretanto, dada a natureza de tais problemas, os programas de marketing

precisam ser minuciosamente planeados para que possam alcançar resultados ótimos e efectivos. Por outro lado, a aplicabilidade de técnicas comunicacionais, estratégias criativas e estabelecimento de planos de monitoramento e avaliação são importantes para o combate destes problemas que assolam as sociedades.

Assim, apresentaremos a seguir uma discussão em torno da importância da área para a mudança de comportamentos na sociedade e para tal traremos alguns casos práticos de uso do marketing social enquanto estratégia de programas sociais; evidenciaremos alguns elementos e critérios importantes (desde a percepção do contexto envolvente do problema até ao processo de avaliação e monitoramento das acções) ao planeamento dos programas de marketing social para melhor aplicabilidade e incidência na resolução dos problemas na sociedade.

2.2 Intervenção do marketing social nas mudanças comportamentais, problemas sociais e bem-estar da sociedade

Lidar com a mudança de comportamento, hábitos, atitudes e promover causas sociais que tenham em vista o bem-estar do individuo e de toda sociedade, tornou-se uma das principais preocupações nas últimas décadas. Instituições do Estado e organizações sem fins lucrativos têm enveredado esforços para a promoção da saúde, da sustentabilidade do meio ambiente e a transformação da sociedade por meio da paz, justiça e equidade.

No entanto, a promoção de causas sociais envolve uma serie de problemas e desafios que se interpõem à sua adopção. O primeiro aspecto diz respeito ao conhecimento real do problema, do público envolvido e dos intervenientes do contexto social que influem para o alastramento do problema. Por outro lado, os escassos recursos de instituições sociais por vezes resultam em acções pouco abrangentes e, conseqüentemente, pouco significativas. Ainda, e talvez um dos principais entraves, é a demanda negativa inerente ao produto social.

As pessoas dificilmente aceitarão de bom grado os conselhos passados em campanhas de uso do cinto de segurança; fumadores tendem a ignorar mensagens sobre os efeitos negativos de tabaco; e a sociedade lida naturalmente com situações de injustiça, como é o caso de pobreza excessiva em alguns países em que milhares de crianças até hoje passam fome. Portanto, as

instituições sociais precisam propor estratégias que diminuam o enorme fosso existente entre a demanda negativa do produto e a adopção efectiva de uma ideia, comportamento, atitude ou hábito que garanta o bem-estar da sociedade.

O marketing social é sem contestação uma estratégia essencialmente útil para a promoção criativa e inclusiva de causas sociais. Este é visto como uma componente principal para a economia moderna. Seus recursos estratégicos e inovadores são cruciais para o combate dos problemas sociais graves que têm afectado o nosso planeta (Lefebvre, 2011). Em casos relacionados com a promoção da saúde, como é o caso de programas de nutrição, há relatos que o marketing social foi particularmente eficaz.

De facto, nem todos os casos ou problemas se ajustam à intervenção do marketing social como estratégia, mas este pode sem dúvidas representar uma ferramenta fundamental de apoio a questões como mobilização comunitária e mudanças estruturais (Andreasen, 2002). O marketing social e suas técnicas beneficiam grandemente a sociedade e o público ao qual se destina (Cheng, Kotler & Lee, 2011).

Seus esforços têm sido concentrados em quatro áreas principais: i) a promoção de saúde (que envolvem mudanças comportamentais ligadas ao uso do tabaco, aleitamento, prevenção em relação ao HIV/SIDA, nutrição, etc.); ii) proteção ambiental (gestão de resíduos, poluição do ar, conservação da água, etc.); iii) prevenção de acidentes (uso do cinto de segurança, violência doméstica, incêndios, etc.); e iv) mobilização da comunidade (deveres cívicos, alfabetização, doação de sangue, etc.) (Kotler & Lee, citado por Cheng, Kotler & Lee, 2011).

Contudo, o marketing social não deve apenas objectivar a mudança de comportamento, pois a sua contribuição transcende a mudança individual do público-alvo. É crucial pensar no marketing social como uma ferramenta de inovação social facilmente aplicável a diversas situações e capaz de gerar o bem-estar da sociedade e dos indivíduos (Lefebvre, 2013; Lefebvre, 2012). Ainda, o foco na mudança individual pode seriamente comprometer a eficácia dos esforços de marketing social. Campanhas de sensibilização para alteração do comportamento dos indivíduos de nada servirão se a envolvente externa não tiver sido tomada em consideração (Wymer, 2009).

De facto, o leque de ferramentas disponibilizadas pela abordagem tem se mostrado de grande

eficácia comparativamente às estratégias de comunicação, mobilização e de sensibilização até então implementadas por diversas ONG's. O uso dos 4 P's, as estratégias de segmentação e a pesquisa de marketing permitem maior conhecimento do público ao qual se pretende atingir, bem como a adequação de todo um programa às suas necessidades. No entanto, Andearson (2003) revela que a abordagem de marketing social ainda tem enfrentado grandes desafios em termos de aceitação ao nível da gestão de topo em organizações não-governamentais.

Muitos gestores têm justificado o seu carisma, espírito inovativo e experiência profunda na área, como suficientes para a implementação de programas e projectos bem-sucedidos. A relutância na implementação da abordagem deve-se igualmente em algum momento pela visão negativa e manipuladora que se tem da área de marketing e da falta de conhecimento de programas projectados a luz das estratégias de marketing social que obtiveram bons resultados. É preciso tomar atenção para “a comercialização” do marketing social, como forma de dar a conhecer a gestão de instituições sobre os benefícios que dela podem advir (Andearson, 2003)

Alguns consideram que o marketing social faz pouco, mas usa os princípios e práticas do marketing genérico para alcançar objetivos não comerciais. Isso é uma simplificação excessiva: o marketing social envolve mudanças de comportamentos aparentemente intratáveis em circunstâncias ambientais, económicas, sociais, políticas e tecnológicas compostas com (mais frequentemente) recursos bastante limitados. Se o objetivo básico dos profissionais de marketing corporativo é satisfazer os acionistas, o ponto principal para os profissionais de marketing social é atender ao desejo da sociedade de melhorar a qualidade de vida. Isso requer uma abordagem de planeamento de longo prazo que vai além do usuário final individual (Serrat, 2010, p. 2).

Por isso, compreender os pressupostos do marketing social operacional e o marketing social estratégico é fundamental para o desenvolvimento de programas inclusivos e ajustados ao problema social em causa. O marketing social operacional oferece ferramentas para o desenho e implementação de programas ou iniciativas de marketing social (onde podemos encontrar disponíveis vários livros e recursos online que orientam a sua produção). No entanto, o marketing social estratégico permite a definição e o desenho de políticas, a definição de objectivos a serem alcançados e a definição de estratégias de intervenção (Lefebvre, 2013; French & Blair-Stevens, 2010).

O desenho de programas/ campanhas de marketing social e a sua implementação por profissionais capacitados e com experiência de campo é imprescindível. No entanto, para a obtenção de resultados significativos na esfera social, política e económica, e não somente ao

nível do comportamento individual, é necessário igualmente pensar em estratégias, modelos de intervenção e desenvolvimento de políticas abrangentes, de longo prazo e com impacto na conjuntura social (Lefebvre, 2013).

Com efeito, em países de África como o nosso, problemas sociais e de saúde transcendem as motivações, atitudes, hábitos ou comportamentos individuais. Para analisarmos as causas ligadas a grande parte destes problemas é necessário realizar uma pesquisa mais a fundo com um enfoque contextual político, económico, cultural e social que no final resultarão em intervenções estratégicas e inovadoras com resultados amplos. Pensemos, por exemplo, na questão sobre igualdade de género e inclusão da mulher.

Figura 2 – Marketing Social Estratégico e Operacional



Fonte: French e Blair-Stevens (2010, p. 70)

Esta é uma questão social bastante problemática actualmente em Moçambique e os esforços na sua resolução têm resultado em acções de sensibilização, educação, influência de políticas de inclusão, combate a criminalidade, criação de associações e fóruns, criação de estratégias de empoderamento, entre outros. Portanto, por grande parte destes problemas sociais envolverem estes subconjuntos de esferas de intervenção, as ONG's têm buscado parcerias para que as suas acções sejam abrangentes e inclusivas (ver abaixo o exemplo sobre o caso da associação

Coalizão em Moçambique).

Caso 1 – Associação da Juventude Moçambicana Coalizão

A Associação Coalizão da Juventude Moçambicana é uma organização sem fins lucrativos com sede Nacional na Cidade de Maputo e com ações em vários pontos de Moçambique actuando na área de Saúde e Direitos Sexual e Reprodutiva. Sendo que, em Nampula, em particular, desenvolve programas virados para o empoderamento da rapariga através de capacitação destas e posterior apoio em habilidades para o seu desenvolvimento harmonioso.

Foi criada em fevereiro de 2005 e os estatutos publicados em 2007, e começou a implementar as actividades de terreno no mesmo ano com apoio do Programa Geração Biz, e é uma das organizações juvenis reconhecida na Cidade de Maputo, e tem alargado o seu foco de acção por mais províncias do País com destaque para províncias de Nampula, Zambézia e Sofala.

A Coalizão tem trabalhado em coordenação com diversas organizações ligadas a matérias de desenvolvimento humano que mais interessam a camada juvenil levando a cabo actividades relacionadas a passagem de informações referentes a Saúde Sexual e Reprodutiva, especialmente com o intuito de reduzir a vulnerabilidade e o risco das raparigas e jovens á infecção pelo HIV, promovendo acções de educação/sensibilização das mulheres e raparigas em questões de saúde, designadamente no que respeita ao HIVe SIDA, e na promoção dos métodos contraceptivos como forma de reduzir as Gravidezes na Adolescência.

A Coalizão é parceira igualmente da CHOICE (For Youth and Sexuality) e têm vindo a trabalhar juntas desde 2016 no programa “Yes I Do”. O programa “Yes I Do” se concentra na prevenção de casamentos prematuras, gravidez precoce e mutilação ou corte genital feminino. Tem como objectivo criar um futuro no qual as meninas adolescentes possam decidir se, quando e com quem se casar, quando ter filhos e se quando casarem, estarão protegidas da mutilação genital. Este programa tem vindo a ser implementado em Moçambique, Etiópia, Malawi, Quénia, Zâmbia, Indonésia e Paquistão.

Fontes: Associação Colizão; CHOICE; Boletim da República (2007)

Os programas ou campanhas de marketing possuem características comuns como a orientação para o consumidor, a troca, a abordagem de planeamento de longo prazo e a influência de

comportamentos tanto a nível individual assim como a nível macro (Lefebvre & Flora, 1988; MacFadyen, Stead & Hastings, 1999; Andreasen, 1994). Alguns destes elementos são inspirados nos princípios do marketing comercial e o seu entendimento é fundamental para o processo de planeamento estratégico dos programas de marketing social.

- A orientação para o consumidor – os profissionais de marketing social precisam compreender as necessidades do público-alvo previamente, se opondo à filosofia de “nós sabemos o que eles precisam” (Lefebvre & Flora, 1988, p.302). O público-alvo deve ser um integrante activo no processo de desenvolvimento das campanhas de marketing social. (MacFadyen, Stead & Hastings, 1999).
- A teoria da troca – “em seu nível mais básico, o modelo de troca social simplesmente declara que as pessoas e organizações interagem de maneira a maximizar suas recompensas e minimizar seus custos” (Bugozzi, 1974, p. 77). Em marketing social, a questão de troca é de difícil aplicação pois envolve questões comportamentais e psicológicas. É fundamental oferecer benefícios superiores em troca de comportamentos voluntários (MacFadyen, Stead & Hastings, 1999).
- Abordagem de planeamento a longo prazo – a perspectiva de longo prazo e a adopção de uma abordagem estratégica são imprescindíveis nos programas de marketing social. Daí, a importância da função de planeamento em marketing social (MacFadyen, Stead & Hastings, 1999).
- Indo além do consumidor individual – como destacamos acima, o marketing social vai além da mudança de comportamento individual. Às vezes, as mudanças no ambiente (social, económico e político) poderão surtir efeitos maiores, sem que necessariamente exijam mudanças propostas ao nível do comportamento individual do público-alvo (MacFadyen, Stead & Hastings, 1999; Hastings, 2003).

Quadro 3 – Tipos de mudança de social por tempo e nível na sociedade

	Nível Micro (Consumidor Individual)	Nível de Grupo (Grupo ou organização)	Nível Macro (Sociedade)
Curto Prazo EXEMPLO	<i>Mudança de Comportamento</i> Presença de clínicas para parar de fumar	<i>Mudança de normas</i> <i>Mudanças Administrativas</i> Remoção de publicidades de tabaco fora das escolas	<i>Mudança de políticas</i> Proibição de todas as formas de publicidade de tabaco
Curto Prazo EXEMPLO	<i>Mudança do estilo de vida</i> Cessamento de fumadores	<i>Mudança organizacional</i> Proibição de venda de tabaco	<i>Evolução sociocultural</i> Erradicação de todas as doenças relacionadas ao tabaco

Fonte: Levy e Zaltman (1975) adaptado de MacFadyen, Stead e Hastings (1999, p. 4).

Por outro lado, o NSMC (2016) inspirado nos preceitos de Alan Andearsen (ano) propõe alguns critérios de referência fundamentais ao planejamento de programas de marketing social. Os critérios servem de orientação para a estruturação de um programa consistente com os princípios e técnicas de marketing social não devendo, portanto, serem confundidos como um processo de como fazer o marketing social.

A proficiência dos critérios se verifica na medida em que criam uma abertura para a criatividade dos que desenvolvem programas de marketing social, bem como a sua adequação aos diferentes problemas e necessidades do público-alvo. São, portanto, ao todo oito (8) critérios de referência, designadamente:

i) "Comportamento" – "Muitos problemas sociais e de saúde têm causas comportamentais" (McFadyen, Stead & Hastings, 2003, p. 694). A compreensão do comportamento, e não só dos seus hábitos e atitudes, é fundamental. Os comportamentos são fortemente influenciados por contextos, características socioculturais e de tempo. Portanto, a compreensão das emoções, motivações ou qualquer outra informação relativa a audiência-alvo, é essencial para o desenho

de acções eficazes (NSMC, 2016).

ii) “Orientação para o cliente” – a compreensão completa das características do público-alvo é importante. Pesquisas, combinação de métodos (qualitativos e quantitativos) para a busca de informações, pré-testes e aproximação da audiência-alvo como sujeitos activos e não como pesquisados, poderão ajudar no seu entendimento e na criação de programas ajustados as suas necessidades (NSMC, 2016).

iii) “Teoria” – são fundamentais para a compreensão de comportamentos e o que motiva as suas acções. A escolha da teoria é feita logo após as pesquisas de orientação ao cliente. São um guia de orientação e informação para o uso dos diferentes métodos de acção e suas bases teóricas podem ser usadas como um pré-teste de intervenção (NSMC, 2016). Teorias são importantes não simplesmente porque elas nos ajudam a entender as causas de problemas, mas porque também nos permitem identificar mecanismos de mudança, determinar por que os programas são bem-sucedidos ou falham, e, talvez o mais importante, guiam-nos para construir melhores programas de prevenção (Gielen & Sleet, 2003, p. 66).

iv) “*Insight*” – os *insights* ou discernimento, envolvem a busca de dados que nos permitirão ter um conhecimento e entendimento profundo sobre o comportamento, motivações e emoções do público-alvo. A aquisição de informações que nos possibilitam os *insights* facilitará, por um lado, a identificação das principais barreiras emocionais e físicas que impedem a mudança do público-alvo, e, por outro, a identificação da melhor combinação de métodos para a prossecução das acções (NSMC, 2016).

v) ”Troca” – em toda a relação existem um leque de expectativas entre as partes, por isso, a adesão de qualquer ideia ou serviço social envolve uma avaliação sobre o custo – benefício da relação a ser estabelecida. Em marketing social, o processo de troca é trabalhoso, pois não envolve apenas a remoção de barreiras, como também a oferta de benefícios atractivos que superem os custos de mudança (NSMC, 2016).

No entanto, o conceito de troca é difícil de aplicação à abordagem de marketing social. Esta não é tao linear como no marketing comercial, o que dificulta a sua aplicabilidade prática e medição (Wood, 2003). Por isso, a criação de um vocabulário próprio da área seria fundamental. Em marketing social, “se houver uma troca envolvida, muitas vezes reflete um significado diferente da palavra 'troca' - uma conversão, um compartilhamento de informações, que mais

tarde pode levar a mudanças de crenças, ações e comportamentos” (Pettie & Pettie, 2003, p. 370).

vi) “Concorrência” - é crucial a compreensão de todos os factores que causam interferência para que as nossas mensagens recebam atenção total do público-alvo. Deve-se compreender tudo que compete pela atenção, tempo e inclinação do público e minimizar o seu impacto (NSMC, 2016).

A concorrência em marketing social pode ser vista na perspectiva individual de inércia em relação à adoção do novo comportamento; na perspectiva de tempo, pois o processo de mudança exigirá do público-alvo a reestruturação da sua agenda diária de trabalho ou afazeres domésticos; nas mensagens concorrentes de outras organizações sociais; e a venda desenfreada de produtos não-sociais pela indústria comercial, por exemplo: o tabaco, álcool, *fast food*, etc. (McFadyen, Stead & Hastings, 1999).

vii) “Segmentação” – não se “pode dizer tudo a todos”. A divisão do público-alvo em segmentos específicos, através de métodos comportamentais e psicográficos, permitirá a obtenção de informações mais detalhadas sobre o segmento e a orientação de estratégias e métodos de intervenção ajustados às suas características (NSMC, 2016). No entanto, Lefebvre (2013) prefere destacá-los como grupos prioritários, pois assim como a priorização dos problemas de acordo com os recursos, a decisão sobre os grupos prioritários e as suas necessidades urgentes ajudará a desenvolver programas mais inclusivos e eficientes.

viii) “Mistura de Métodos” - o uso de mistura de métodos trará melhores resultados aos programas de marketing social - o uso combinado dos quatro P’s e de métodos de intervenção primária (informar, educar, apoiar, projectar e controlar); e o uso da promoção não apenas para comunicar a mensagem, mas também para reiterar o produto social, o preço, o local e os benefícios para o público-alvo (NSMC, 2016).

Concomitantemente, num estudo sobre os programas de higiene das mãos, Mah, Tam e Deshpande (2008) analisaram cinquenta e três (53) intervenções e o emprego de critérios de referência de marketing social. Para o estudo, os autores inspiraram-se nos critérios de referência propostos por Andreasen (2003) pelo NSMC (2016) e outros autores (ver o seguinte quadro 6) e puderam concluir que grande parte das intervenções recorreram a dois ou três

critérios, sendo que na sua maioria não empregaram uma estrutura de marketing social completa.

Embora os resultados do estudo demonstrem que o não emprego de uma estrutura de marketing social na maioria das intervenções não possui uma relação directa com a eficácia dos resultados, as limitações de tempo e o pequeno número de intervenções identificados pelos autores sugerem que mais estudos sejam feitos para a constatação sobre a eficácia das acções.

De facto, a área de marketing social tem sido mal compreendida pelos profissionais e que as técnicas e estratégias emprestadas do marketing comercial, quando bem implementadas, poderão fazer uma grande diferença na resolução de problemas sociais e de saúde (Lefebvre, 2013). Vários programas levados a cabo pelo NSMC, alguns até em Africa, têm mostrado resultados positivos no uso da abordagem de marketing social. (Ver caso 2).

Quadro 4 - Critérios de referência de marketing social

Critérios	Descrição
Foco no comportamento	A intervenção busca influenciar o comportamento de indivíduos ou grupos e possui objetivos mensuráveis específicos.
Pesquisa de Audiência	A intervenção utiliza pesquisa formativa baseada em fontes de dados primárias ou secundárias para identificar características e necessidades de intervenção ou os elementos de intervenção são pré-testados com uma amostra do público.
Projecto baseado em teoria	O desenvolvimento da intervenção e / ou compreensão do público se baseia explicitamente no comportamento ou teorias sociais ou modelos.
Segmentação e Direccionamento	O público da intervenção é dividido em subgrupos chamados “segmentos” que compartilham algo em (por exemplo, tipo de trabalho, características demográficas, desejos ou disposição para mudar) que tenham maior probabilidade de responder de maneira semelhante à intervenção. A estratégia de intervenção visa ou é personalizada para o (s) segmento (s) selecionado (s).

Troca de valor	A intervenção motiva as pessoas a adotar ou sustentar um comportamento, oferecendo benefícios (tangíveis ou intangíveis) e / ou reduzindo custos (barreiras) relacionados ao comportamento. O conceito de troca é atualizado através do desenho e implementação do mix de marketing.
Uso do Mix de marketing	A intervenção tenta usar todos os 4 "Ps" do mix de marketing tradicional (ver abaixo). No presente estudo foi necessária uma intervenção para usar, no mínimo, promoção, produto, identificação de preço, e redução de preço.
Promoção	Comunicação com o público para tornar um produto ou serviço familiar, aceitável e desejável.
Produto	Um produto (ou serviço) é um pacote de benefícios que satisfaz uma necessidade do público.
Preço	Identificação e redução dos custos monetários e não monetários da realização de um comportamento.
Praça (distribuição)	Redução do custo de localização de um produto ou serviço alcançado através do aprimoramento da conveniência e acessibilidade.
Atenção no comportamento concorrente	A intervenção considera comportamentos ou mensagens concorrentes que podem influenciar o público-alvo a não adotar o comportamento desejado
Cultivo de relacionamentos	A intervenção constrói, aprimora e mantém boas relações com o público-alvo; por exemplo, garantindo a qualidade do serviço ou a satisfação do público ou pela participação do público no desenho da intervenção.

Fonte: Mah et al. (2008, p. 263)

Caso 2 – Programa de Prevenção de Malaria pela PSI Quênia

O PSI / Quênia baseia-se numa forte base de evidências e muita pesquisa foi conduzida para informar o programa - antes de 2002, foram realizadas pesquisas sobre preferências e uso da rede. Isso foi realizado por meio de grupos focais em sites localizados. De 2000 a 2001, foi realizada uma pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas (KAP) (questionário domiciliar e individual). O programa PSI / Quênia entrou num mercado que já tinha provedores que eram uma fonte potencial de Concorrência. Para superar essas barreiras, a PSI / Quênia precisava desenvolver um mercado comercial sustentável, com a capacidade do consumidor e a vontade de pagar, aumentando como resultado de experimentar diretamente os benefícios econômicos e à saúde das RTI. Também era necessário desenvolver uma estratégia de comunicação eficaz para destacar os benefícios (de saúde e económicos) das RTI. Foi realizado um lançamento formal do programa para envolver as principais partes interessadas, enquanto foram organizados briefings, reuniões e relatórios para manter as partes interessadas atualizadas com o progresso.

No programa foram aplicados os 4P's de marketing e foi planejado desde o início a realização de pesquisas domiciliares a cada dois anos. A pesquisa TRaC (Tracking Results Continuously) examinou o conhecimento, as atitudes e o uso de ITNs das pessoas e forneceu uma maneira de garantir que as metas fossem atingidas. Os resultados da pesquisa TRaC subsequentemente alimentaram a próxima estratégia de distribuição e comunicação para facilitar ainda mais o alcance das RTI. No entanto, a pesquisa TRaC mostrou que a conscientização sobre os grupos de alto risco apenas aumentou um pouco e estava bem abaixo do objetivo. Acreditava-se que as mensagens nesta campanha eram muito negativas e desarticuladas, portanto as pessoas estavam desligando as mensagens negativas porque a maioria das pessoas não gosta de ouvir más notícias. Uma mudança na estratégia de distribuição, preços e / ou comunicação era urgentemente necessária para que as metas de cobertura rural fossem cumpridas até o final do programa.

Além disso, o DFID-K e o Ministério da Saúde do Quênia estavam sob pressão externa significativa para alcançarem as metas de Abuja. Então DFID-K: Aumentou a meta de cobertura nacional para 75% em 2006, com pelo menos 60% das mulheres grávidas e

crianças menores de 5 anos dormindo sob uma rede; Forneceu US \$ 89,6 milhões em financiamento adicional até março de 2010; permitiu que o PSI / Quênia utilizasse pela primeira vez clínicas do setor público para distribuir ITNs com base no uso bem-sucedido pelo PSI / Quênia de clínicas de saúde do governo nas pesquisas do Malawi e do CDC, que demonstraram que esse canal de distribuição atingiu efetivamente os grupos mais vulneráveis; decidiu que todas as redes do setor comercial deveriam ser empacotadas com um kit de tratamento, concordando em financiar um subsídio de 100% no Power Tab, para que todos os fabricantes e importadores locais de redes recebessem o Power Tab gratuitamente se concordassem em agrupar todas as suas redes com o kit de tratamento em casa; e solicitou ao PSI / Quênia que considerasse as opções de médio a longo prazo sobre como aumentar o papel do setor de redes comerciais, especialmente considerando que algumas redes importadas foram capazes de competir com ou até reduzir o preço da marca subsidiada Supanet. As opções incluíam a alocação do nome da marca Supanet para fabricantes locais ou a retirada do Supanet de alguns mercados onde as marcas locais estavam amplamente disponíveis.

Fonte: NSMC (2006)

Acredita-se deste modo que a abordagem de marketing social oferece uma estrutura mais elaborada de pesquisa e planeamento aos programas de resolução de problemas sociais e garantam o sucesso no alcance dos objectivos e metas. Kotler e Lee (2008) destacam dez (10) passos importantes a serem seguidos para o desenvolvimento de um plano de marketing social. aos quais se apresenta, de seguida, uma síntese dos elementos do plano de marketing social.

Assim, é incontestável o crescente reconhecimento da área de marketing social como abordagem de intervenção em problemas sociais que afectam a nossa sociedade. O programa desenhado pelo NSMC (Caso 2) em África, no Quênia, é um exemplo da sua capacidade benéfica e eficaz para a resolução dos problemas sociais. No entanto, alguns autores, como evidenciámos no início do capítulo, destacam desafios ligados principalmente à percepção negativa da abordagem e a resistência na sua aplicabilidade enquanto estratégia de intervenção para a mudança social e de comportamentos.

Mas, ao analisarmos a Estratégia de comunicação proposta pela Ministério de Saúde – MISAU (2015) para a mudança social e de comportamento para a prevenção da desnutrição em

Moçambique, percebemos uma semelhança interessante entre o que Kotler e Lee (2008) propõem em termos estruturais para o planeamento de programas de marketing social e a sugestão proposta pela MISAU (2015) para a criação de um programa de mudança social e de comportamento para os problemas de desnutrição (Ver figura 3).

Figura 3 - Orientações para implementação de programas

A presente estratégia fornece as bases para uma abordagem harmonizada de CMSC para a prevenção da desnutrição em Moçambique, incluindo as práticas recomendadas que os intervenientes em CMSC e nutrição consideram que são actualmente uma prioridade em Moçambique e nas quais os implementadores devem focalizar os seus esforços, e as mudanças desejadas para audiências primárias e secundárias. Contudo, as restantes componentes do quadro de mudança de comportamento têm de ser ajustadas para reflectir a realidade de cada programa, tendo em conta o contexto socio-cultural específico onde a implementação das intervenções de CMSC decorrerá.

Esta secção apresenta orientações para os implementadores poderem fazer esse ajuste com sucesso.

Princípios Orientadores da CMSC

Os princípios chave para orientar a CMSC com sucesso incluem:⁷⁷

1. Seguir uma abordagem sistemática;
2. Usar a pesquisa (não presunções) para orientar o programa;
3. Considerar o contexto social;
4. Manter o enfoque sobre a audiência alvo;
5. Usar teorias e modelos para orientar as decisões tomadas;
6. Envolver parceiros e comunidades ao longo de todo o processo;
7. Definir objectivos realísticos e considerar o seu custo-eficácia;
8. Usar canais, actividades e materiais de comunicação que se reforçam mutuamente a vários níveis;
9. Escolher estratégias que sejam motivacionais e que estão orientadas para a acção;
10. Garantir a qualidade em todos os passos.

Figura 4. O Processo C-Planificar



77777 Adaptado do Health Communication Partnership, Pálková-Bretholz, CCP at IFHC 2009; Mcree, Hancock, Cox, Garske, ALAKA Model (2005), Parker, Daringfield, and Darden, The Integrated Strategy Wheel (1996); ACD, Tool Box for Building Health Communication Research (1995); National Cancer Institute, Health Communication Practice Guide (1997).

Fonte: MISAU (2015, p. 45)

Naturalmente que tais semelhanças se devem ao facto de ser um documento sobre a Estratégia de Comunicação e porque o documento é inspirado no projecto C-Change (Comunicação para a mudança), na Universidade John Hopkins, Academia para o Desenvolvimento Educacional, e no Instituto Nacional de Cancro dos Estados Unidos da América. No entanto, percebemos aqui um ponto de início elementar para que primeiro haja uma maior aceitação da área ao nível dos profissionais de saúde e ao nível das organizações não-governamentais, e segundo para

que a sua aplicabilidade aos programas de intervenção seja efectiva.

Assim, a intervenção de marketing social, quando implementada pelos programas de mudança comportamental ou intervenções orientadas para a sensibilização, informação, educação e advocacia, parece-nos obter resultados visíveis e efectivos na comunidade. Por outro lado, ao propor teorias e modelos já testados, a intervenção consegue adequar o programa às características da população e garantir o alcance dos objectivos.

Deste modo, veremos no subcapítulo seguinte alguns dos modelos e teorias aplicadas nos programas de marketing social e a sua importância para o alcance de resultados. Contudo, por serem inspirados em áreas como a psicologia comportamental, estudos sociológicos, antropológicos, etc. Sendo que especificaremos os mais implementados em programas e referenciados ao nível dos programas de marketing social.

2.3 Teorias, estratégias e modelos de intervenção em marketing social

Quando o centro das questões são os problemas de saúde pública, o alcance de resultados significativos e o alcance de uma efectiva mudança de comportamento é normalmente difícil. Exigindo deste modo, acções integradas de marketing social e a proposição de teorias e modelos eficazes. As teorias e modelos em marketing social representam um suporte fundamental para a compreensão do problema e dos métodos adequados para o processo de mudança.

As teorias são aplicadas para que toda a concepção do programa de marketing social não seja baseado em suposições sobre o que motivou o desenvolvimento do problema. Assim, estas podem fazer a diferença na medida em que nos ajudam a responder a questões sobre que problema resolver e como, os objectivos a seguir, como segmentar e que grupos são prioritários, por quais estratégias e táticas optar, quais as melhores mensagens, que comportamentos ou hábitos promover, etc. (Lefebvre, 2001 citado por Lefebvre, 2013).

Algumas das teorias e modelos têm uma base comportamental de educação para a saúde (Donovan, 2011; ONUSIDA, 1999). E por possuírem uma componente já testada empiricamente, as teorias e modelos fornecem uma base importante para a compreensão dos factores que envolvem o problema e nos ajudam a definir acções eficazes de intervenção

(Donovan, 2011). “É importante compreender o uso da teoria, pois ela pode fortalecer e aprimorar o desenvolvimento e a execução de intervenções de marketing social e, portanto, melhorar e fortalecer seu potencial impacto e eficácia” (Blair-Stevens, Reynolds & Christoupolos, 2010, p. 45).

Destacam-se assim algumas teorias e modelos com foco nos indivíduos (ONUSIDA, 1999) ou modelos de decisão cognitiva (Donovan, 2011), teorias e modelos sociais e, teorias e modelos propostos à luz de factores estruturais e de ambiente (ONUSIDA, 1999; Donovan, 2011; Lefebvre e Kotler, 2011; Rogers, 1995; Gomes, 2007; Israel, Checkoway, Schulz e Zimmerman, 1994). A teoria de Economia comportamental, Design thinking e Demarketing propostos por Kotler e Lefebvre (2011). Os *modelos Carrots, Sticks and Promises* e *People and Places Framework* de Lefebvre (2013) e Maibach, Abrams e Marosits (2007).

- Teorias e modelos com foco nos indivíduos

Estas teorias e modelos estudam os factores cognitivo-comportamentais que impulsionam as atitudes e comportamentos dos indivíduos (ONUSIDA, 1999). Igualmente referenciadas como modelos de decisão cognitiva em que destacam que as crenças de um individuo em relação a determinada pessoa, grupo, comportamento ou situação, resultaram na sua atitude em relação a essa pessoa, grupo, comportamento ou situação (Donovan, 2011). As teorias e modelos com foco nos indivíduos levam em conta constructos cognitivo-atitudeis e afectivo-motivacionais. No entanto, estas não devem ser consideradas como independentes das relações sociais, culturais e ambientais (ONUSIDA, 1999).

i) “Modelo de crença na saúde”

Criado na década de 50 do século XX, este modelo acredita que para a mudança ocorrer precisamos mudar as crenças do individuo e oferecer benefícios que superem os custos de mudança. Pois, os indivíduos normalmente fazem uma análise comparativa entre os custos de mudança e os benefícios que advirão dela. Para o modelo de crença na saúde, os indivíduos precisam passar por algumas etapas para conseguirem mudar, respectivamente, de comportamento.

Quadro 5 – Modelo de crença na saúde

Susceptibilidade percebida a um problema particular de saúde	(“estou em risco em relação ao HIV?”)
Gravidade percebida dessa condição	(“quão grave é o SIDA; quão dura há de ser a minha vida se for infectado?”)
Crença na eficácia do novo comportamento	(“os preservativos são eficientes contra a transmissão do HIV”)
Disposições para a acção	(“testemunhar a morte ou doença de um grande amigo ou familiar devido ao SIDA”)
Sentir as vantagens da acção preventiva	(“se começo a usar o preservativo, evito a infecção do HIV”)
Barreiras para iniciar a acção	(“não gosto de usar preservativos”)

Fonte: ONUSIDA (1999, p. 6); Donovan (2011, p. 16)

ii) “Teoria cognitiva ou da aprendizagem social” (TSC)

Considera que o indivíduo adopta determinados comportamentos mediante a aprendizagem ou imitando o comportamento de outros. Tem como princípios a autoeficácia (crenças na habilidade de implementar o comportamento necessário) e os resultados esperados (crenças nos resultados positivos) (ONUSIDA, 1999). Por outro lado, esta teoria não só sustenta que alguns reforços sobre novos comportamentos (como por ex. estímulos através de normas sociais) podem resultar em novas atitudes, como também na observação do comportamento das outras pessoas (Donovan, 2011).

Portanto, as pessoas “modelos” poderão desempenhar um papel de reforço importante para que a audiência-alvo imite o comportamento desejado. Naturalmente que questões como a credibilidade, atractividade (física), conhecimento (técnico) e empatia em relação à audiência, serão levados em conta (Donovan, 2011). Entre outras bases identificadas por Donovan (2011), acreditamos que esta teoria possui algumas raízes nas teorias comunicacionais dos *mass media*. A abordagem empírico-experimental de persuasão revela que a credibilidade do comunicador influencia directamente na aceitação da mensagem por parte da audiência (Wolf, 2008).

iii) “Teoria da acção racionalizada”

Admite-se que as pessoas são normalmente racionais e fazem uma avaliação das informações para adopção de determinado comportamento. Esta teoria foi desenvolvida por Fishbeim e Ajzen na década de 60 do século XX e assim como no modelo de crença na saúde, considera os benefícios e barreiras no processo de mudança. Entretanto, a questão de intenção comportamental é evidenciada e é movida pela (1) atitude (em relação ao comportamento) e (2) as normas subjectivas, p. ex: influência social (ONUSIDA, 1999; Donovan, 2011).

As atitudes são influenciadas pelas crenças (positivas ou negativas) de um individuo em relação a um comportamento. E as normas subjectivas são a função de quão significativas as outras pessoas vêm o comportamento e como o individuo pondera e se conforma com tal opinião (Donovan, 2011). Por exemplo: pais podem ter uma atitude positiva em relação a dar doces e *fast food* às crianças, mas não adoptarem tal comportamento porque a escola não o permite e defende a alimentação saudável para a saúde das crianças.

Entretanto, ao explorar atitudes e crenças para prever intenções e comportamentos devemos ser precisos em relação ao comportamento que pretendemos mudar. Por exemplo: mães podem ter uma atitude positiva em relação a oferecer uma alimentação saudável aos seus filhos, mas não terem condições monetárias suficientes para pagar um preço alto por alimentos mais saudáveis e orgânicos. Portanto, intervenções que usam esta teoria devem ter em conta o comportamento que pretendem mudar, em que contexto e em que prazo de tempo (Donovan, 2011).

iv) ”Modelo das etapas de mudança”

Este modelo identifica as etapas pelas quais os indivíduos passam no processo de mudança de comportamento. As intervenções que usam neste modelo devem identificar as etapas em que se encontram os públicos-alvo e definir acções de acordo. De realçar que os indivíduos passam por todas as etapas especificadas no modelo sem que, no entanto, passem por elas de forma linear. Portanto, a ONUSIDA (1999, p. 7) descreve as etapas como:

- Pré-contemplação (não considerou o uso do preservativo)

- Contemplação (reconhece a necessidade de usar o preservativo)
 - Preparação (começa a pensar em usar preservativo nos próximos meses)
 - Acção (usa preservativos consistentemente em menos de 6 meses)
 - Manutenção (usa preservativo consistentemente durante 6 meses ou mais)
 - Recaída (“tropeça” no tocante ao uso do preservativo)
-
- Teorias e Modelos Sociais

Para compreendermos de modo profundo os factores de influência sobre a adopção, ou não, de determinados comportamentos, precisamos não só analisar impulsionadores cognitivo-comportamentais dos indivíduos, como também a influência exercida pelas relações sociais, conjuntura cultural, ambiental e económica que rodeiam o indivíduo (ONUSIDA, 1999). Há, portanto, que destacar que “pessoas criam sistemas sociais e as suas vidas são, por sua vez, influenciadas por elas. O autodesenvolvimento humano, a adaptação e a mudança, envolvem uma interacção dinâmica entre influências estruturais pessoais e sociais dentro do contexto social mais amplo” (Bandura, 2012, p. 53).

i) “Teoria de Difusão de inovações”

“A difusão é o processo pelo qual uma inovação é comunicada através de certos canais ao longo do tempo entre os membros de um sistema social” (Rogers, 1995, p. 10). A teoria de difusão de inovações foi primeiramente introduzida por Rogers (1995) e adoptada pelo marketing comercial. Mas, nos últimos 15 anos tem atraído atenções para a área de saúde pública e aplicada a programas em países em desenvolvimento (Donovan, 2011).

Refere-se à análise de como uma ideia é disseminada entre um grupo social ou comunidade. Grande parte das vezes uma nova ideia pode levar um curso normal de tempo até que seja adoptada por determinado público-alvo. Mas, a teoria de difusão de inovações tem sido aplicada de modo a acelerar o processo de adopção. Assim como a teoria de influência social, as pessoas “modelos” exercem um papel fundamental no processo de aceitação da nova ideia e na mudança de comportamento (ONUSIDA, 1999; Rogers, 1995).

Juízos favoráveis de pessoas pelas quais os indivíduos nutrem respeito irá influenciar em

grande medida a adopção da nova ideia. Esta teoria leva em conta quatro (4) elementos principais: a inovação; canais de comunicação; o tempo; e o sistema social (ONUSIDA, 1999; Rogers, 1995). A inovação refere-se à ideia, prática ou objecto percebido pelo individuo ou grupo. A novidade na inovação não é medida em termos de conhecimento por parte do individuo, ou seja, o individuo ou grupo poderá ter informações sobre um assunto por anos, mas não ter uma atitude (positiva ou negativa) em relação a ele. Portanto, a inovação é expressa em termos de conhecimento, persuasão ou decisão de adoptar (Rogers, 1995).

Por outro lado, a difusão envolve comunicações e relações de troca entre indivíduos familiarizados com a inovação e indivíduos ou grupos sem experiência em relação à inovação. Para tal, são usados canais de comunicação (como p. ex: televisão, rádio, redes sociais, etc.). Entretanto, pesquisas revelam que o canal interpessoal (cara-a-cara) de comunicação tem revelado melhores resultados no processo. As pessoas tendem assim a adoptar novas ideias quando pessoas próximas e pelas quais nutrem respeito, também adoptam a ideia (pessoas modelos) (Rogers, 1995).

Em terceiro lugar está o tempo. Todo processo de difusão de uma nova ideia envolve a componente de tempo para que o individuo ou grupo adopte, ou não. O tempo envolve o conhecimento (familiarização em relação a nova ideia, pratica ou objecto); a persuasão (desenvolvimento de uma atitude, seja favorável ou não, sobre a ideia); decisão (escolha sobre a adopção ou não); implementação (uso da ideia) e confirmação (reforço sobre o uso da nova ideia) (Rogers, 1995; Gomes, 2007).

Por último, o sistema social envolve os indivíduos, grupos informais, organizações e/ou subsistemas e as suas inter-relações. A difusão da ideia ocorre dentro de um sistema social e toda a sua composição influenciará no processo de adopção. Com efeito, líderes de opinião, agentes transformadores, normas sociais, etc. deverão ser analisados para que a ideia, prática ou objecto seja difundido (Rogers, 1995; Gomes, 2007).

ii) "Teoria de influência social ou modelo de inoculação social"

Admite que a influência social exercida pela sociedade pode ser um factor crítico para adopção de comportamentos de risco. Este é um modelo educacional aplicado principalmente aos jovens e foi testado em questões de início precoce à vida sexual e consumo excessivo do tabaco. Neste modelo, colocam pessoas "modelos" (principalmente jovens mais velhos) para ajudar os

grupos-alvo de jovens mais novos a lidarem com as pressões da sociedade, apresentarem informações, discutirem problemas, ensino de capacidades, etc. (ONUSIDA, 1999).

iii) “Teoria das redes sociais”

Analisa o comportamento social como uma consequência não apenas oriunda de factores cognitivo-comportamentais de um individuo, mas sim das relações sociais que este mantém com os outros. É uma teoria que avalia o comportamento influenciador de outra pessoa e de como algumas pessoas presentes nessa relação podem colocar outras em risco. Esta teoria é uma teoria testada em questões de saúde sexual e o comportamento entre os parceiros (ONUSIDA, 1999).

Para a ONUSIDA (1999), nesta teoria devem ser avaliadas questões como: a composição das redes sociais; suas atitudes em relação ao problema; se a rede social oferece apoio para a mudança de comportamento; e se algumas pessoas específicas dentro da rede estão em condições de risco ou podem colocar outras em risco.

Ainda que pouco testada em problemas sociais e de saúde, acredita-se que esta teoria oferece um suporte fundamental a outras teorias de mudança comportamental (ONUSIDA, 1999). No entanto, pesquisas actuais revelam que esta teoria é fundamental para perceber o comportamento entre os grupos e a influência exercida. A preocupação dos profissionais de marketing social reflecte-se sobre a proposição de estratégias para diminuição de doenças e problemas de saúde pública. Sendo que a compreensão das redes sociais pode ser o começo (Lefebvre, 2011)

iv) “Teoria de género e poder”

É uma teoria social estrutural em que avalia os factores sociais, de poder, autoridade, influências afectivas e normas específicas de género dentro dos relacionamentos heterossexuais. Esta teoria oferece uma análise importante sobre o papel da mulher em situações de risco e a influência o impacto das diferenças de género para as relações interpessoais (ONUSIDA, 1995).

Factores estruturais e de ambiente

i) “Teoria para a mudança individual e social ou modelo de potenciação (empowerment)”

É essencialmente uma teoria com foco no diálogo, no processo de cocriação de uma consciência crítica dos participantes em relação às suas envolventes, pessoais, mas também

sociais, económicas e políticas, e de estímulo de acções que resultem no combate às forças opressivas (ONUSIDA, 1999). O modelo apoia-se assim na premissa de participação e de informação para que as pessoas se sintam capazes de agir diante de determinadas situações que as envolvam. E, “ao contrário das abordagens reactivas derivadas de um modelo de tratamento ou de doenças, o conceito de empoderamento é positivo e proactivo” (Israel et al, 1994, p. 4).

Israel et al (1994) argumenta que o modelo de potenciação ou de empoderamento é definido em três níveis de análise: individual, organizacional e comunitário. A potenciação individual que diz respeito à capacidade do individuo tomar decisões e ter controlo sobre sua vida pessoal, semelhante a outros constructos psicológicos e de autoeficácia e autoestima. Organizações empoderadas possuem características democráticas e influenciadores, permitindo que seus membros reúnam esforços para atingirem objectivos comuns. Estas permitem que os indivíduos desenvolvam o seu poder sobre a organização e influencia, de natureza política e de decisões na comunidade.

Por último, a potenciação das comunidades ocorre quando indivíduos e organizações reúnem esforços e recursos para responderem às suas necessidades. Através da participação, indivíduos e organizações dentro da comunidade empoderada, desempenham um papel de autoapoio, resolução de conflitos e aumento da sua influência sobre a qualidade dentro da comunidade.

ii) “Modelo ecológico social para a promoção da saúde”

Este modelo analisa a relação entre o individuo e o ambiente e destaca factores de influência sobre o seu comportamento. É baseado na ideia de que a mudança estrutural do ambiente é necessária para influenciar a mudança comportamental individual. No entanto, é igualmente necessário realizar intervenções do individuo para ajudar na implementação dessas mudanças (McLaren e Hawe, 2005; McLeroy, Bibeau, Steckler e Glanz, 1988). Neste modelo, são analisados cinco (5) níveis de análise e de influência do comportamento. Cada um desses níveis se refletirá em estratégias de intervenção. Nomeadamente:

- (1) Factores intrapessoais – características do individuo, tais como conhecimento, atitudes, comportamento, auto-concepção, habilidades
- (2) Processos interpessoais e redes sociais formais e informais de grupos primários e sistemas de apoio social, incluindo a família, grupos de trabalho e amigos
- (3) Factores institucionais – instituições sociais com características organizacionais e regras e regulamentos formais e informais para o seu funcionamento

(4) Factores comunitários – relacionamento entre organizações, instituições e redes informais dentro de fronteiras definidas

- Política pública – leis e políticas locais, estatais e nacionais (McLeroy et al, 1988, p.355).

iii) “Factores socioeconómicos”

Centra-se na observância dos principais factores socioeconómicos e o seu papel de influência sobre o comportamento das pessoas. Em estudos sobre HIV-Sida, as condições socioeconómicas (pobreza excessiva, instabilidade civil, índices baixos de alfabetização, etc) representam um grande potenciador nos níveis de contaminação (ONUSIDA, 1999). De facto, em grande parte dos problemas sociais vigentes em Africa (subnutrição, saneamento, índices elevados de malária, etc.) resultam das condições débeis em termos sociais e económicos das populações.

- A economia Comportamental

Representa um modelo útil de ajuda para o processo de tomada de decisão das pessoas. A economia padrão encara as pessoas como seres racionais que pesam as suas acções durante o processo de compra. Mas, a economia comportamental olha para questões emocionais, sociais e psicológicas (que nem sempre são racionais) e a influência exercida pelos outros no que se refere a comportamentos, hábitos, ideias, etc. (NSMC, 2016). Por outro lado, a ideia passada pela economia comportamental tem sido usada por muitos governos para a influência de políticas públicas em vários países (NSMC, 2016; Lefebvre & Kotler, 2011).

Por isso, a economia comportamental pode oferecer uma estrutura e ferramentas importantes aos profissionais de marketing social e assim contribuir para a mudança social. Ainda “existem aspectos da economia comportamental que apoiam a abordagem de marketing social, incluindo a desconfiança de abordagens racionais de mudança, o foco sobre determinantes situacionais do comportamento, a necessidade aumentar o acesso e as oportunidades de mudança” (Lefebvre & Kotler, 2011, p. 83).

- Design Thinking

Este é um modelo que defende o uso de ideias inovadoras em intervenções sociais. Deste modo,

centra-se em buscar ideias inovadoras e diferentes com impactos efectivos sobre as acções. O pensamento de *design thinking* procura ajustar-se ao que o público quer trazendo como novas possibilidades e se distancia de soluções antigas aplicadas a problemas semelhantes (Lefebvre & Kotler, 2011). Uma das inovações do modelo, é a centralidade nas características e na perspectiva do publico, como é caso da experiência realizada por Bakinger et (2010) para a cessação do consumo de tabaco.

“*Design thinking* - hereditariamente otimista, construtivo e experimental - aborda as necessidades das pessoas que consumirão um produto ou serviço e as infraestruturas que permitem isso”. Cada vez mais, as empresas sem fins lucrativos implementam a ideia de *design thinking* para resolver os problemas sociais. Um dos exemplos do sucesso deste modelo é uso das redes mosquiteiras em programas de prevenção da malária em África (Brown & Wyatt, 2010, p. 32).

- Demarketing

Diante dos enormes problemas sociais no Mundo, mudanças comportamentais a nível do individuo com impacto na sociedade não são mais suficientes. Um desafio maior actual se concentra em mudanças em termos estruturais e de ambiente que resultem em desencorajamento de hábitos, atitudes e comportamentos prejudiciais ao individuo, sociedade e meio ambiente no geral (Lefebvre & Kotler, 2011).

A ideia de *Demarketing* é antiga embora pouco aplicada. Sua aplicabilidade ao marketing social diz respeito ao desencorajamento de determinados comportamentos através de criações de políticas públicas proibitivas ou que encorajem comportamentos saudáveis. Entretanto, na prática, o *demarketing* é de difícil compreensão pelos profissionais de marketing social (Lefebvre, 2013).

Assim, ao nível do marketing social os objectivos de *Demarketing* podem ser “aumentar, estabilizar, diminuir ou eliminar a demanda por certos produtos, como preservativos, drogas ilícitas, produtos de tabaco ou fast food. O objetivo também pode alterar a composição dos grupos que participam na demanda...” (Lefebvre & Kotler, 2011, p. 89).

- Modelo “*Carrots, sticks and promises*”

Modelo em que o marketing social é visto como uma das três ferramentas estratégicas importantes juntamente com a educação e a lei. A educação pode ser uma ferramenta útil na transmissão de informações e na influência para a mudança de comportamento; a lei pode influenciar comportamentos de forma coerciva e não voluntária. Assim, estas duas áreas relacionam-se com o marketing social ajudando no processo de influência voluntária quando há um desejo intrínseco pela mudança, ou ainda, pela influência não voluntária quando manifesta uma certa resistência na adoção de comportamentos pelos indivíduos (Rothschild, 1999 citado por Lefebvre, 2013).

No entanto, deve-se ter igualmente atenção ao modelo MOA (motivação, oportunidade e capacidade/aptidão), em que no processo de mudança de comportamento é crucial levar em consideração a motivação, ou não, dos indivíduos para alteração do comportamento; a existência de oportunidades disponíveis para que as pessoas adotem o novo comportamento; e a presença de habilidades necessárias para adoção do novo comportamento (Lefebvre, 2013).

Imaginemos, por exemplo, uma campanha de marketing social destinada à promoção do uso de cinto de segurança pelos condutores. O marketing social e a educação poderiam ser ferramentas estratégicas úteis para a sensibilização e motivação no uso de cinto de segurança; a lei funcionaria como meio coercivo para pessoas que apresentassem comportamentos resistentes. Numa outra vertente, a educação e o marketing social poderiam igualmente criar oportunidades para uso e desenvolver habilidades na adoção do novo comportamento. No caso do desenvolvimento de oportunidades e habilidades, a lei poderia não ser de grande utilidade, frustrando os indivíduos que por acaso não as detivessem.

- Modelo “*people and places framework*”

O modelo *people and places framework* é inspirado em modelos ecológicos e de saúde pública, destacando a relação entre as populações e o seu ambiente como forma de explicar o comportamento adoptado em casos de saúde pública. Neste modelo, estão presentes três níveis de análise e para cada nível destacam-se alguns atributos importantes, embora não estáticos e únicos, que podem influenciar o comportamento (Maibach, Abrams & Marosits, 2007).

O primeiro é o nível individual, em que devemos ter em conta a percepção, emoções, habilidades, motivação, predisposições biológicas e fatores demográficos. Ao nível das redes sociais destacam-se o tamanho e a interligação entre as pessoas na rede social, o grau de

influência entre os membros da rede social, a diversidade dos laços afectivos dentro da rede social e a influência positiva dos líderes de opinião sobre a rede social. Ao nível de grupo ou das comunidades ou populacional verificam-se atributos como a cultura, as normas sociais, o capital social, a coesão social, entre outros (Maibach, Abrams & Marosits, 2007).

Não obstante, os autores destacam quatro factores principais do meio ambiente que devem ser observados relativamente ao comportamento das pessoas na saúde pública, respectivamente:

- i) Quanto maior é a disponibilidade de produtos e serviços bons para a saúde, melhor será a disponibilidade de produtos e serviços de saúde que tenham em vista o bem-estar dos indivíduos e a sua vida saudável. Em contrapartida, quanto maior for a disponibilização de produtos e serviços prejudiciais à saúde, maior será a probabilidade de prejuízo na saúde das populações (por exemplo: estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas, venda de cigarros, etc.)
- ii) Por outro lado, as estruturas físicas no nosso meio ambiente podem igualmente estimular hábitos saudáveis, ou não, nas pessoas. A concepção de estradas, como as ruas limpas, estradas sem buracos, calçadas de fácil acesso podem estimular hábitos de actividade física saudáveis, bem como a redução de acidentes.
- iii) Ainda, a estrutura social constitui igualmente um grande condicionante para o comportamento adequado e benéfico da saúde das populações. As políticas e leis estipuladas podem em grande medida diminuir os índices de acidentes (uso do cinto de segurança, limites de velocidade), promover hábitos alimentares saudáveis (programas escolares para alimentação saudável), leis proibitivas de consumo do álcool por jovens menores de 18 anos, entre outros.
- iv) Por último, a presença dos media são igualmente um factor condicionante para o comportamento adequado ou discricionário dos indivíduos. A publicidade emitida na televisão, radio e outros media, influenciam em grande medida as escolhas individuais. Por exemplo, a publicidade que evidencia uma alimentação saudável pode estimular gostos e percepções positivas em relação aos indivíduos. Em contrapartida, as mensagens sobre alimentações gordurosas e pouco saudáveis poderão produzir efeitos negativos.

Nesta perspectiva, diante dos modelos e teorias focadas, podemos observar a importância que representam e a distinção que proporcionam aos programas de marketing social. Por outro lado, a intervenção de marketing social associado aos programas de educação para saúde desenvolvidos pelos governos, pode conferir aos problemas sociais de saúde, uma solução mais efectiva, estratégica e inovadora.

Assim, no próximo capítulo, nos iremos debruçar sobre a importância, aplicabilidade e o papel do marketing social em programas de promoção de saúde, para os problemas de desnutrição. Além disso, numa segunda perspectiva de análise, dedicaremos um olhar sobre o papel desempenhado pelas organizações não-governamentais em Moçambique, sobre o seu impacto nos programas de desnutrição e a distinção que conferem no processo de desenvolvimento do país, na sua sustentabilidade e redução dos problemas sociais.

Capítulo III - Intervenção do marketing social na promoção da saúde pública

3.1 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. No entanto, na actualidade, transcende o campo da medicina abrangendo outros campos do saber em que cada uma das entidades neles envolvidos desempenha um papel importante e de responsabilidades indispensáveis. 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 & 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.

A promoção da saúde possui uma história relativamente curta. O seu conceito e implantação foi primeiramente proposto em países desenvolvidos como o Canadá, Estados Unidos, Bélgica, Reino Unido, entre outros. Os motivos da sua implementação tardia deveram-se ao facto dos altos custos envolvidos na melhoria das condições de vida e na incapacidade do Estado de cobrir tais custos. Dessa forma, para que a qualidade de vida das populações seja melhorada, torna-se fundamental o estabelecimento de parcerias e a mobilização de toda sociedade (Rabello, 2010).

Nos Estados Unidos, em particular, o conceito desenvolveu-se à medida em que se registava um aumento significativo de doenças infecciosas como pneumonia, influenza, tuberculose, etc. e a consequente diminuição da expectativa de vida das pessoas. Com efeito, a descoberta de antibióticos e a melhoria das condições de saneamento contribuíram para o seu melhoramento. No entanto, com o progresso das condições de saneamento e a cura para as doenças infecciosas, outros problemas acabam por surgir (Snelling, 2014).

As escolhas individuais, os hábitos e condições ambientais estão por detrás do desenvolvimento de doenças crónicas ao longo do tempo. Essas doenças exigem muito mais do que meios de cura, havendo a necessidade de busca de meios de prevenção, mudança do estilo de vida, mudança de comportamento, etc. Por isso, os profissionais de promoção de saúde nos EUA não só passaram a preocupar-se com as condições de saúde e o desenvolvimento de doenças crónicas, como também no estudo dos hábitos e escolhas que despoletavam essas doenças e a influência que tinham sobre a qualidade de vida (Snelling, 2014; McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988).

O desenvolvimento da promoção da saúde nos Estados Unidos teve um múltiplo interesse nos sectores privado, público e profissional. No sector privado levou ao desenvolvimento de uma série de programas de promoção de saúde no sector de trabalho, no mercado de alimentos

saudáveis e no ramo do bem-estar físico. No sector público, levou a prevenção de doenças como o colesterol alto, a hipertensão e a criação de centros de prevenção de doenças. E no ramo profissional, foram vários os estudos e investigações realizados para o aprofundamento da área enquanto disciplina (McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988).

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa, em 1986, e foi principalmente uma resposta às crescentes expectativas de um novo movimento de saúde pública em todo o mundo. Lançou uma série de ações entre organizações internacionais, governos nacionais e comunidades locais para atingir a meta de "Saúde para Todos" até o ano 2000 e além. As estratégias básicas para a promoção da saúde identificadas na Carta de Ottawa foram: advogar (aumentar os fatores que incentivam a saúde), habilitar (permitir que todas as pessoas alcancem a equidade em saúde) e mediar (através da colaboração em todos os setores) (WHO, 2021).

Nesta perspectiva, facilmente se observa que a promoção da saúde representa uma área com objectivos directos sobre o bem-estar da sociedade, e a proposição de meios sociais e ambientais que os concretizem. Assim, “a promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas a aumentar o controle sobre os determinantes da saúde e, assim, melhorar sua saúde. A participação é essencial para sustentar ações de promoção da saúde” (Nutbeam, 1998, p. 1).

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 & Currie, 1992).

Neste contexto, “a promoção da saúde enquadra a saúde como um recurso para a vida cotidiana, e descreve a criação de saúde como um processo de aumento do controle das pessoas sobre sua saúde e seus determinantes” (Kickbusch, 2001, p. 6). Deste modo, estratégias como a alfabetização e educação, a advocacia, o empoderamento, o suporte em teorias comportamentais, o uso dos meios e estratégias de comunicação, entre outros, são imprescindíveis para a efectividade dos programas de promoção de saúde.

A promoção de saúde tem, deste modo, o seu foco em quatro aspectos principais de acordo com a WHO (2021):

- “A boa governança” – olha para o melhoramento constante de políticas públicas para que se crie um sistema orientado para a sustentabilidade, para a promoção de escolhas saudáveis e que procure a colaboração de toda a sociedade. Esta abordagem destaca que as decisões tomadas em outros sectores (educação, renda, etc.) possuem um impacto directo na saúde e nas escolhas individuais das pessoas.
- “Educação em saúde” – orientada para a alfabetização em saúde, esta abordagem acredita que os indivíduos conscientes podem melhorar a sua condição de saúde, da sua comunidade e serem um ponto chave de pressão para uma boa governação, responsabilização e equidade em saúde.
- “Configurações saudáveis” – com a sua origem na estratégia de Saúde para Todos da WHO, versa sobre princípios como a participação da comunidade, parceria, empoderamento e equidade, desenvolvendo programas que respondam a cada um desses princípios.
- “Mobilização social” – é crucial o desenvolvimento de um senso crítico na comunidade, bem como o aumento da sua procura por serviços e recursos de saúde que visem a melhoria das condições de vida.

Em intervenções sociais de saúde, a consciencialização e desenvolvimento de competências nas diversas áreas torna-se fundamental. Vejamos, por exemplo, o programa desenvolvido pela UNESCO em Moçambique nas províncias de Nampula e Maputo. De acordo com a ONU News (2019) é um programa orientado para famílias não alfabetizadas e contempla alfabetização, o ensino de matemática e competências do dia a dia, tais como técnicas de higiene, nutrição e educação dos filhos. O programa envolve igualmente a educação infantil, pois em Moçambique este é um dos grandes problemas para as altas taxas de analfabetismo que o país enfrenta e que influenciam igualmente para os índices de pobreza.

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, como mostra o quadro 6 abaixo (Corcoran, 2007).

De facto, 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).

Quadro 6- Categorias de comunicação

Categorias de Comunicação	Exemplo de meios de comunicação
Intrapessoal	Comunicação interna (por exemplo, o que pensamos, quando ouvimos uma voz interior)
Interpessoal	Grupos individuais, pequenos grupos, e-mails, telefonemas e outras atividades que permitem escuta e resposta pessoais.
Organizacional	Palestras, seminários, debates, reuniões, memorandos, intranets, boletins, oficinas, etc.
Comunitária	Rádio local, palestras, seminários, debates, jornais locais, quadros de avisos, envoltórios de ônibus, feiras de saúde.
Pública/ Massa	Jornais, televisão, televisão digital, rádio nacional, Internet, CD-ROMs, telefones celulares.

Fonte: Corcoran (2007, p. 9)

É importante para um profissional de saúde ter uma lógica clara por detrás de seu trabalho. Isso inclui a análise de porquê um tópico específico está sendo selecionado para uma intervenção, por que um grupo-alvo específico precisa da intervenção planejada, por que os métodos propostos foram selecionados e a identificação de uma estratégia de avaliação. Um trabalho eficaz de promoção da saúde avaliará a necessidade de uma intervenção antes que o grupo-alvo seja mapeado em detalhes” (Corcoran & Corcoran, 2007, p. 33).

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

- Suporte em teorias de mudança comportamental e uso de uma comunicação de massa (diferentes canais, mensagens que alcancem o público-alvo, e ações específicas).

- 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).
- 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 & 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. 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.

As mídias de massa representam uma fonte de apoio aos programas de saúde pública, principalmente em países pobres. Em 2019, a Save The Children situada em Moçambique firmou uma parceria com a Rádio Moçambique para a divulgação do Projecto Ligando Agricultura e Nutrição – LAN. O programa radiofónico denominado “A hora da Nutrição e Saúde” representa uma iniciativa de mudança social e de comportamento para apoiar as acções do governo relacionados aos problemas de desnutrição crónica no país (Save The Children, 2019).

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 MISAU (2015) reconhece, deste modo, 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. Um exemplo evidenciado é o projecto de prevenção ao HIV *Txova Txova* desenvolvido nas províncias da Zambézia, Nampula e Sofala. Mais precisamente, “com enfoque sobre desvios positivos e uma combinação de canais de comunicação, o projecto demonstrou que a participação dos membros das audiências-alvo nas sessões tinha um efeito significativo e positivo nas mudanças de comportamento” (MISAU, 2015, p. 39).

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 & 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 & 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.

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

O marketing social constitui uma abordagem extremamente útil no combate aos problemas sociais que afectam a sociedade. Os problemas de saúde e a busca por melhores condições constituem o cerne das preocupações de grande parte dos países em desenvolvimento. O que requer, portanto, o desenvolvimento de programas que tenham em vista a redução dos elevados índices de doenças e a proposição de melhores instrumentos para a mobilização social e de prevenção.

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 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. Bem como, preocupa-se com o bem-estar dos indivíduos no meio ambiente 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 & Durá, 2004).

Nesta vertente, o marketing social e as suas estratégias integradas com foco na mudança comportamental e orientação para as necessidades do público-alvo, pode constituir uma ferramenta particularmente útil na remoção de barreiras a mudanças e 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” - onde a orientação comportamental centra-se em questões como prevenção e tratamento do HIV, uso excessivo do álcool, gravidez precoce, benefícios e cuidados no período da amamentação, distúrbios alimentares, obesidade, entre outros.
- ii) “Prevenção de doenças” – em relação com a prevenção, os programas de marketing social podem incidir sobre questões como o consumo de álcool e condução, o uso de cinto de segurança, segurança e restrições exigidas às crianças nos automóveis, suicídio, violência doméstica ou escolar, porte de armas, etc.
- iii) “Protecção do meio ambiente” – onde são evidenciadas questões como a redução de resíduos tóxicos ao meio ambiente, a protecção e preservação das espécies, preservação da água, poluição do ar pelos automóveis, o tratamento inadequado do lixo, desmatamento das florestas, entre outros.
- iv) “Mobilização comunitária” – que envolve programas relativos a doação de sangue, doação de órgãos, alfabetização, votação, entre outros.

O marketing social é visto assim como uma abordagem fundamental para os problemas de saúde pública. Comumente usado para a redução dos riscos de contracção do HIV, para o estímulo aos hábitos de amamentação, boa nutrição, uso de anticonceptivos nos países de África, as suas estratégias eficazes permitem o desenvolvimento de programas que tenham em vista a promoção de comportamentos saudáveis (Cheng, Kotler & 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. Deste modo, acredita-se que o marketing social pode mostrar-se uma estratégia frutífera aos diversos problemas sociais enfrentados ao nível de Moçambique.

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 Injetáveis, 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 conseqüente 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 & 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. 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.

Grande parte dos programas/projectos/campanhas de marketing social focam-se no planeamento adequado, na definição de estratégias e na proposição de técnicas criativas para a promoção de comportamentos sociais benéficos desviando, por vezes, o seu foco, nos resultados que devem ser alcançados. Mais precisamente, os programas/projectos/campanhas de marketing social devem transcender as técnicas de marketing comercial (evitando apenas transpô-las para a realidade social) e focar-se na compreensão profunda da realidade

circundante e nos resultados que se pretendem alcançar (Wymer, 2015; Wymer 2010).

Tradicionalmente, os profissionais de marketing social trabalham no nível individual. Os profissionais de marketing social elaboram e disseminam mensagens para persuadir os indivíduos a interromper comportamentos prejudiciais à saúde ou adotar comportamentos saudáveis. 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).

No entanto, antes de nos alongarmos sobre as melhores estratégias a serem propostas em programas de marketing social e de promoção de saúde, é essencial dedicar um olhar sobre o conceito de prevenção primária e a suas diferentes áreas propostas por Wallack (1984). De acordo com o autor, a prevenção primária representa um termo ligado à saúde pública que procura, seja através de acções, programas ou políticas, a redução e prevenção de casos ligados a determinada doença ou problema. Ou seja, “a prevenção primária pode servir para eliminar as disparidades de saúde subjacentes por meio de seu foco na população” (Cohen & Chehimi, 2010, p.16).

Assim, a prevenção primária “ocorre antes de surgirem sintomas de doença, com foco na promoção da saúde geral ou na protecção contra doenças ou influências ambientais” (Leddy, 2006, p. 7), respectivamente:

- i)* “A promoção da saúde” - visa educar e informar para que boas práticas sejam adoptadas pela comunidade. Com o foco nos indivíduos, a promoção da saúde é uma área que acredita que as escolhas certas podem contribuir para um estilo de vida mais saudável e para o desenvolvimento das populações.
- ii)* “A prevenção da doença” - intimamente relacionada com a promoção da saúde, tem igualmente um foco nos indivíduos e visa o fornecimento de serviços preventivos de saúde (aconselhamento, acompanhamento psicológico, etc.) para a prevenção da doença.
- iii)* “A protecção à doença” - possui uma intervenção mais passiva e não requer qualquer acção dos indivíduos, pois centra-se na alteração do ambiente circundante para que haja uma redução das causas dos problemas que afectam os indivíduos (Wymer, 2015; Cohen & Chehimi, 2010; Wallack, 1984).

É inspirando-se nestas abordagens que grande parte dos programas de prevenção e protecção de saúde são criados, e que, de forma semelhante acontece com marketing social. Aliás, muitas vezes, o marketing social e os programas de saúde se complementam. Entretanto, 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 e com resultados sociais efectivos (Cohen e Chehimi, 2010).

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.

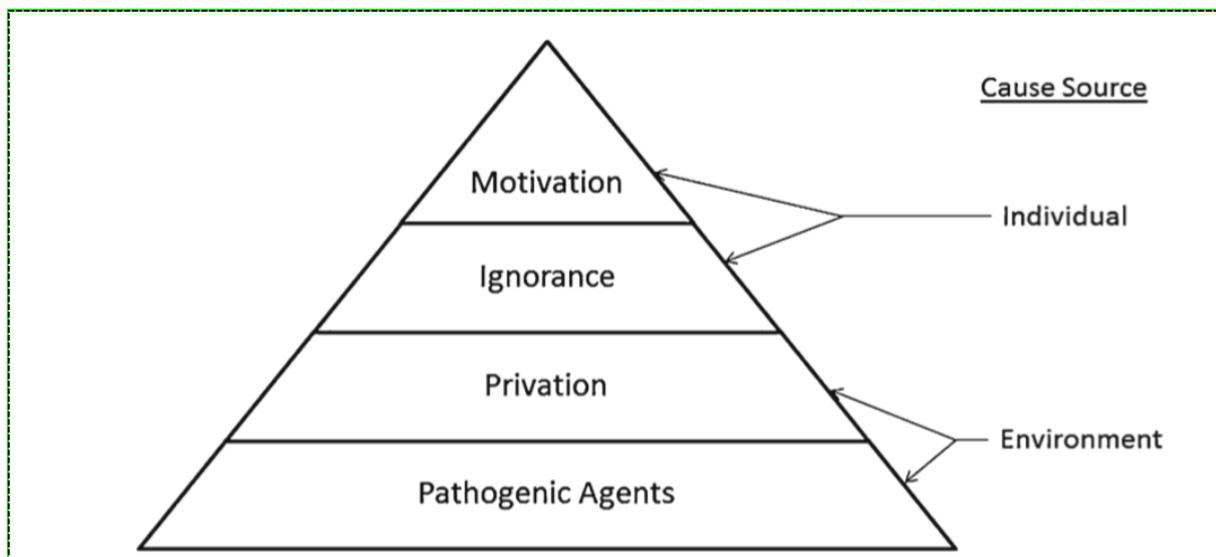
O modelo possui assim duas categorias principais e cada categoria comporta duas classes de variáveis (Ver figura 4). O autor aconselha que a sua análise e trabalho, deve partir de baixo (categoria com classe de variáveis ambientais) para cima (categoria com classe de variáveis individuais). Por conseguinte, depois de identificadas as variáveis que contribuem para a problema, 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 4 - 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 & 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).

Os reforçadores biológicos referem-se aos componentes biologicamente ativos que são experimentados como consequência do envolvimento em comportamentos não saudáveis (...) Os reforçadores biológicos são tratados como agentes patogênicos, alvos para remoção (...) Os reforçadores psicológicos referem-se aos benefícios não biológicos que os indivíduos experimentam com o consumo de produtos não saudáveis ou o envolvimento em comportamentos não saudáveis (Wymer, 2015, p. 25 e 26).

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 adoção 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.

3.3. O papel das organizações não-governamentais em Moçambique no desenvolvimento de estratégias integradas indutoras de mudanças de hábitos e comportamentos das populações

No subcapítulo anterior, vimos a importância do marketing social aplicado aos programas de

promoção de saúde para o desenvolvimento da comunidade e promoção de mudanças efetivas ao nível do comportamento dos indivíduos pertencentes a essas comunidades. No entanto, um dos pontos igualmente evidenciados, é o papel indispensável a ser desempenhado pelas organizações não governamentais para que as mudanças estruturais e de ambiente possam ser alcançadas.

Os países em desenvolvimento, com maior incidência nos países de África, têm enfrentado grandes dificuldades em termos de saúde. Milhões de pessoas perdem a vida por ano, os índices de pobreza são altos e a qualidade de vida é baixa. O nosso país não está fora desta triste realidade, requerendo assim acções integradas que proporcionem soluções eficazes que melhorem a vida das populações e que, conseqüentemente, elevem os índices de desenvolvimento humano.

Nesta vertente, e num primeiro momento, neste subcapítulo, destacaremos a importância das organizações não governamentais para a diminuição dos problemas sociais e de ambiente. Bem como, o seu papel para o apoio e prossecução dos objectivos do Governo, e as diferentes pesquisas realizadas sobre acções das ONG's em Moçambique na contribuição para a melhoria das condições de vida e de saúde. Num segundo momento, dedicaremos um olhar sobre o problema da desnutrição crónica, as suas causas e o trabalho que vem sendo realizado pelas ONG's para a erradicação do problema.

- O papel das ONG's

O crescente número de problemas sociais e económicos em Moçambique, tem estado por detrás das intervenções de grande parte das organizações não governamentais. De facto, é pela dificuldade do Governo em lidar com grande parte destes problemas, que levou ao surgimento das ONG's em Moçambique e ao desempenho de suas funções nas áreas de saúde, educação, agricultura, entre outras áreas de interesse.

O surgimento das ONG's em Moçambique deu-se por volta da década de 80 do século XX e foi impulsionado principalmente pela dificuldade do Estado em prosseguir sozinho para a promoção do desenvolvimento; pela pressão imposta pelos doadores ao Estado para a abertura de organizações moçambicanas nacionais privadas que contribuíssem para o desenvolvimento social e económico; pela mudança de foco das ONG's (de ajuda apenas humanitária para o

sector civil); e pelo crescente surgimento de cidadãos moçambicanos com vontade para a criação de organizações não-governamentais (Eys, 2002; Ribeiro & Cunha, 2001).

ONG's são pessoas colectivas de direito privado, de natureza não lucrativa, envolvidas, nomeadamente, em programas de emergência, reabilitação ou desenvolvimento. Podem ser associações, fundações ou outras pessoas colectivas da mesma natureza que prossigam fins de cooperação para o desenvolvimento socio-económico (República de Moçambique, 1998)

As ONG's possuem um papel importante no desenvolvimento de iniciativas com impacto directo em grupos populacionais vulneráveis e na criação de programas para a prevenção precoce ou para a resolução de problemas sociais (Adato, Ahmed & Lund, 2020). “As agências de saúde de apoio, como Save the Children, Médicos sem fronteiras, Africare, Care, Visão Mundial... e outros podem ser encontrados em muitas capitais de países e províncias onde se tornaram jogadores-chave no financiamento e implementação de programas de saúde” (Pfeiffer, 2003, p. 726).

Um exemplo disto é o programa sobre a sobrevivência infantil da World Relief nos distritos de Guija e Mabalane que foi conduzido de 1996 a 1999 e demonstrou ganhos impressionantes em conhecimento e comportamento entre as mulheres rurais. O programa visava o desenvolvimento de sistema de promoção de saúde em mulheres e foi alvo de uma pesquisa para medição dos índices de mortalidade de menores de cinco anos face às acções desenvolvidas (Edward, Ernst, Taylor, Becker, Mazive & Perry, 2007).

A pesquisa usou dois métodos: 1) um sistema de registo vital e vigilância de doenças baseado na comunidade instituído pelo programa; e (2) um método rigoroso de Pesquisa Demográfica e de Saúde (DHS) usando histórias de gravidez. O primeiro incluía relatórios regulares de nascimentos, mortes e informações relevantes sobre saúde por voluntários da comunidade supervisionados por pessoal de saúde do projeto. O segundo utilizou os métodos DHS padronizados com foco no módulo de história da gravidez (Edward et al, 2007, p.3).

Após a pesquisa, realizada em três anos, os autores concluíram que houve uma redução nos índices de mortalidade infantil e em crianças menores de cinco anos. O que revela um papel preponderante desenvolvido pela ONG e pelo programa naquelas comunidades. Bem como, no apoio ao Governo em contornar as dificuldades verificadas no sector de atendimento para a saúde das comunidades. Após os resultados positivos obtidos pela World Relief, nos anos seguintes, o programa foi expandido para outros distritos de Moçambique.

Paralelamente, um estudo semelhante foi realizado por Wheeler e Agha (2013) sobre o uso do produto Certeza para o tratamento da água em Moçambique. As campanhas foram realizadas pela PSI (Population Service International) para a mudança de comportamento das populações e a promoção do uso do produto Certeza para o tratamento da água e prevenção de doenças. A PSI é uma organização não governamental, famosa no uso de estratégias de comunicação e de marketing social para a promoção de produtos sociais na comunidade.

O estudo foi realizado entre 2007 e 2012 em Maputo, Beira, Nampula e Zambézia, onde foram avaliadas a exposição das pessoas a anúncios de televisão e o uso de pares de grupos na comunidade como educadores do programa de água potável (IPC). Os resultados mostraram que houve um aumento significativo no uso do produto e melhorias substanciais sobre as percepções de eficácia de tratamento da água. Os resultados revelaram ainda que se registou melhores resultados em indivíduos que foram expostos tanto a anúncios na televisão assim como os que foram expostos ao IPC.

Um dos principais desafios ao nível de Moçambique, é o combate à pobreza absoluta (República de Moçambique, 2006). Aliás, as condições económicas precárias parecem ser um forte impulsionador por detrás dos desafios sociais e de desenvolvimento humano. De acordo com o República de Moçambique (2006), alguns dos principais objectivos da sociedade moçambicana se centram na melhoria das condições de vida, de saúde, de educação, do equilíbrio entre o desenvolvimento económico e social, da equidade social e da paz e da cooperação internacional.

Nesta vertente, a presença tanto de ONG's internacionais como nacionais, surgem em apoio ao governo e aos objectivos dos PARPA II. “Moçambique é um país onde está presente uma multiplicidade de parceiros de cooperação, actuando nos mais variados sectores ao nível bilateral e multilateral... a maioria dos parceiros de cooperação aposta em áreas relacionadas com a Educação e Saúde” (Cooperação Portuguesa, 2007, p. 34 e 36). Ainda, o surgimento de ONG's nacionais sob tutela dos Ministérios, têm promovido grandes mudanças ao nível das comunidades, sobretudo na garantia da sustentabilidade e autonomia das populações. Um exemplo destas organizações não governamentais nacionais é o Fundo Nacional de Desenvolvimento Sustentável e o seu programa *sustenta*, e o Centro de Colaboração em Saúde (CCS) que surgiu para o apoio de unidades sanitárias para redução dos casos de HIV e

tuberculose.

O programa *sustenta* tem como objectivos a melhoria das condições de vida das populações através da promoção da agricultura sustentável. As suas áreas de actuação envolvem a segurança alimentar, rendimento familiar, emprego, inclusão social e produção e produtividade (Fundo Nacional de Desenvolvimento Sustentável, s/a). De forma semelhante temos o CCS que é uma ONG nacional estabelecida em 2010 e parceira da MISAU (Ministério da Saúde) através do apoio do ICAP (International Center Aids Program) e do Governo Americano (USG) e possui projectos de apoio a unidades sanitárias e projectos de apoio na prevenção do HIV e tuberculose (Centro de Colaboração em Saúde, 2021).

Assim, organizações não governamentais em Moçambique vêm desempenhando acções importantes para a redução da pobreza e para a melhoria das condições sociais e ambientais. Embora o número de ONG's (tanto internacionais como nacionais) a operar no mercado, seja significativo, os problemas sociais e de saúde ainda são enormes e desafiadores. Um destes problemas, como veremos a seguir, são os casos da desnutrição crónica em crianças que permanecem elevados ao nível das populações e representam uma das grandes preocupações do Governo e das ONG's a operar na área.

- A desnutrição crónica em Moçambique e as intervenções das ONG's

O Governo de Moçambique reconhece a desnutrição crónica como um dos principais problemas impulsionadores para o aumento de problemas de nutrição que tem afectado a população. Os elevados índices de pobreza constituem igualmente um dos grandes condicionantes. Embora Moçambique tenha registado um crescimento económico considerável nos últimos anos, ainda são vários os problemas que se interpõem neste processo (Governo de Moçambique, 2010). A pobreza constitui um dos grandes factores que contribuem para as privações sofridas pelas crianças, dificultando o acesso a serviços básicos de saúde (UNICEF, 2014). Nesta perspectiva, a desnutrição crónica é então definida como a desproporcionalidade entre a altura e peso, normalmente causada pela desnutrição aguda durante o período de gestação e/ou durante os primeiros dois anos de crescimento da criança. Assim, metade da população moçambicana sofre de desnutrição crónica, sendo que 40% da população apresenta estatura baixa, revelando problemas sérios de saúde pública (Governo de Moçambique, 2010). Além disso, grande parte dos índices de subnutrição crónica encontram-se no norte do País,

com destaque para as províncias de Cabo Delgado e Nampula (Instituto Nacional de Estatística e Ministério da Saúde, 2012).

“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 crónica 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, 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).

Assim, diante dos problemas de desnutrição enfrentados, Moçambique tem levado a cabo programas de educação nutricional, principalmente nas áreas mais afectadas, como é caso da região norte do país (Governo de Moçambique, 2010). Instituições governamentais como a MISAU (Ministério da Saúde) e MINED (Ministério de Educação e Desenvolvimento Humano) e algumas instituições não-governamentais (como a Visão Mundial, USAID, Save the Children, entre outros) têm estado na gestão de projectos de promoção da saúde e desenho de programas integrados com foco principal na redução dos elevados índices de desnutrição crónica.

Alguns destes projectos têm beneficiado grandemente as populações que se encontram nas áreas rurais da cidade Nampula. Um exemplo disso são os projectos levados a cabo pela ONG Visão Mundial. Chuquela (2012) em seu artigo no Jornal Verdade, destaca que os projectos desenvolvidos pela Visão Mundial com orientação para a alimentação escolar, abastecimento de água potável, saúde materno-infantil, advocacia a favor da pessoa portadora de deficiência, segurança alimentar e educação, tiveram o seu início em 2012 nos Distritos de Nacarôa e Muecate.

Neste contexto, segundo o artigo de Ibramugy (2013) proposto no jornal VOA Português, em 2013 o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos da América desembolsou 20 milhões de dólares para o programa de alimentação escolar em Moçambique. O programa desenvolvido em parceria com a Visão Mundial beneficiou 200 escolas nos Distritos de Nacarôa e Muecate tendo em vista o fornecimento de alimentos nas escolas.

Além disso, há poucos anos atrás, foi igualmente estabelecida uma parceria entre o MINED e organizações não-governamentais (ADPP, Visão Mundial e Save the Children) para a administração do lanche escolar, com objectivos em relação com a educação nutricional, literacia, incentivo das hortas escolares, reabilitações e construções de infraestruturas escolares e abertura de furos de água (Muchanga, 2016).

No entanto, os índices de mortalidade infantil e casos associados a desnutrição em crianças e mães gestantes ainda permanecem altos. A mortalidade infantil registou uma redução de quase metade desde 1990, passando de 12.7 milhões para 5.9 milhões em 2015 (Portal do Governo, 2015). Mas, os números de mortes infantis ainda permanecem altos pela grande incidência de doenças preveníveis e curáveis (malária, HIV-SIDA, infecções respiratórias), chegando a registar-se 320 mortes de crianças por dia (UNICEF, 2019).

Grande parte das mortes infantis e dos casos de desnutrição podem ser evitados melhorando as condições de saúde das mães. O acompanhamento pré-natal e o planeamento familiar têm ajudado a reduzir as taxas de incidência do problema em crianças (UNICEF, 2019). Entretanto, ainda é necessário um trabalho mais a fundo ao nível das comunidades e principalmente na educação e disponibilização de informações às mães para que as melhorias efectivas sejam verificadas.

Um estudo realizado pela Save The Children (2007) sobre o conhecimento cultural, crenças, atitudes e práticas com respeito aos cuidados junto dos recém-nascidos em Moçambique nos distritos de Chibuto, Buzi e Angoche, demonstrou que para além de uma série de deficiências ao nível ambiental (como o pouco número de unidades sanitárias, o número limitado de profissionais de saúde, etc.) há uma forte influência das estruturas de crenças e concepções sobre o comportamento das mães que limita a sua adesão aos serviços de saúde e as práticas recomendadas pelos serviços de saúde no tratamento dos recém nascidos.

Um exemplo disso é a preferência das mães em realizarem os partos em casa, sendo assistidas pelas mulheres mais velhas da população. Estes partos são grande parte das vezes realizados sem condições de higiene e materiais adequados, suscitando muitas vezes infecções graves nas mães e nas crianças que podem levar à morte. Por outro lado, as populações possuem fortes crenças em métodos tradicionais de cura (curandeiros), preferindo-os face às unidades sanitárias e aos cuidados dos profissionais de saúde.

O problema de desnutrição crónica em crianças possui assim raízes mais profundas. Várias organizações não governamentais têm enveredado esforços para a sua erradicação, mas como destaca a Save The Children (2007) precisam ser desenvolvidos mais estudos que tragam resultados e soluções para a implementação de estratégias mais eficazes. Contudo, é indiscutível os resultados que têm sido alcançados pelas ONG's para a redução de problemas da saúde. Em síntese, com um sistema de saúde carente, altos índices de analfabetismo, privações ambientais e níveis de pobreza altos, toda e qualquer acção destas organizações, requer uma visão de longo prazo e centrada, sobretudo, na geração de uma participação mais activa das populações.

Parte II. Abordagens metodológicas de Pesquisa

Capítulo IV – Metodologia

No capítulo anterior propusemos uma revisão dos principais conceitos relacionados ao problema em estudo, evidenciando a importância do marketing social enquanto estratégia de intervenção para a área de saúde e a necessidade do desenho de programas de mudança comportamental para a implementação de acções efectivas e com resultados positivos ao nível das comunidades.

Em complementaridade, apresentamos neste capítulo IV da Tese, uma descrição sintetizada das principais directrizes orientadoras de foro metodológico e os intervenientes do estudo empírico. Naturalmente, toda a investigação na área das ciências sociais requer do investigador maior habilidade na observância do fenómeno em estudo e no uso de diferentes métodos e instrumentos de recolha de dados para a sua compreensão adequada.

Assim, apresentamos neste capítulo uma descrição detalhada dos objectivos e questões de investigação, os objectos de estudo, instrumentos de recolha e análise, bem como as limitações e questões éticas no proceder da pesquisa. O estudo em questão é de carácter qualitativo suportado na corrente teórica da *Sociologia Compreensiva*. Caracterizada principalmente por compreender as relações, valores, atitudes, crenças, hábitos, etc. resultantes das relações sociais, esta corrente teórica permite ao pesquisador, que usa estratégias qualitativas, compreender a realidade em estudo e as diferentes relações sociais que daí advêm (Minayo, 2013).

Assim, com a pesquisa pretendemos analisar a eficácia das campanhas desenvolvidas pela SD para a diminuição dos índices de desnutrição em crianças. E para a sua realização foram realizadas entrevistas exploratórias para melhor compreensão do Programa desenvolvido pela SD e os diferentes projectos que são levados a cabo na zona norte de Moçambique. Esta compreensão prévia da realidade foi fundamental pois permitiu o delineamento adequado do estudo, a compreensão de todo o funcionamento do programa e a selecção dos objectos de estudo.

A SD iniciou o projecto de nutrição e saúde em 1999 nos distritos de Muecate, Nacarôa,

Meconta e Murrupula, pertencentes à zona norte do país. Este projecto foi desenvolvido em parceria com o Governo e possuía um total de três (3) colaboradores, sendo um (1) coordenador de saúde e dois (2) treinadores de saúde. Com o andar do tempo, foram desenvolvendo e surgindo mais projectos associados ao programa Mãe de Patrocínio a Criança (Sponsorship), dos quais foram essencialmente desenvolvidos para responderem às necessidades das famílias e para responderem ao estado de emergência de subnutrição de crianças na zona norte do país. Um dos projectos que, posteriormente, surgiu e ligado ao programa Mãe de Patrocínio a Criança, foi o A.P (Área de programas), que era chamado de A.D.P (Área de Desenvolvimento de Programa). Este projecto funciona nos Distritos de Murrupula, Nacarôa, Monapo e Memba, abarcando diversas áreas como é o caso de saúde e nutrição, água e saneamento, segurança alimentar, educação a criança e proteção a criança. Esteve também no distrito de Muecate mas terminou em 2019. A política da SD em relação aos projectos é que devem responder às necessidades das comunidades e intervirem sempre que casos de desnutrição em crianças se verificarem.

Actualmente os projectos que estão em funcionamento são o A.P (Área de Programa), o Projecto de Alimentação Escolar designado por ECT2 (Juntos Educando a Criança - Fase 2) nos Distritos de Murrupula, Muecate, Nacarôa, Monapo e Memba e, recentemente, o Projecto especial ligado a prevenção do Covid-19. No entanto, pelas necessidades das populações e verificação de um maior número de crianças com desnutrição crónica, alguns dos projectos que fazem parte do A.P têm estado a funcionar, desde 2015, com maior incidência no Distrito de Monapo.

Deste modo, para a pesquisa tínhamos seleccionado o projecto para área de saúde e nutrição (pertencente ao Área de Programa) e o Distrito de Nacarôa como local de estudo principal por ter sido definido pelos dados do IDS – 2011 (Instituto Nacional de Estatística e Ministério da Saúde, 2012) como um dos distritos mais afectados pela desnutrição crónica em crianças. Entretanto, pelas pesquisas previamente realizadas e entrevistas realizadas a alguns coordenadores de projectos da SD, pudemos perceber que o foco central e de emergência desde 2015 tem sido o Distrito de Monapo.

Assim, de acordo com o problema em estudo, os objectivos da Tese e sua linha temporal da pesquisa, percebemos a necessidade de mudança do local de estudo. Portanto, a presente pesquisa foi realizada no Distrito de Monapo onde está a decorrer o projecto A.P da SD para

área saúde e nutrição de Monapo com o intuito de diminuição dos índices de desnutrição crónica em crianças desde 2015. A pesquisa foi realizada em três fases principais que explicamos no decorrer deste capítulo.

4.1. Enquadramento da pesquisa, objectivos e questão de investigação

A área de marketing social e as suas estratégias inerentes são particularmente vantajosas para os problemas sociais e de desenvolvimento humano. O marketing social estratégico e os modelos de mudança comportamental aplicados à saúde pública permitem o desenvolvimento de programas integrados que visem a redução das barreiras e a eficácia das acções direccionadas aos indivíduos (Lefebvre, 2013).

Países em desenvolvimento como Moçambique, junto de organizações não governamentais têm lutado constantemente para a diminuição dos problemas sociais que afectam grandemente as populações. A existência de níveis altos de subnutrição em crianças e gestantes representam um dos problemas sociais centrais e mais preocupantes ao nível do país, e que, na maior parte das vezes têm despoletado outros problemas. Como é o caso do deficiente desenvolvimento físico e psicológico das populações afectadas.

Com efeito, a pesquisa dedicou-se à análise e compreensão da eficácia das campanhas sobre nutrição desenvolvidas pela SD no distrito de Monapo. O distrito de Monapo fica no norte de Moçambique e representa um dos distritos com maiores índices de subnutrição crónica em crianças e mães gestantes.

Definiu-se assim como objectivo geral do estudo:

- Analisar a eficácia das campanhas de marketing social propostas pela SD para a diminuição dos índices de desnutrição em crianças do distrito de Monapo.

Do qual foram definidos três (3) objectivos específicos:

1º - Analisar os conteúdos das campanhas propostas pela SD alusivas à prevenção da desnutrição crónica em crianças no distrito de Monapo.

2º - Analisar a perspectiva do coordenador e oficiais de desenvolvimento no processo de implementação das campanhas

3º - Avaliar as atitudes e comportamentos de mães gestantes e mães de crianças dos 0 aos 5 anos de idade face à campanha de nutrição.

Os referidos objectivos específicos suportam as fases de investigação que a seguir à formulação da questão de investigação serão referidas e sustentadas.

A partir desta realidade, formulamos a seguinte **questão de investigação**:

- Quais as atitudes e comportamentos decorrentes da acção das campanhas de desnutrição das crianças realizadas pela organização não-governamental SD junto de mães gestantes e de crianças do distrito de Monapo da Província de Nampula?

4.2. Tipo de investigação

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) e pelos objectivos de pesquisa propostos, estudos desta natureza permitem um conhecimento aprofundado sobre os participantes, suas experiências, pontos de vista, percepções, significados, etc. “Explora a perspectiva dos participantes em um ambiente natural e em relação ao contexto” (Sampieri, Collado & Lucio, 2013, p. 376)

A pesquisa procurou compreender as diversas relações sociais e os comportamentos, hábitos e atitudes daí resultantes. Em projectos sociais que envolvam campanhas de mudança de comportamentos de determinados públicos, é fundamental a observação atenta e compreensão profunda dos diversos fenómenos sociais. Guerra (2006) compreende que metodologias compreensivas resultam de processos sociais, dos indivíduos que aí pertencem e das subsequentes ações num contexto sempre em mudança provocado pelas próprias acções.

Deste modo, numa perspectiva qualitativa e no contexto do paradigma interpretativo, procuramos compreender as atitudes e comportamentos das mães de crianças com desnutrição crónica, resultantes das campanhas desenvolvidas pela SD em Monapo. A estrutura e composição social destas comunidades é bastante interessante e, ao mesmo tempo, desafiante para o pesquisador. Por isso, a importância de metodologias qualitativas adequadas para a compreensão da realidade em estudo. A nossa pesquisa centrou-se em três (3) fases principais com enfoque em cada grupo de participantes seleccionado, onde foram aplicados e

harmonizados diferentes métodos para posteriormente se poder proceder à sua análise e relação. Estudos qualitativos passam por fases de pesquisas exploratórias, de campo e de análise. Em fases de pesquisas de campo, é comum a combinação de métodos e instrumentos que permitam ao investigador maior riqueza de informações (Minayo, 2013).

4.3. Participantes da Pesquisa

Em estudos qualitativos, a selecção sobre os participantes do estudo não depende do seu tamanho em termos probabilísticos, mas sim sobre a importância dos casos do fenómeno em estudo e a profundidade com que se analisa tais casos. O pesquisador em estudos qualitativos deve primeiro pensar cuidadosamente sobre a relevância dos casos e como poderão proporcionar um entendimento sobre o problema e, de seguida, o método de selecção de participantes (Sampieri, Collado & Lucio, 2013).

Por outro lado, é comum em estudos qualitativos, a selecção inicial de unidades de estudo com naturezas diferentes. Este aspecto pode ser fundamental para que o pesquisador possa compreender todo o fenómeno em estudo. Deste modo, podem ser previamente analisados documentos, objectos ou locais específicos para que, de seguida, se passe aos indivíduos ou participantes (Sampieri, Collado & Lucio, 2013).

Nesta perspectiva, para o estudo foram antes obtidas informações concernentes aos projectos realizados pela SD, os projectos actualmente em funcionamento de acordo com a relevância geográfica e abrangência de casos de desnutrição crónica em crianças. De facto, e como evidenciamos logo no início do capítulo, esta pesquisa prévia foi inteiramente fundamental porque nos permitiu reformular o local de estudo e perceber quais as regiões actuais em emergência e com maior número de casos com desnutrição crónica em crianças.

Posto isto, foram assim seleccionados para o estudo os planos do projecto A.P para a área de sensibilização em saúde e nutrição a decorrer no Distrito de Monapo. Estes planos nos permitiram perceber o funcionamento de todo o projecto, as acções que são desenvolvidas para as mães gestantes e mães e pais de crianças com desnutrição crónica.

Numa segunda fase, foram seleccionados dois grupos principais de participantes: gestor e oficiais de desenvolvimento do projecto de saúde e de nutrição da SD e mães gestantes e mães

de crianças entre os 0 e 5 anos. O primeiro grupo de participantes nos permitiu complementar o entendimento sobre os planos de intervenção, as acções realizadas, bem como o porquê do uso de determinadas estratégias e a sua relevância para o processo de sensibilização das mães. De seguida, o segundo grupo (mães gestantes e mães de crianças entre os 0 e 5 anos), que representam o foco central da pesquisa, possibilitou a compreensão das atitudes e comportamentos face às campanhas de nutrição realizadas pelo projecto A.P da SD. Este grupo permitiu a obtenção de informações sobre o impacto das campanhas do projecto A.P nas suas vidas e saúde das mães gestantes e das crianças com casos de desnutrição crónica.

4.4. Métodos de Recolha de Dados

- **Análise de Conteúdo**

Os métodos de investigação e de análise e recolha de dados são fundamentais para o desenvolvimento das pesquisas. As suas vantagens, alteráveis mediante a natureza da pesquisa, deverão ser minuciosamente avaliadas pelo pesquisador em função dos seus interesses. A análise de conteúdo segundo Marconi e Lakatos (2002) constitui uma técnica de análise de comunicações de massa. Mediante a categorização permite-se avaliar documentos, discursos, vídeos, imagens, spots radiofónicos, conteúdos televisivos, etc.

Bardin (2011) destaca que o campo de aplicação da análise conteúdo é extremamente vasto, podendo avaliar as variações linguísticas e semânticas das publicidades, medir as variações e implicações discursivas, analisar documentos, significados dos signos por detrás das comunicações, etc.

Tendo-se como objectivo a percepção do modelo de mudança comportamental e as estratégias, técnicas e acções de CIM evidenciadas nas campanhas, esta técnica de análise qualitativa permitiu-nos estimar as mensagens, imagens e programas usados para o processo de mudança comportamental das populações.

A análise de conteúdo foi usada igualmente como uma técnica de análise dos dados obtidos durante a pesquisa, por meio da categorização dos mesmos. Em relação à constituição do corpus de análise quando fazemos uso da análise de conteúdo, torna-se fundamental olhar para

duas regras principais (Bardin, 2011; Júnior, 2006):

- Regra da exaustividade – delimitado um período de análise de determinados conteúdos, documentos, etc. devem ser considerados todos na sua totalidade, sem exclusão de nenhum.
- Regra da representatividade – pelo facto de as pesquisas sociais envolverem um leque enorme de conteúdos, há uma necessidade de definição de uma amostra para a análise. Entretanto, é neste processo que reside uma das maioríssimas dificuldades do uso da análise de conteúdo enquanto método de análise, pois a definição da amostra nem sempre é fácil.

Para o nosso estudo, usamos a regra de exaustividade, pois para a compreensão dos comportamentos e atitudes decorrentes das campanhas de mudança comportamental, torna-se fundamental perceber todo o processo de concepção, implementação e de reestruturação do plano anterior.

- **A entrevista**

Porque o principal objectivo da Tese centrou-se na análise das campanhas desenvolvidas pela SD sobre a desnutrição crónica em crianças. E, principalmente na percepção sobre o processo de concepção das campanhas e sobre as atitudes e comportamentos das mães gestantes e mães de crianças envolvidas nos programas, consideramos que a realização de entrevistas se adequaria mais. Mais precisamente, “a grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente de informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos” (Lüdke & André, 1986, p. 34).

Diante das diferentes tipologias das entrevistas, a entrevista semi-estruturada caracteriza-se pela possibilidade de aproximação entre o entrevistador e o entrevistado. 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 & Naranjo, 2013, p. 144).

Deste modo, optou-se pela aplicação de entrevista semiestruturadas primeiramente ao coordenador e oficiais de desenvolvimento que detêm informações relevantes sobre todo o processo de concepção das campanhas, pesquisas de mercado, selecção das áreas de maior incidência de casos de desnutrição, estratégias usadas e de todo o processo de implementação. Para este grupo de participantes usamos o método qualitativo na aplicação do instrumento da entrevista semi-estruturada, pois neste tipo de entrevistas, os participantes possuem mais abertura e permite ao entrevistador, propor questões abertas e fechadas, valorizando o conhecimento e experiência do entrevistado sobre o assunto (Deslandes, 2013; Lüdke & André, 1986).

De seguida, foram realizadas entrevistas junto das mães gestantes e mães de crianças de 0 a 5 anos de idade que fazem ou fizeram parte do programa no período entre 2015 e 2019. A aplicação de entrevistas ao segundo grupo (mães gestantes e mães de crianças com 0 a 5 anos de idade) foi particularmente vantajoso por dois (2) motivos principais:

- i) Primeiramente garantiu maior proximidade entre o entrevistador e as mães, garantindo maior abertura nas entrevistas realizadas e naturalmente mais informações sobre todo o processo e sua participação;
- ii) Por outro lado, permitiu uma maior percepção sobre o entendimento destas mães em relação às campanhas, suas dificuldades, desafios e êxitos atingidos.

- **Observação não participante**

Um dos grandes desafios das campanhas sobre atitudes e comportamentos de determinado grupo se refere ao entendimento da abrangência da adopção, ou não, dessas atitudes e comportamentos passados. Em estudos sobre atitudes e comportamentos é fundamental compreender a realidade vivida pelo grupo-alvo, sua rotina diária e o nível de implementação do novo comportamento.

Na pesquisa, nos propusemos a entrevistar o grupo de mães gestantes e mães de crianças dos 0 aos 5 anos que participaram do projecto de Nutrição e Saúde de Monapo. Portanto, em complementaridade usámos igualmente a observação no terreno de pesquisa, mas não participante. Ou seja, apenas como forma de compreender a rotina diária dessas mães, e a abrangência que todo o processo de sensibilização teve em seu modo vida, no tratamento das crianças e na sua rotina alimentar.

A observação não participante é realizada quando “o investigador realiza a observação de fora, não faz parte do grupo investigado” (Ramos & 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, optou-se por este método primeiro pelo curto período que se tinha disponível com as famílias e segundo por representar um método de apoio fundamental aos dados obtidos nas entrevistas.

Assim, para a pesquisa foram escolhidas quatro (4) mães, das quais uma (1) em processo de gestação e três (3) mães de crianças entre os 0 a 5 anos e que foram alvo das campanhas, onde passámos um período de um (1) dia com as suas famílias. E isto, de modo a observarmos as suas actividades e rotinas quotidianas no que se refere à alimentação, compra ou cultivo de alimentos, cuidados na sua preparação, entre outros aspectos que nos pareceram pertinentes e passíveis de análise. Um aspecto interessante e que permitiu maior riqueza em termos de dados, é que as mães seleccionadas para a observação pertencem a zonas administrativas diferentes. O projecto de Nutrição e Saúde de Monapo, decorre em zonas diferentes com uma distância de até 100km da zona urbana.

4.5. Método de tratamento e análise de dados

Nesta fase usamos igualmente como método de análise dos dados, a análise de conteúdo por meio da categorização dos dados. 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).

Partindo deste pressuposto e sendo o objetivo principal da pesquisa ligado à compreensão sobre todo o processo de planeamento e implementação dos programas, considerou-se adequado o uso da técnica de análise de conteúdo por meio da categorização dos dados. Ou seja, “a categorização consiste no trabalho de classificação e reagrupamento das unidades de registo em número reduzido de categorias, com o objectivo de tornar inteligível a massa de dados e sua diversidade” (Júnior, 2006, p. 298).

Assim, a análise de conteúdo por meio da categorização dos dados foi usada como técnica de análise em todas as fases do estudo. As categorias de análise foram colocadas de acordo com os dados recolhidos após a realização de entrevistas e agrupados em resposta aos objectivos de pesquisa previamente propostos. De seguida, explicamos detalhadamente cada uma das fases, e apresentamos as categorias que foram propostas para análise.

4.6. Descrição das fases de investigação

Fase 1: Análise dos conteúdos das campanhas propostas pela SD desde o início do programa geral

Esta fase inicial teve como objectivo realizar uma análise dos conteúdos das campanhas propostas pela SD. Esta pesquisa foi de carácter exploratório, que permitiu a obtenção de dados exploratórios e um conhecimento profundo sobre o processo de criação e planeamento das campanhas. O nosso objectivo prendeu-se em apurar a percepção e o processo comunicacional proposto, desde o seu início, do programa geral desenvolvido pela SD para a prevenção da desnutrição crónica em crianças no distrito de Monapo.

Durante esta primeira fase pretendemos compreender os modelos de mudança comportamental propostos, as técnicas e acções de comunicação integrada de marketing das campanhas e todo o conteúdo criativo. A CIM representa uma estratégia útil para que todo o processo de comunicação entre o emissor e o receptor seja orientado minuciosamente de acordo com as características deste último. Com efeito, esta característica garante às acções de mudança comportamental uma grande vantagem para que as ideias, comportamentos e atitudes que pretende vender, sejam compradas e, sobretudo, mantidas a longo prazo pelo cliente (agente de mudança).

Por outro lado, assim como a estratégia de marketing social, a MISAU (2015) recomenda que os programas de mudança comportamental em saúde, e neste caso específico, em nutrição, se dediquem ao planeamento de programas fundamentados em pesquisas, adequação ao contexto sociocultural, suporte em teorias e modelos de mudança comportamental, definição de estratégias e canais comunicacionais, adequação de tais canais e mensagens e, por fim, a garantia de qualidade de cada uma das etapas de planeamento.

Posto isto, considerou-se pertinente nesta primeira fase compreender todo o processo conceptual do programa, as bases teóricas comportamentais em que se suportou e a adequação das estratégias e canais de comunicação ao público-alvo em todo o desenvolvimento do programa. Assim, de seguida, explicamos detalhadamente o corpus de análise da pesquisa e dos diferentes métodos que foram propostos.

Nesta primeira fase da investigação foram analisados os conteúdos das campanhas do programa geral de desnutrição crónica num espaço temporal de 2015 a 2019. A SD tem implementado programas de sensibilização das mães gestantes e de crianças entre os 0 e 5 anos através de palestras e programas de educação nutricional, tem desenvolvido programas de formação em segurança alimentar para famílias e programas de amamentação para mães gestantes. Assim, para o corpus de análise evidenciamos os seguintes aspectos:

Quadro 7 - Corpus de análise Fase I

Bloco de Análise 1	Corpus de análise
<p>1. Desenho e conteúdo das Campanhas de Nutrição 2015 – 2019 (Projecto de Saúde e Nutrição de Monapo)</p>	<p>1.1 Objectivo do projecto</p> <p>1.2 Público-alvo</p> <p>1.3 Pesquisas previamente realizadas</p> <p>1.4 Modelo de mudança comportamental usado</p> <p>1.5 Técnicas de comunicação de marketing</p> <p>1.6 Veículos ou meios de comunicação</p> <p>1.7 Mensagens</p> <p>1.8 Acções de mudança comportamental</p> <p>1.9 Técnicas de avaliação usadas</p>

Fonte: *Elaboração própria*

Fase 2: Perspectiva do coordenador e oficiais de desenvolvimento no processo de implementação das campanhas

Para a realização desta fase, tornou-se pertinente apurar a percepção do coordenador do projecto e oficiais de desenvolvimento no processo de implementação dos programas de nutrição. Esta fase foi igualmente de carácter exploratório, para obtenção de dados exploratórios. E permitiu-nos ter um conhecimento aprofundado sobre as dificuldades no processo de implementação dos programas e adquirir uma opinião mais pormenorizada sobre

quais os melhores meios e estratégias de comunicação condizentes com as características do público-alvo.

Para esta segunda fase da investigação foram seleccionados participantes que estavam envolvidos directamente no processo de implementação dos programas. A pesquisa envolveu, portanto, o coordenador do projecto e oficiais de desenvolvimentos, em que a sua selecção foi realizada por conveniência e disponibilidade. Este grupo mostrou a sua importância de ser uma fonte útil e especializada de informação que nos ajudou a compreender melhor a natureza do problema.

Deste modo, a selecção do coordenador do projecto se deveu ao facto de este possuir informações pertinentes sobre o processo de desenho e implementação do projecto, bem como a sua larga experiência na área de projectos sociais em comunidades distantes e carenciadas. Por outro lado, os oficiais de desenvolvimento foram também intervenientes fundamentais para a pesquisa pois lidam diariamente com os comités de saúde e fazem o acompanhamento das mães e crianças. Estes representam uma fonte indescritível de informação.

Para esta fase, foram seleccionados ao todo quatro (4) participantes, dos quais um (1) coordenador de Projecto e três (3) Oficiais de desenvolvimento de três zonas diferentes e responsáveis por comités de saúde e mães gestantes ou mães de crianças de 0 a 5 anos de idade, também diferentes. Todos os participantes possuem uma larga experiência na área e estão ligados ao projecto de nutrição com um período superior a cinco (5) anos, como referido no seguinte quadro 8. Há dez (10) anos atrás, um dos oficiais de desenvolvimento foi também uma das crianças patrocinadas pelo Programa Mãe da SD (Sponsorship), possuindo assim uma larga experiência não só como quadro da organização, mas também como público-alvo das acções de sensibilização.

Quadro 8 – Participantes do estudo Fase 2

Codificação	Sexo	Anos de Trabalho	Função	Zona comunitária de trabalho
C20	M	20	Coordenador de Projecto	Todas
O105	M	5	Oficial de desenvolvimento	Netia
O208	M	8	Oficial de desenvolvimento	Netia

O302	F	2	Oficial de desenvolvimento	Itoculo
------	---	---	-------------------------------	---------

Fonte: *Elaboração própria*

Fase 3: Atitudes e Comportamentos da mães gestantes e mães de crianças dos 0 a 5 anos de idade face às campanhas de nutrição

Nesta terceira fase da investigação nos propusemos a avaliar as atitudes e comportamentos das mães gestantes e mães de crianças com idades compreendidas entre os 0 e 5 anos face às campanhas propostas pela SD. Esta fase do estudo foi essencialmente de natureza qualitativa e possibilitou a obtenção de dados primários. Portanto, após a análise que propusemos nas fases 1 e 2 e os resultados frutíferos que acreditamos ter obtido, esta terceira fase nos permitiu um conhecimento aprofundado sobre as percepções e respostas (mediante atitudes e comportamentos) das mães em relação às campanhas, respondendo assim sobre a eficácia dos programas ao nível da mudança comportamental.

Para esta fase do estudo foram seleccionadas como participantes mães gestantes e mães de crianças com idade 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, como já foi evidenciado, decorre nas zonas administrativas de Netia e Itoculo, abrangendo um total de seis (6) bairros diferentes. Deste modo, para melhor consubstanciar os dados obtidos nas fases anteriores, achámos pertinente a selecção de mães de zonas diferentes.

Por outro lado, dada a natureza do estudo e os objectivos inerentes à pesquisa, optou-se pela aplicação de entrevistas semi-estruturadas para melhor se compreender as mudanças ao nível comportamental. Deste modo, foram realizadas entrevistas individuais com o grupo de mães, que apesar da sua selecção mediante a disponibilidade, acreditamos serem detentoras de informações pertinentes por poderem possuir algumas características singulares (ver seguinte quadro 9).

Um dos desafios principais dos programas sociais, para além de se estudar e propor formas eficazes para que a mudança comportamental ocorra, é também propor meios para se avaliar

os efeitos das campanhas sobre os comportamentos e hábitos do público-alvo. Bem como, o seu nível de adopção ou propensão a implementar de modo efectivo o novo comportamento.

É neste sentido, que para a pesquisa achámos pertinente o uso da observação não participante como forma de consubstanciar as informações que foram obtidas durante as entrevistas semi-estruturadas.

Quadro 9 – Caracterização dos participantes do estudo Fase 3

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.

4.7. Caracterização do local da investigação

Moçambique representa um dos países com os índices mais elevados em desnutrição crónica em crianças e adultos, e com as recentes catástrofes naturais resultantes do Ciclone IDAI, houve uma intensificação desses problemas nas regiões centro e norte do país. Por outro lado, Moçambique ocupa o 3º lugar entre os países africanos mais propensos a calamidades naturais (UNICEF, 2014; UNICEF, 2019).

De acordo com o Fundo de Desenvolvimento das Comunidades (FDC), nos últimos 10 (dez) anos o país só conseguiu baixar os índices de desnutrição crónica em 1%, sendo um total actual de 43%. Destes 43% apenas 45% têm acesso a cuidados de saúde e 26% resultam em mortes.

Por outro lado, estima-se que 19% das repetições escolares têm relação com a desnutrição alimentar.

Muitas crianças moçambicanas apresentam um consumo inadequado dos principais nutrientes, incluindo vitaminas e minerais cruciais, devido a uma diversidade dietética pobre, a doenças infecciosas (especialmente malária, doenças diarreicas e HIV/SIDA) e a parasitas intestinais. A deficiência de ferro, por exemplo, pode causar anemia, que interfere, muitas vezes irreversivelmente, no desenvolvimento cognitivo e na imunidade (UNICEF, 2014, p. 20).

A presente investigação decorreu em Monapo da Província de Nampula, nos postos administrativos de Netia e Itoculo. A escolha deste local deveu-se ao facto de ser um dos locais que a SD tem desenvolvido campanhas de nutrição em crianças e mães gestantes e, igualmente, por representar um dos distritos com índices de desnutrição crónica em crianças.

O Distrito de Monapo situa-se a Este da Província de Nampula e possui uma população total de 226.968 estimada à data de 01/01/2005. A população é jovem (46%, abaixo dos 15 anos de idade), maioritariamente feminina (taxa de masculinidade de 50%) e de matriz rural (taxa de urbanização de 9%). O clima é semi-árido e sub-húmido seco, possuindo alguns rios ao seu redor (Ministério de Administração Estatal, 2005). Entretanto, apesar da presença de rios, alguns postos administrativos (Netia e Itoculo) possuem problemas sérios de água nas épocas mais quentes, sendo o cultivo de alimentos mais abundante na época das chuvas.

Relativamente à educação e saúde, 82% da população é analfabeta, principalmente as mulheres, e a taxa de escolarização se verifica apenas em 30% da população (Ministério de Administração Estatal, 2005). O número de escolas aumentou relativamente, passando a um total de 145 escolas em que a maioria são primárias, possuindo apenas duas (2) escolas secundárias e uma (1) técnico-profissional (Instituto Nacional de Estatística, 2008).

Por outro lado, o número de hospitais e postos de saúde ainda é pouco satisfatório (ver o seguinte quadro 10) e grande parte dos habitantes têm dificuldades de acesso pela enorme distância a que se encontram. As doenças infecciosas como malária, diarreia e DTS e SIDA são fortemente verificadas no Distrito (Ministério de Administração Estatal, 2005) e este factor pode estar por detrás de casos de má nutrição como destaca a UNICEF (2014).

Quadro 10 – Infraestruturas de saúde por tipo no Distrito e na Província

Infraestruturas	Distrito	Província	Dist/Prov em %
Unidades Sanitarias Publicas			
Hospital Central	0	1	0.0
Hospital Psiquiátrico	0	0	-
Hospital Provincial	0	0	-
Hospital Rural	1	4	25.0
Hospital Geral	0	2	0.0
Hospital Distrital	0	2	0.0
Centros de Saúde	10	140	7.1
Postos de Saúde	4	55	7.3
Equipamento			
Total de Camas Gerais	81	967	8.4
Camas da Maternidade	135	2090	6.5
Camas por 1000 Habitantes	0.77	0.77	100.2

Fonte: MISAU, adaptado por Instituto Nacional de Estatística (2008, p. 13)

Assim, as condições climáticas, do sector de saúde e de educação, contribuem grandemente para os desafios nas condições de vida enfrentados pelos habitantes do Distrito de Monapo. Grande parte das populações vivem em palhotas, sem acesso a electricidade e o abastecimento de água dá-se através de poços de água a céu aberto. Por outro lado, apesar de grande parte das informações propostas pelo Governo, as populações dedicam-se maioritariamente ao cultivo de culturas (algodão e sisal) para a sua venda, e o cultivo de alguns alimentos fundamentais (mandioca, o milho, a mapira, o arroz, o amendoim e feijão) não é feito em larga escala. Resultando assim, em sérias dificuldades na alimentação das famílias na época seca e no conseqüente aparecimento de casos de má nutrição das crianças.

4.8. Considerações éticas

O pesquisador qualitativo possui um papel basilar para que sejam respeitadas as opiniões, cultura e crenças dos participantes do estudo, evitando julgamentos e manipulação de respostas

e comportamentos durante o processo de pesquisa (Sampieri, Collado & Lucio, 2013). Ainda durante a pesquisa “é preciso ser claro que pessoas não são objetos e, portanto, não devem ser tratadas como tal; não devem ser expostas indevidamente. Devem sentir-se seguras quanto às garantias de preservação da dignidade humana” (Celani, 2005, p. 107).

Em estudos que envolvem a percepção sobre as atitudes e comportamentos de determinados indivíduos sobre uma ideia ou acção proposta, há que ter uma postura imparcial e que não comprometa os dados obtidos. Numa outra vertente, se interpõe igualmente o desafio de relatar a realidade, sem que, no entanto, se arrisque a divulgação de informações confidenciais, questões pessoais dos participantes do estudo ou julgamentos por parte do investigador.

Deste modo, durante o estudo foram respeitadas e ponderadas as opiniões de todos os participantes, relatando sem supérfluos a realidade vivida. Não obstante, procurou-se adoptar uma postura imparcial na observação dos factos, impedindo a indução de comportamentos por parte dos participantes e revelação da identidade dos participantes. Ainda, informações consideradas confidenciais por parte da organização, assim como o seu nome real, foram protegidos e omitidos no processo de divulgação da pesquisa.

4.9. Limitações do estudo

No que concerne à pesquisa foram definidos objectivos com o intuito de avaliar a eficácia das campanhas de nutrição da SD no distrito de Monapo e definidos métodos e técnicas de estudo que nos levam a crer serem adequados e fundamentais para a realização efectiva da pesquisa. Não obstante, a proposição de um estudo de natureza qualitativa e a utilização da observação não participante por parte do pesquisador, constituem uma fonte rica de informação e compreensão da realidade a ser estudada. No entanto, há que destacar três (3) aspectos fundamentais que levam a limitações no estudo a ser realizado.

- i) A primeira limitação prende-se com o facto de o estudo centrar-se apenas na compreensão da realidade vivida por um grupo restrito (população do distrito de Monapo). O que nos leva a crer que, para futuras investigações, seria oportuno realizar um estudo sobre a eficácia das campanhas da SD nos diferentes distritos que esta se centra, bem como em relação a outros Projectos ligados ao programa

Mãe de Patrocínio a criança (*Sponsorship*).

Isto permitia que se conseguisse obter uma compreensão profunda sobre os diferentes contextos, motivações, comportamentos, crenças, atitudes, numa perspectiva comparativa e outros factores de influência para a mudança de comportamento efectiva (água e saneamento, segurança alimentar, educação à criança).

- ii) A segunda limitação centra-se nos aspectos que o estudo observa. Seria fundamental em pesquisas desta natureza, observar igualmente a questão da influência cultural na mudança comportamental e atitudes diante dos hábitos alimentares das mães gestantes e mães de crianças com idades compreendidas entre os 0 a 5 anos.

- iii) Por estarmos actualmente numa situação de emergencial por conta do covid-19, o processo de observação não participante foi realizado durante um período curto e fora do que se esperava em termos de recolha de dados. Portanto, a terceira limitação do estudo se refere a observação não participante de apenas um (1) dia dedicado a cada família. Para estudos futuros, seria interessante não só dedicar mais dias para a observação, como também ao uso de uma técnica diferente (observação participante ou etnografia) que poderá trazer maior riqueza em termos de dados.

Parte III. Caso de Estudio

Capítulo V – Apresentação, análise e discussão dos resultados

O presente capítulo diz respeito à análise e compreensão da eficácia das campanhas sobre nutrição desenvolvidas pela SD no distrito de Monapo. Como primeira abordagem empírica, considerou-se a análise do plano orientador do projecto de Saúde e Nutrição de Monapo e os diferentes mecanismos de apoio ao processo de implementação das campanhas de sensibilização das populações. Esta fase de estudo é inteiramente de carácter exploratório e responde ao primeiro objectivo de pesquisa da Tese: analisar os conteúdos das campanhas propostas pela SD alusivas à prevenção da desnutrição crónica em crianças no distrito de Monapo. Neste âmbito, para esta primeira fase nos propusemos a analisar o plano do projecto e os manuais e materiais de comunicação usados para a implementação das campanhas de sensibilização. Portanto, apresentamos, no seguinte quadro, os pontos orientadores do corpus de análise desta primeira fase:

Bloco de Análise 1	Corpus de análise
1. Desenho e conteúdo das Campanhas de Nutrição 2015 – 2019 (Projecto de Saúde e Nutrição de Monapo)	5.1.1 Objectivo do projecto 5.1.2 Público-alvo 5.1.3 Realização de pesquisas prévias 5.1.4 Modelo de mudança comportamental 5.1.5 Técnicas de comunicação de marketing 5.1.6 Veículos e meios de comunicação 5.1.7 Mensagens 5.1.8 Acções de mudança comportamental 5.1.9 Técnicas de avaliação usadas

Fonte: *Elaboração própria*

5.1 Fase I - Desenho e conteúdo das Campanhas de Nutrição

Face à caracterização do corpus de análise, o plano observado corresponde ao ponto orientador de todo o projecto e desenvolvimento de actividades. Podemos observar que são definidas metas e indicadores, que no final servem de meios para a avaliação das acções de sensibilização.

Por outro lado, o corpus análise é também composto por manuais de comunicação (ao todo, dois manuais) e manuais de nutrição.

5.1.1. Objectivo do Projecto

No programa técnico de saúde e nutrição, verificamos a proposição de um objectivo orientador que se reverte em uma pequena meta/resultado/produto/actividade como foi evidenciado no documento. O seu objectivo orientador consiste em contribuir para a melhoria da saúde e nutrição da mãe, do recém-nascido e da criança e a redução da mortalidade materna, neonatal, infantil e infantojuvenil, que subsequentemente se reverte na meta geral de o atingir até ao ano de 2020.

Colocado ao que chamamos o objectivo geral do plano, há uma proposta de um conjunto enorme de meta/resultado/produto/actividade que se pode agrupar em temáticas como a melhoria de práticas de alimentação, programas de treinamento e formação, programas de acompanhamento, realização de pesquisas e desenho de mensagens, reabilitação nutricional de crianças em estado crítico, estabelecimento de parcerias e apoio logístico com instituições governamentais e de saúde, educação e sensibilização das comunidades.

Estes grupos de temáticas envolvem um total de 92 (noventa e duas) meta/resultado/produto/actividade, em cada uma destas se reverte num indicador ou acção com previsão de ser realizado pelo Projecto de Saúde e Nutrição. Deste modo, se pode observar no documento que todas as acções, estratégias e meios de comunicação, pesquisas, avaliações, mensagens e principalmente o público-alvo (e todas as suas características e barreiras que o rodeia) é conduzido em resposta ao objectivo geral.

5.1.2. Público-alvo

Em relação ao público-alvo, o programa técnico de saúde materno infantil não faz uma identificação literal, mas todas as metas/resultado/produto/actividade, bem como objectivo orientador, evidenciam as mães gestantes e mães do recém-nascido e da criança como o foco do projecto.

Esta identificação do público-alvo pode ser verificada em passagens de metas/resultado/produto/actividade como: “Treinar grupos de mães e pais em alimentação infantil e complementar (1,000 dias), incluindo como realizar visitas domiciliárias usando os sete passos; Apoiar os grupos de mães e pais com material de Informação, Educação e

Comunicação/Mudança de comportamento (panfletos, albuns seriados) e fichas de recolha *de* dados; Mulheres grávidas e lactantes e outras cuidadoras com crianças de idade compreendida entre 0-23 meses apoiadas para ultrapassar as barreiras que encontram ou podem encontrar na implementação das mensagens sobre alimentação infantil e complementar ao nível da família” (SD, 2020).

Por outro lado, percebe-se a identificação não só de um público-alvo primário e directamente beneficiário das acções de mudança comportamental e de sensibilização, como também de um público-alvo secundário que pode influenciar e apoiar o público-alvo primário no processo de mudança.

Nos documentos, se percebe a identificação de voluntários (pais e mães pertencentes a comunidade), comités de saúde (compostos por mães da comunidade), parceiros da comunidade, agentes de saúde e líderes de comunitários, nas seguintes passagens: “Comités de saúde e grupos de mães e pais equipados para liderar e facilitar o Desvio Positivo e Atelier doméstico ao nível das comunidades; Identificar parceiros chaves a serem envolvidos na avaliação da qualidade do Desvio Positivo; Apoiar os voluntários de desvio positivo na elaboração e um plano de implementação de visitas domiciliárias...; Reforçar a capacidade dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social para providenciar serviços de nutrição às comunidades” (SD, 2020).

Ainda, o manual para o treinamento de voluntários de desvio positivo/atelier doméstico, evidencia o papel dos voluntários junto aos líderes comunitários, não só como um público-alvo secundário e influenciador, como também no desempenho de funções activas e de mudança ao lado dos oficiais de desenvolvimento do projecto de saúde e nutrição da organização.

Imagem 1 - Manual para o treinamento de Voluntários



Fonte: SD (2020)

5.1.3. Realização de pesquisas prévias

A realização de pesquisas de mercado e estudos sobre a identificação das diferentes barreiras enfrentadas pelo público-alvo está prevista no plano geral do projecto (programa técnico de saúde e nutrição) e pode-se verificar que este é suportado pelos relatórios de resultados.

Estes resultados apresentam dados sobre o *estado socioeconómico da comunidade, os grupos de foco* (práticas de cuidados gerais, práticas alimentares, de saúde, higiene, entre outras), *o calendário sazonal* (abundância e escassez dos alimentos, época de sementeira, colheita, épocas secas e chuvosas e as doenças a que as populações estão mais propensas de acordo com o tempo) e resultados de pesquisas de mercado sobre *preços de alimentos* (custo por unidade, quantidade comprada, quantidades compradas no período de escassez e de abundância).

Imagem 2 – Exemplo sobre resultados de pesquisas realizadas pela organização

Pesquisa de Mercado							
Data:2020		ADP: Monapo DP					
Distrito: Monapo		Nome da comunidade: Ituculo					
Alimentos	Materia-prima						
	Unidade da quantidade mais pequena comprada	Período de pico (Meses)	Custo durante período de pico (mts)	Custo por unidade	Período de escassez (Meses)	Custo durante o período de escassez (mts)	Custo por unidade
Açúcar	1 colher de sopa	Marco a junho	5,00	1 plastiquinho	outubro a dezembro		10,00
Peixe fino	1 lugar(um punhao de mac)	outubro a dezembro	20,00	1 lugar	janeiro a março		30,0
Farinha celeste	1 copo	Abril ate Junho	10,00	1 copo	janeiro a março		30,00
Feijão manteiga	1 copo	Junho ate Agosto	15,00	1 copo	outubro a dezembro		30,00
Banana-verde	1	Abril ate Junho	2,00 centavos	1	janeiro a março		30,00
Batata-reno	1	Abril ate Junho	5,00	1	janeiro a março		7,50
Banana madura	1	Abril ate Junho	2,00	1	janeiro a março		4,00
Cebola	1	Abril ate Junho	2,00	1	janeiro a março		4,00
Tomate	1	Abril ate Junho	2,00	1	janeiro a março		4,00
Ovo	1	Marco a junho	5,00	1	janeiro a março		4,00
Arroz	1copo	Marco a junho	10,00		janeiro a março		15,00
Óleo	1 plastiquinho	Marco a junho	5,00	1 plastiquinho	janeiro a março		7,5
Manteiga	250g	Junho ate Agost	20,00	250g	janeiro a março		40,00
Peixe carapau	2050g	Janeiro ate Marco	20,00	250g	janeiro a março		35,00
Coco	cada	Junho ate Agost	10,00	cada	janeiro a março		20,00
Amendoim	1 lugar	Marco a junho	5,00	1 lugar	janeiro a março		10,00
Repolho	1 cabeça	Abril ate Junho	25,00	1 cabeça	janeiro a março		40,00
Laranja	Uma	Abril ate Junho	10,00	Uma	janeiro a março		15,00
Limão	1Mais pequeno	Abril ate Junho	2,00	1Mais pequeno	outubro a dezembro		5,00
Pimenta	1	Abril ate Junho	3,00	1	janeiro a março		5,00
Sal	1 colher de sopa	Abril ate Junho	2,00	1	outubro a março		4,00

Fonte: SD (2020).

5.1.4. Modelo de mudança comportamental

Em relação ao modelo de mudança comportamental usado pela organização, não há uma evidência clara. No plano geral (programa técnico de saúde materno-infantil) e manuais de apoio, não se faz menção a um modelo ou teoria de mudança comportamental. Entretanto, pela análise realizada aos documentos fornecidos pela organização, bem como pela abordagem implementada ao nível das comunidades, percebemos a existência de uma base comportamental semelhante ao modelo de potenciação ou *empowerment*.

Acredita-se que a base comportamental diz respeito ao modelo de potenciação porque, por um lado, algumas das acções propostas ao nível das comunidades fazem o uso da abordagem de desvio positivo e atelier doméstico (abordagens que consistem na selecção de membros da

comunidade, sua formação, participação como agentes influenciadores de mães e pais de crianças com desnutrição. E, de seguida, na criação de uma lareira que cada família traz um alimento e juntos aprendem a preparar as refeições adequadas para os seus filhos).

E, por outro lado, algumas meta/resultado/produto/actividade do plano, evidenciam uma base comportamental orientada para o *empoderamento* dos membros da comunidade. Pode-se verificar isso nas seguintes passagens: “Grupos de mães e pais equipados para liderar e facilitar actividades de alimentação infantil e complementar ao nível das comunidades; Voluntários de alimentação infantil e complementar realizar sessões de demonstração culinárias ás mulheres grávidas e lactantes; Comités de saúde e grupos de mães e pais equipados para liderar e facilitar o Desvio Positivo e Atelier doméstico ao nível das comunidades” (SD, 2020).

5.1.5. Técnicas de comunicação de marketing

Assim como o modelo de mudança comportamental, o recurso a técnicas de comunicação de marketing não é evidenciado claramente nos documentos. Embora, a referência a determinadas actividades previstas no plano, nos remeta a ideia de que técnicas como relações públicas, eventos, patrocínios, marketing social e a publicidade tenham sido usados como recurso a algumas actividades.

Algumas meta/resultado/produto/actividade como apoio a feiras de nutrição (relações públicas/ eventos), distribuição de panfletos e álbuns seriados (publicidade), realização de pesquisas, estudo das barreiras e adequação de mensagens ao público-alvo (marketing social), apoio logístico e financeiro a comités de saúde (patrocínio), são algumas das evidências que nos levam a ideia de uso de técnicas de comunicação de marketing.

Entretanto, estas evidências presentes em acções não nos parecem suficientes para que se possa afirmar com toda a certeza as técnicas usadas, se há um uso constante, bem como o seu uso combinado. Para este ponto, é essencial um maior aprofundamento através dos dados subsequentes das fases do estudo.

5.1.6. Veículos e meios de comunicação

Os veículos e meios de comunicação a que se faz referência nos documentos são de todo baseados em suportes *offline*. A natureza do seu uso parece-nos dever-se às características do público-alvo e ao estado socioeconómico da comunidade, pois a população é maioritariamente pobre, sem acesso a recursos *online* e com índices de escolaridade baixos.

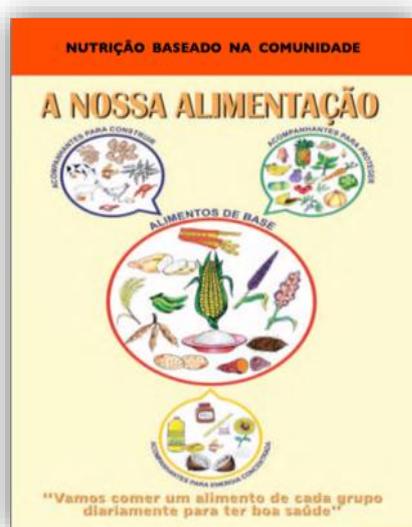
Assim, os veículos e meios usados são panfletos publicitários com mensagens sobre o comportamento ideal, megafones (orientados para captar a atenção da comunidade), eventos (feiras de nutrição) e brochuras informativas (álbuns seriados com explicações sobre hábitos adequados e orientações sobre o tratamento dos alimentos), como podemos ver no seguinte quadro 11.

Quadro 11 – Veículos e meios

Suportes	Veículos e Meios	
<i>Offline</i>	Publicidade	<i>Panfletos, Megafones</i>
	Eventos	<i>Feiras</i>
	Brochuras informativas	<i>Álbuns seriados</i>

Fonte: Elaboração própria

Imagem 3 – Cartaz sobre nutrição usado pela organização



Fonte: SD (2020).

Imagem 4 – Exemplo de álbuns seriados usados para sensibilização de mães/ Treinamento de agentes comunitários de saúde.



Fonte: SD (2020).

5.1.7. Mensagens

Em relação às mensagens passadas, não há uma indicação concreta de qual seja a principal. No plano geral, está previsto o uso de mensagens que se adequem ao público-alvo, mas não há uma clara identificação. Em contrapartida, no documento complementar fornecido, podemos encontrar uma série de mensagens-chave que normalmente devem ser levadas em conta na interação com as mães: “comer alimentos dos 4 grupos de alimentos (confeccionar alimentos com os 4 grupos de alimentos); aumentar a quantidade de alimentos à medida que a criança cresce; todos alimentos são importantes para o crescimento da criança e não provocam doenças” (SD, 2020).

Numa outra vertente, podemos observar que são também passadas mensagens relativas a comportamentos complementares e cruciais a boa saúde das mães gestantes, das crianças e de

toda a família, como é o caso de: “o planeamento familiar ajuda a proteger a saúde da mãe e da criança; previna-se de doenças diarreicas bebendo água tratada; previna a malária usando correctamente a rede mosquiteira” (SD, 2020).

Ainda, nas mensagens passadas há predominantemente um tom positivo de aconselhamento, sem dramatismo ou tons negativos que comportem ideias e consequências graves a que o público-alvo poderá incorrer se não seguir o comportamento ideal. Podemos verificar este aspecto nos cartazes e álbuns seriados (ver imagens 3 e 4). Contudo, no documento relacionado ao desempenho de acções de aconselhamento direccionado e no momento certo, são identificadas mensagens-chave. Mas pela análise realizada, parecem-nos corresponder a actividades relacionadas as sessões a serem desempenhadas (ver exemplo abaixo – Fonte: SD, 2020).

Imagem 5 – Mensagens-chave no aconselhamento direccionado e no momento certo

Curriculum Detalhado do Aconselhamento Direccionado e no Momento Certo			
MODULO 1			
Visitas	Sessões	7-11	Mensagens Chaves
1ª Visita na Gravidez	Sessão 11: Nutrição na gravidez Sessão 12: Cuidados domiciliários para a mulher grávida e sinais de perigo na gravidez na gravidez Sessão 13: Promoção de Cuidados Pré-Natais	Mãe 1, 2, 3, 4, 6, 7	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de alimentos • Micro-nutrientes em alimentos (alimentos ricos em ferro, alimentos ricos em vitamina A) • Alimentos localmente disponíveis • Lavar as mãos antes de preparar os alimentos • Aumentar a quantidade e variedade dos alimentos para mulheres grávidas • Sal iodado • Uma refeição nutritiva e um lanche nutritivo adicional por dia • Descanso adequado • Assistência dos membros da família • Tomar sal ferroso e ácido fólico • Consumir alimentos ricos em ferro • Não fumar ou ingerir bebidas alcoólicas durante a gravidez • Dormir dentro da rede mosquiteira em zonas com maior prevalência da malária • Informar imediatamente a alguém se um sinal de perigo está presente • Levantar a mulher grávida para a unidade sanitária se um sinal de perigo está presente • 4 Consultas pré-natais (CPNs) • Serviços esperados na CPN (suplementação de sal ferroso e ácido fólico, Vacina antitetânica (VAT), Tratamento Intermitente e Presuntivo da malária (TIP), (Resposta))
2ª Visita, no meio da Gravidez	Sessão 15: HIV e SIDA, TB e PTV Sessão 16: Plano de Parto	Mãe 7	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer o Teste de HIV, Tuberculose e outras doenças sexualmente transmissíveis durante a gravidez • Todas as mulheres, mas especialmente mulheres seropositivas dar parto numa unidade de sanitária para terem cuidados especiais e PTV • Usar o preservativo na relação sexual durante a gravidez e amamentação • Diagnóstico precoce do recém-nascido e tratamento preventivo com cotrimoxazol • Alimentação artificial do bebé para mães seropositivas? • Para as mulheres, mas especialmente mulheres seropositivas devem ter parto numa unidade de sanitária • Parto assistido com pessoal de saúde qualificado • Desenvolvimento de um plano de parto • Plano de transporte • Material do parto • Intervalo de pelo menos seis meses após um aborto espontâneo antes de tentar engravidar novamente

5.1.8. Acções de mudança comportamental

São variadas as acções de mudança comportamental desenvolvidas. A nosso ver, as acções não só abarcam o público-alvo principal (mães gestantes e mães de crianças entre 0 e 5 anos) como também se destinam ao público secundário (comunidade, líderes comunitários, parceiros e mães e pais voluntários). Estas acções estão previstas no plano geral, programa técnico de saúde e nutrição, se descrevendo na meta/resultado/produto/actividade prevista e respondendo ao objectivo geral.

Quadro 12 – Acções de mudança desenvolvidas pela organização

Destinatários		Acções desenvolvidas
<i>Públicos</i>	Voluntários	<ul style="list-style-type: none"> • Formação e treinamento de voluntários em acções de sensibilização e educação; • Treinamento em desvio positivo e atelier doméstico, e em aconselhamento direccionado e no momento certo (ttC)

<i>secundários e influenciadores</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Fornecimento de Kits de material aos voluntários de ttC para a realização das suas actividades (manual do voluntário, livro de histórias, fotos de alimentos, livro da família, fichas de recolha de dados, fichas de supervisão de apoio, fichas de registo, fichas de referência e contra-referência) • Realização de visitas domiciliárias de alimentação infantil e complementar; • Realização de sessões culinárias às mulheres grávidas e lactantes.
	Comités de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar comités de saúde e grupos de mães e pais para liderar e facilitar o Desvio Positivo e Atelier doméstico ao nível das comunidades; • Treinar/re-treinar comités de saúde e grupos de mães e pais em Desvio Positivo e aconselhamento direccionado e no momento certo (ttC); • Apoiar os comités de saúde na elaboração de planos de implementação de sessões de atelier doméstico. • Providenciar apoio logístico e financeiro aos comités de saúde na aquisição de bicicletas e motas ambulância para a montagem de sistema de transporte liderado pela comunidade. • Preparar comités de saúde para apoio psicossocial às crianças e jovens vítimas de casamentos prematuros, gravidez precoce e outros incidentes de protecção à criança. • Apoiar os comités de saúde no mapeamento das estruturas e serviços de protecção à criança existente na comunidade • Providenciar apoio logístico e financeiro aos comités de saúde para realizar troca de experiências com outros comités de saúde do mesmo distrito
	Parceiros (Serviços Distritais de Saúde - SMAS, Mulher e Acção Social, Unidades sanitárias)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio na realização de feiras nutricionais; • Reforço da capacidade dos Serviços Distritais para providenciar serviços de nutrição às comunidades; • Apoio aos serviços distritais no desenho de um plano distrital de implementação do Desvio Positivo/Atelier Doméstico; • Apoio na distribuição de suplementos nutricionais bem como na realização de campanhas de vacinação e desparasitação; • Apoio financeiro e logístico aos serviços de SMAS e as unidades sanitárias para realizarem supervisão de apoio aos comités de saúde e grupos de mães e pais. • Preparação da SMAS e parceiros para reforçar o aconselhamento direccionado e no momento certo (ttC) e saúde da mãe e da criança. • Reforço da relação entre unidades sanitárias e a comunidade; • Preparação de serviços distritais e parceiros implementar Cidadania, Voz e Acção (CVA) na comunidade (acção realizadas em duas fases)

		<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar implementação dos planos de acção de CVA (Visitar pelo menos uma vez por trimestre os comités de CVA para verificar progresso)
Públicos primários	Mães gestantes	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor as práticas de alimentação infantil e complementar das mães/cuidado das de crianças 0-3 meses; • Apoiar mulheres grávidas e lactantes e outras cuidadoras com crianças de idade compreendida entre 0-23 meses para ultrapassar as barreiras que encontram ou podem encontrar na implementação das mensagens sobre alimentação infantil e complementar ao nível da família; • Educação e sensibilização sobre planeamento familiar e prevenção de doenças;
	Mães de crianças entre 0 e 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar grupos de mães e pais em alimentação infantil e complementar (1,000 dias); • Melhorar a identificação, referência e reabilitação nutricional de crianças malnutridas abaixo de 5 anos; • Promover a reabilitação de crianças malnutridas abaixo de 5 anos; • Educar, sensibilizar e mobilizar cidadãos
Outras ações		<ul style="list-style-type: none"> • Resumir e simplificar políticas públicas de saúde; • Produção de menus, tabelas nutricionais e de peso (Ver imagem 7 e 8); • Realização de inquéritos constantes; • Realização de visitas domiciliares de controle e acompanhamento • Construir parcerias e coligações • Produção de relatórios e promoção de avaliações de qualidade.

Fonte: Elaboração própria

Assim, as acções acima expostas, são desenvolvidas ao nível de todo o distrito e zonas comunitárias de abrangência (Netia e Itoculo). Estas acções possuem um período de aplicabilidade entre os anos de 2015 a 2020, e pela análise realizada, nos parecem ser implementadas em várias fases. Portanto, à medida que são propostas, assentam em uma estimativa de qualidade e de reavaliação das acções com vista a eliminar as possíveis barreiras

MENUS seleccionados

1º Menu		Gr	2º Menu		Gra	3º Menu		Gramas	4º Menu		Gramas
1	Papas de Farinha d Milho	75g	1	Abobora cozida esmagada	80g	1	Batata Doce	80	1	Mandioca fresca Cozido	75
2	Folhas frescas Escuras	50g	2	Folhas de Moringa cozida	40g	2	Folhas de Mandioca	40	2	Ovo fresco	35
3	Amendoim Torrado	75g	3	Amendoim torrado	75g	3	Amendoim torrado	50	3	Folhas de Abobora	50
4	Peixe Fino cozido pilado	20g	4	Açúcar	12g	4	Feijão Nhemba	40	4	Amendoim seco torrado	60
5	Óleo	10g	5			5	Óleo	12	5	Peixe fino torrado	50
LANCHE			LANCHE			LANCHE			LANCHE		
7	Banana Madura	30g	7	Laranja	50g	7	Papaia Madura	45	7	Banana Madura	30
Total		260g	Total		257g	Total		267g	Total		300g

na absorção das mensagens.

Imagem 6 – Exemplo de Menus criados

Fonte: SD (2020).

Imagem 7 – Tabelas de referência de peso

The image shows two screenshots of WHO Weight-for-Age Reference Tables. The left screenshot is titled 'WHO Weight-for-Age Reference Table' and is for 'Day 2 Session 5'. It shows a table for children aged 2 to 5 years, with columns for Age (months), Green (Normal), Yellow (Mild), Orange (Moderate), and Red (Severe) for both Boys and Girls. The right screenshot is titled 'Weight-for-age Standard Table – Boys and Girls 0-59 months (WHO)' and is also for 'Day 2 Session 5'. It shows a table for children aged 0 to 59 months, with columns for Age (months), Green (Normal), Yellow (Mild), Orange (Moderate), and Red (Severe) for both Boys and Girls. Both tables use a color-coded system to indicate the severity of weight issues.

Fonte: SD, 2020.

5.1.9. Técnicas de avaliação usadas

No programa técnico de saúde e nutrição, a avaliação das acções e produção de relatórios é destacado como um aspecto fundamental. A organização possui uma equipe de qualidade que vela pelo desenvolvimento, implementação e controle das equipes de trabalho em projectos. Este destaque sobre a importância do uso de técnicas de avaliação de qualidade das acções, podem ser verificados nas seguintes passagens: “realizar inquérito de desvio positivo de uma forma sistemática; realizar avaliação da qualidade do programa de ttC/Trabalho de campo” (SD, 2020).

Deste modo, percebe-se que a técnica maioritariamente usada na avaliação é o inquérito e pode-se observar que após realizadas as avaliações e monitorias, são partilhadas informações de

modo a que possa aprender do que foi proposto e reformular as acções. Estas questões são reiteradas nas seguintes passagens: “partilha de resultados da avaliação e as lições aprendidas com as autoridades de nível distrital, provincial, central e realizar encontros de monitoria de padrões de saúde com a participação de usuários e provedores de serviços; realização de laboratório de aprendizagem interno e integrado focalizado para saúde materno-infantil, educação, protecção à criança e meios de subsistência” (SD, 2020).

5.2 Fase II - A perspectiva do coordenador e oficiais de desenvolvimento

Após a apreciação aos documentos e planos relacionados ao processo de planeamento e desenho das campanhas de saúde e nutrição do distrito de Monapo, considerou-se crucial a análise, no terreno, sobre as diferentes perspectivas do coordenador do projecto e seus oficiais de desenvolvimento ao nível do campo. Esta segunda fase do estudo foi crucial para a compreensão do panorama geral do projecto de saúde e nutrição, bem como para a obtenção de uma visão específica destes especialistas sobre o processo e os desafios na prevenção de casos de desnutrição no distrito de Monapo.

Através de entrevistas semiestruturadas com ênfase numa abordagem qualitativa, pretendeu-se auscultar a perspectiva destes especialistas sobre todo o projecto, especificamente, o desenho do projecto, a implementação e avaliação das campanhas, bem como o papel das acções de comunicação no processo de prevenção e combate aos casos de desnutrição crónica em mães gestantes e crianças dos 0 a 5 anos de idade. Esta fase do estudo é de carácter exploratório e responde ao segundo objectivo de Tese: analisar a perspectiva dos gestores e ativistas de campo no processo de implementação das campanhas.

Portanto, apresentamos, no seguinte quadro, os núcleos temáticos em análise nesta fase:

Bloco de análise 2	Núcleos temáticos
2. Perspectivas do coordenador e oficiais de desenvolvimento	5.2.1 Desenho do projecto de Saúde e Nutrição de Monapo
	5.2.2 Implementação e avaliação do projecto

5.2.3 Papel das acções de comunicação na prevenção e combate da desnutrição crónica

Fonte: *Elaboração própria*

Quanto à caracterização do corpus de análise, os participantes do estudo foram selecionados pela sua experiência profissional na área e pela sua ligação directa ao fenómeno em estudo. No seu total, o projecto comporta um (1) coordenador e oito (8) oficiais de desenvolvimento responsáveis pelas zonas de Netia e Itoculo do distrito de Monapo. Os participantes foram selecionados por conveniência e disponibilidade, sendo que o número reduzido seleccionado, permitiu maior profundidade na compreensão do fenómeno em estudo e a melhor exploração das suas experiências e opiniões sobre o processo de desenho e implementação do projecto.

Deste modo, nesta segunda fase foram selecionados um (1) coordenador e três (3) oficiais de desenvolvimento. Por questões éticas e de protecção ao discurso de cada entrevistado, atribuímos uma codificação que os identificam como coordenador ou oficial de desenvolvimento e os anos de experiência na área, por exemplo: coordenador do projecto + anos de trabalho (C20) – Ver seguinte Quadro nº 13:

Quadro 13 – Caracterização dos participantes do estudo – Fase 2

Codificação	Sexo	Anos de Trabalho	Função	Zona comunitária de trabalho
C20	M	20	Coordenador de Projecto	Todas
O105	M	5	Oficial de desenvolvimento	Netia
O208	M	8	Oficial de desenvolvimento	Netia
O302	F	2	Oficial de desenvolvimento	Itoculo

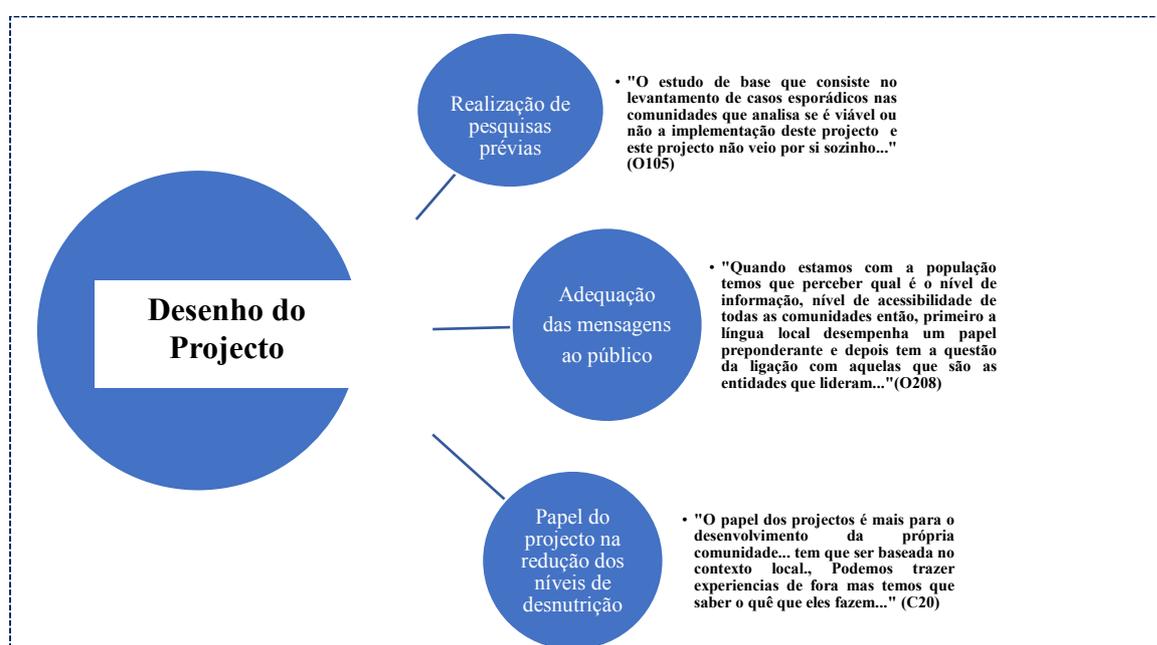
Fonte: *Elaboração própria*

5.2.1 Primeiro núcleo temático - Desenho do projecto de saúde e nutrição de Monapo

O primeiro núcleo temático diz respeito a compreensão do processo de desenho projecto de saúde e nutrição. Após a análise, realizadas as entrevistas ao coordenador e oficiais de

desenvolvimento, foram definidas três (3) subcategorias principais: realização de pesquisas prévias; adequação das mensagens ao público; e o papel do projecto na redução dos níveis de desnutrição (ver figura 5).

Figura 5 – Núcleo temático 1 e suas subcategorias



Fonte: *Elaboração própria*

Realização de pesquisas prévias

Em projectos sociais que envolvem a mudança comportamental, a realização de pesquisas é fundamental para que se compreenda a dimensão do problema, o contexto que rodeia o público-alvo, bem como as diferentes barreiras que poderão se interpor ao processo de mudança comportamental. De acordo com os profissionais entrevistados, três aspectos são fundamentais quando fazemos referência para a realização de pesquisas prévias - (1) a viabilidade do projecto; (2) compreensão do contexto e das necessidades do público-alvo; (3) o estudo de projectos anteriormente implementados e as lacunas deixadas:

“Tivemos o *base lines*, como posso dizer, o estudo de base que consiste no

levantamento de casos esporádicos nas comunidades que analisa se é viável ou não a implementação deste projecto e este projecto não veio por si sozinho, ai temos o patrocínio a criança, então a ajuda da criança em idade escolar e que leva a vir outros projectos para subsidiar o projecto mãe” (O105).

“Fazemos primeiro estudo do mercado, verificamos os alimentos existentes e fazemos mapeamento da comunidade e através disto sabemos onde tiram água, e analisamos o que existe no mercado e os seus respectivos preços mínimos. Também fazemos estudos socioeconómicos para ver no mínimo as condições socioeconómicas dos membros” (C20).

“Claro, sempre tem feito um *base lines* porque não se pode avançar com um projecto sem se fazer o estudo então deve-se fazer um *base line* primeiro para se saber o que está acontecer e quais são as lacunas lá existentes e se houveram outros projectos que passaram, o que é que fizeram e quais foram as suas fraquezas, então há sempre essa pesquisa que deve se fazer para assegurar que vamos responder exactamente aquilo que são as necessidades que aquele povo tem” (O208).

Adequação das mensagens ao público

Conscientes sobre a importância da adequação das mensagens ao público-alvo, os entrevistados destacam uma série de acções que devem ser levadas em conta para que estas sejam compreendidas e comportem a eficácia necessária no processo de mudança comportamental. O conhecimento sobre a realidade da comunidade, adequação de acções a sua realidade e a realização de inquéritos são destacados como fundamentais para a adequação das mensagens, mas são igualmente referenciados aspectos como a língua local, o papel dos líderes comunitários e a estruturação das mensagens que devem ser simples e concisas:

“O que é crucial na campanha é fazer perceber que é necessário sair do hábito de fazer empiricamente para o hábito correcto sem tirar a alimentação que eles tinham [No sentido de deixar os hábitos de senso comum aprendidos pelos seus antepassados e passar práticas comprovadas cientificamente e nutricionalmente adequadas] mas sim adequar e colocar os produtos no lugar certo” (O105).

“Nós fizemos o nosso máximo para que a mensagem chegue bem na comunidade, mas conhecendo a realidade da comunidade” (O302).

“As mensagens chaves que estamos a usar é através de um inquérito que fazemos a própria comunidade” (C20).

“Não sou especialista em comunicação, mas eu acho que a língua é o elemento essencial. Quando estamos com a população temos que perceber qual é o nível de informação, nível de acessibilidade de todas as comunidades então, primeiro a língua local

desempenha um papel preponderante e depois tem a questão da ligação com aquelas que são as entidades que lideram essa certa comunidade que são líderes comunitários. Para além destes, também tem alguns grupos lá de confiança na comunidade porque elas são as pessoas que são ouvidas em primeira mão” (O208).

“Sem boa mensagem nós não temos trabalho, passa primeiro por estruturar a mensagem de modo que a mensagem quando chega ao consumidor por si mesmo fale e o receptor consiga dar réplica daquilo que ouviu, então a mensagem deve ser simples e concisa para que a comunidade consiga receber a mensagem e fazer as deduções de acordo com os objectivos do projecto” (O105).

Papel do projecto na redução dos níveis de desnutrição

Os projectos de organizações não governamentais desempenham um papel fundamental no combate aos problemas sociais e no desenvolvimento das comunidades mais carenciadas. Relativamente a esta subcategoria, os entrevistados destacam a importância que o projecto desempenha no processo de sensibilização, facilitação, desenvolvimento e sobretudo na complementação das actividades do governo:

“O papel dos projectos é na verdade de poder facilitar porque estamos a falar de ONG’s primeiramente elas complementam as actividades do governo, então sabemos as condições que o nosso governo tem sobretudo em Moçambique então tendo em conta com essas situações há certas dificuldades porque o governo não consegue responder a todas as necessidades do povo então as ONG’s aparecem para flexibilizar aquilo que são as actividades do governo... então temos que facilitar esta ligação entre o Estado e a comunidade e facilitar também aquilo que é a entrega dos serviços sociais então este é o ponto forte e eu acho que pode ajudar muito ” (O208).

“O papel é formar e sensibilizar, nós formamos as comunidades” (O302).

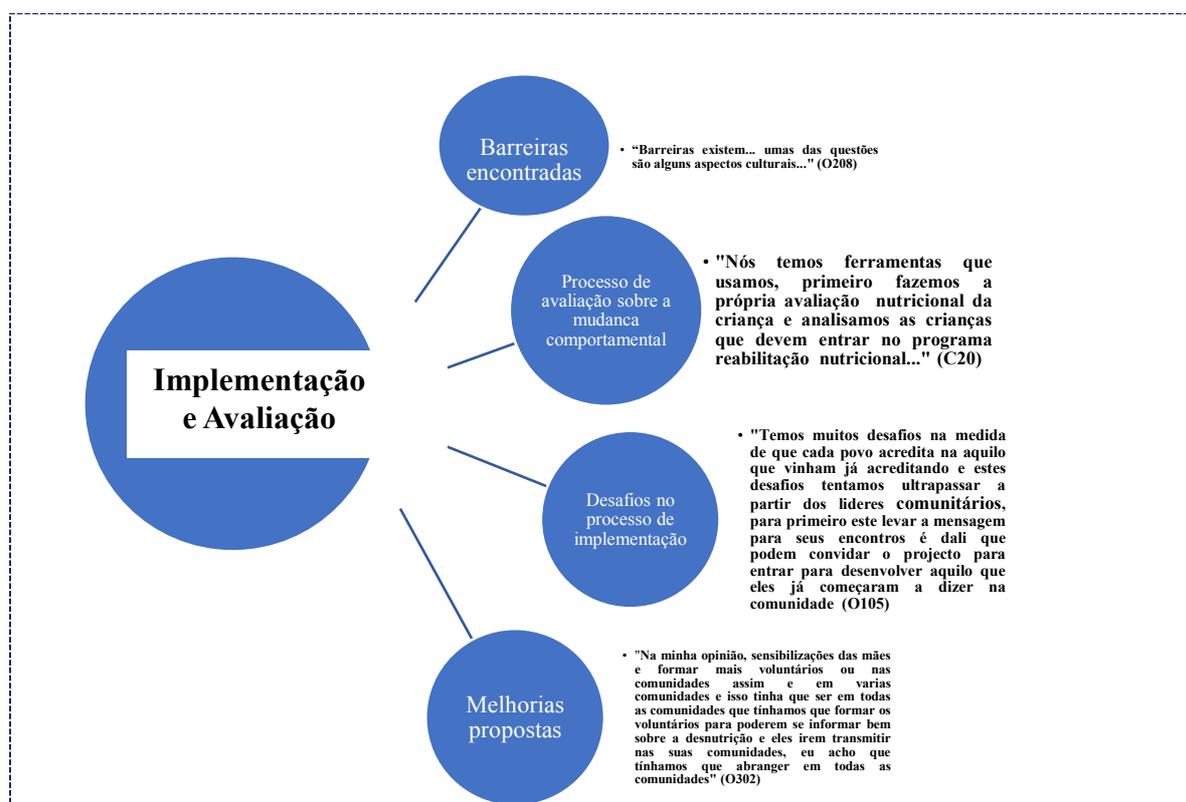
“O projecto tem o papel de consciencializar as pessoas não só da criança, mas a comunidade em geral. Falamos de certo modo de como se alimentar sobretudo na criança que já está na fase de consumir alimentos, então, o papel da SD tem sido de despertar a eles que os recursos suficientes para o crescimento do bebe temos dentro da comunidade só a questão é de como confeccionar” (O105).

“O papel dos projectos é mais para o desenvolvimento da própria comunidade porque se tivermos uma criança subnutrida automaticamente esta criança não vai ter a capacidade de perceber alguma informação ou se a criança (nós estamos a trabalhar até aos cinco anos) não foi atendida nutritivamente o desenvolvimento intelectual não vai e automaticamente a comunidade nunca vai crescer, então o papel é este para que ele seja autossustentável e não sempre dependentes. O que a visão mundial faz é ensinar a pescar e depois daí saímos e eles continuam a pescar” (C20).

5.2.2 Segundo núcleo temático –Implementação e avaliação do projecto

O segundo núcleo temático diz respeito a compreensão do processo de implementação e avaliação do projecto de saúde e nutrição. Após a análise feita as entrevistas ao coordenador e oficiais de desenvolvimento, foram definidas quatro (4) subcategorias principais: barreiras encontradas, processo de avaliação sobre a mudança comportamental, desafios no processo de implementação, melhorias propostas (ver figura 6).

Figura 6 – Núcleo temático 2 e suas subcategorias



Fonte: *Elaboração própria*

Barreiras encontradas

Relativamente às barreiras, foram identificadas várias, mas há uma maior expressividade em relação às que dizem respeito para a independência do público-alvo em cultivar seus alimentos ou definir alternativas para adquiri-los. Outras barreiras identificadas se referem a questões culturais e de resistência na assimilação dos comportamentos, bem como as longas distâncias em que a população vive, a dificuldade da população em aceder aos centros de saúde, a falta de colaboração dos chefes de família (homens). E, por fim, a tendência de alguns líderes comunitários em colaborarem apenas quando são dados incentivos.

“Barreiras existem nalguns casos umas das questões são alguns aspectos culturais, e depois ... pessoas que ainda resistem a aquelas mudanças, mas depois com o andar do tempo com mais vibração da própria comunidade e as pessoas quando vão vendo o benefício disto as pessoas acabam engrenando pelo caminho” (O208).

“A barreira que temos encontrado é que tudo aqui é novo porque antes as comunidades recebiam tudo dos projectos então para fazer a mudança do comportamento é uma barreira que nos temos [No sentido em que os outros projectos não criaram formas de tornar a população autossustentável e independente] Outra parte também, falamos que a SD trabalha em sítios onde as crianças são mesmo vulneráveis, em sítios distantes onde a assistência de saúde não chega... as vezes temos que arranjar combustível para fazer brigadas moveis mas não tem sido fácil para chegar lá porque o MISAU disse que todas as crianças no estado severo devem automaticamente serem referidas a unidade ... outra barreira que temos tem sido os homens os maridos neste sentido os que têm poder, para convencer o homem que deve tirar aqueles alimentos para criança tem sido um grande problema ... e outros é a liderança também podem estar connosco e depois eles querem ganhar alguma coisa porque quando há duvida do projecto a comunidade vai para a liderança perguntar e se a liderança não estar satisfeita em termos de algum incentivo então cria barreira” (C20).

“Exemplo quando estou a falar que para fazer papas enriquecidas temos que ter ovos, amendoim, farinha de milho ou mesmo de mapira que vocês têm... então perguntam como vamos comprar o ovo? Como podemos comprar o óleo? Então uma das saídas que temos para essas barreiras é instituir lá o grupo de poupanças” (O105) [Foi criado um grupo de poupança na comunidade para ensinar a população a poupar dinheiro para adquirir alimentos que não podem cultivar, como é o caso de óleo, açúcar, arroz, etc.]

Processo de avaliação sobre a mudança comportamental

Com base nas respostas obtidas, o processo de avaliação sobre a mudança comportamental é realizado por um departamento de monitoria e avaliação e pelo relatório das actividades desenvolvidas pelos oficiais de desenvolvimento. Por outro lado, o coordenador do projecto destacou que a mudança de comportamental é também avaliada pelo comportamento dedicado as gestações seguintes de mães que participaram no programa e pela tendência em passarem conselhos e diferentes aprendizagens às outras mães.

“No fim de cada implementação do projecto, passa lá o DMN - Departamento da monitoria e avaliação. Ele vai analisar a comunidade duma forma aleatória com inquéritos. Vai para com as pessoas que ao estavam envolvidas neste processo de nutrição para colher a sensibilidade se já ouviu falar e que impacto tem isso” (O105).

“...Então sempre deve-se fazer um estudo contínuo porque monitoria avaliação deve trabalhar continuamente e nós quase todos meses temos que dar contas a monitoria e avaliação em todas as actividades quanto nós fazemos e não só, nalguns casos temos tido auditorias não só de contas, mas também o decorrer de todas as actividades desenvolvidas se na verdade é isso que se esperava e se foi isso que foi planificado e está sendo feito” (O208).

“Verificamos isso quando ela segue inteiramente os conselhos, não só na criança em caso, mas também se fazer o mesmo com próxima criança que vão fazer, porque fazem filhos de dois em dois anos, a próxima criança nascer bem porque ela teve aconselhamento em todo processo de gestação e isso mostra que acatou o programa. A outra é que muitas mães que participam no programa são as mesmas que se voluntariam e começam a aconselhar a outras mães nas outras comunidades” (C20).

Desafios no processo de implementação

Os projectos que envolvem mudanças comportamentais comportam na maioria dos casos enormes desafios e entraves na sua implementação. Nesta subcategoria procuramos compreender a natureza destes desafios e os entrevistados afirmaram por um lado, que o maior desafio se prende na não assimilação das mensagens por parte de alguns líderes comunitários que desempenham um papel importante como intermediários entre a organização e a comunidade. E, por outro, por parte da própria comunidade que, por vezes, negligencia a importância do comportamento nutricional certo.

“O entrave que nos temos é que nem todos os líderes acatam as mensagens. Nós passamos primeiro por consciencializar os líderes comunitários porque são pessoas acreditadas na comunidade e se eles não aceitam teremos dificuldade em a comunidade acatar a informação” (O105.)

“Falar dos desafios... uma espécie de negligencia não sei por ignorância talvez, mas há esse tipo de situações que encontramos no decorrer das nossas actividades então o que que agente faz, nós ainda continuamos a interagir muito com a liderança local e não só tem aquilo que chamamos de *Role Model*, em algumas casas já passaram por algumas dificuldades que através de aquele tipo de actividade que implementamos houveram melhorias então essas pessoas podem sair e testemunhar e isso acaba ainda mais motivando as pessoas e trás mais credibilidade para tais pessoas” (O208).

Melhorias propostas

Na sequência da subcategoria anterior, a compreensão sobre que melhorias são cruciais de serem propostas, também nos pareceram relevantes. Portanto, nas palavras dos entrevistados,

as principais melhorias prendem-se na expansão do projecto a mais comunidades, maior colaboração do governo, e em se sensibilizar e potenciar os diversos intervenientes da comunidade.

“Na minha opinião, sensibilizações das mães e formar mais voluntários ... eu acho que tínhamos que abranger mais as comunidades” (O302).

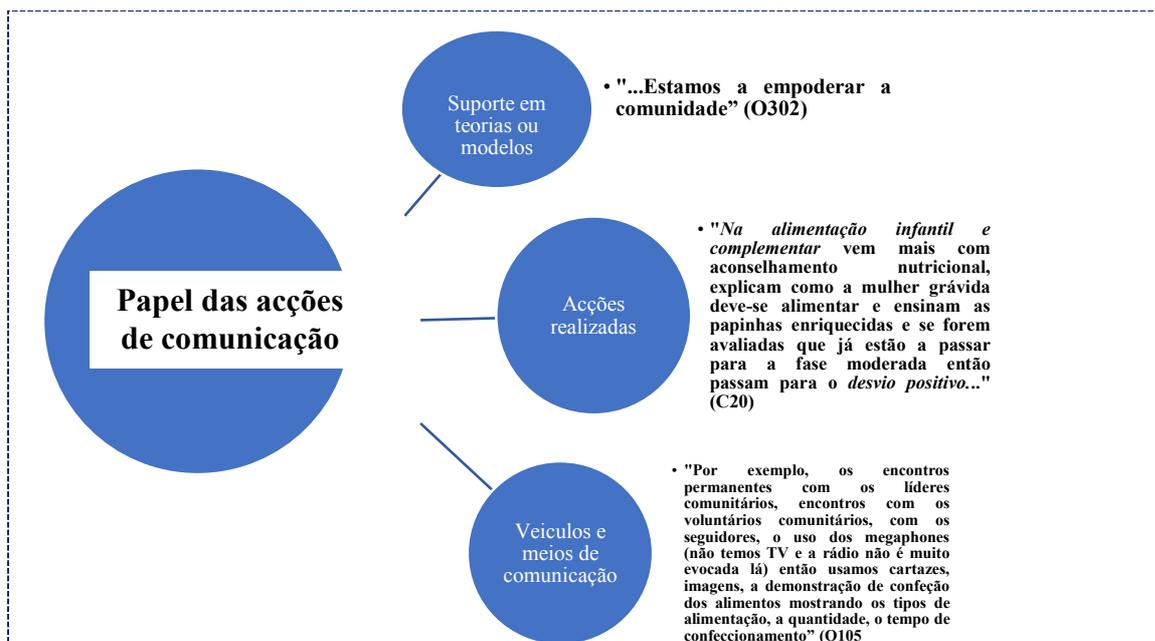
“Uma parte para melhorar é a parte da advocacia, porque o programa é muito bom, basta o governo apoiar-nos não teremos problemas” (C20).

“Neste processo eu proponho como melhoria potenciar muito mais as próprias bases neste caso, nas comunidades tem lideranças locais e nessas lideranças locais sempre tem alguns representantes ai então se trabalharmos muito com essas pessoas a probabilidade de difundirem as informações necessárias... e não se esquecendo a hipótese de utilizar muito a educação ... também potenciar estas mensagens na escola porque a própria criança quando chega na escola acaba aprendendo e por sua vez ela pode transmitir ao seu próprio pai... capacitar professores ... não menos importante é envolver os líderes religiosos... ainda tem mais aquelas que chamamos de matronas (conselheiras de ritos de iniciação) essas também desempenham m papel muito importante...” (O208).

5.2.3 Terceiro núcleo temático – Papel das acções de comunicação na prevenção e combate da desnutrição crónica

O terceiro núcleo temático está centrado especificamente no papel das acções de comunicação na prevenção e combate a denutrição crónica. Deste modo, após os resultados das entrevistas foram definidas três (3) subcategorias principais: suporte em teorias, acções realizadas, técnicas e meios de comunicação.

Figura 7 – Núcleo temático 3 e suas subcategorias



Fonte: *Elaboração própria*

Suporte em teorias ou modelos

As teorias ou modelos de mudança comportamental oferecem uma estrutura fundamental para a compreensão do problema e o seu nível de disseminação na comunidade. Portanto, o suporte em teorias ou modelos são fundamentais para que todo um planeamento da comunicação com os públicos-alvo seja proposto de forma eficaz e sem falhas. Nesta subcategoria, quando questionados em relação a teorias ou modelos, os entrevistados não são unânimes sobre o modelo ou teoria orientador do projecto. Portanto, alguns dos entrevistados desconhecem a existência, ou não, de um modelo:

“Não sei mas usamos um manual, não sei se nesse manual tem mais ou menos essas teorias mas são manuais que tem autores e penso que deve ter essas terias, mas penso que não é possível ter esse programa todo sem um teoria” (C20).

Em contrapartida, outros entrevistados mencionam algumas acções que são realizadas e as relacionam com teorias ou modelos para a mudança comportamental:

“Sim, agora vimos que temos que empoderar a comunidade estamos a fazer um trabalho para que a comunidade se um dia a visão mundial sair para que elas possam trabalhar sozinhas. Então estamos a fazer de tudo para eles não serem dependentes e não pararem porque a visão mundial saiu. Estamos a empoderar a comunidade” (O302).

“O modelo de nutrição que estamos a dar seguimento na comunidade é o modelo de *7 Group* que consiste em que cada membro deve ter no mínimo sete famílias e no fim os seguidores devem dar testemunho no sentido de que no meu grupo os seguidores

trouxeram mais membros para o grupo, e isso revelará a capacidade de influenciar pessoas e a dinâmica do trabalho” (O208).

Acções realizadas

Na sequência das acções realizadas ao nível da comunidade, os resultados das entrevistas revelam que são várias as acções realizadas. Estas acções passam pelo formação e capacitação de voluntários de comités, alimentação infantil e complementar, realização de actividades de desvio positivo e a lareira, acompanhamento da criança desnutrida e avaliação do estado nutricional das crianças e acompanhamento das famílias.

“Na alimentação infantil e complementar vem mais com aconselhamento nutricional, explicam como a mulher grávida deve-se alimentar e ensinam as papinhas enriquecidas e se forem avaliadas que já estão a passar para a fase moderada então passam para o desvio positivo que faz a lareira de 12 dias com as mães... ver se a comunidade tem água saudável para alimentação, se os serviços de saúde não tiver em condições de dar os suplementos como a vitamina e todo aquele kit... são formados os supervisores do desvio positivo, os supervisores do desvio positivo junto com o técnico vão formar os voluntários e dos voluntários são escolhidos os supervisores de nível 2 e vai se fazer uma lareira de dois a dois e cada voluntario deve ter umas cinco mães e em doze dias... Mas depois de 12 dias os grupos vão para casa, mas se baixou o peso para um nível crítico automaticamente vão para a unidade sanitária. E lá em casa os voluntários vão fazendo visitas domiciliarias para ver o que esta acontecer com uma ficha de visita que completam... dai faz-se uma avaliação comum” (C20).

“Na área de nutrição ensinamos como fazer as papas enriquecidas, como preparar os alimentos, como lavar bem os alimentos, como alimentar a criança e quantas vezes por dia e mobilizar as mães que sempre que a criança adoecer deve levar para hospital” (O302).

Por outro lado, quando questionados sobre quais dessas acções lhes pareciam mais eficazes e criativas para a promoção do comportamento saudável, os entrevistados apontaram várias:

“A questão de capacitação, os comités e outros grupos lá existentes eu acho que é algo viável porque nós estamos a entregar o poder a própria comunidade... Por outro lado, viemos para cá e aceitamos viver aqui porque esta é a nossa realidade porque é necessário viver na base e viver o quotidiano do nosso alvo... então essa aproximação dos nossos programas com o público alvo é o mais precioso” (O208).

“Eu acho que estas Acções não funcionam numa forma isolada, mas sim integrada a outra. Porque se eu falo que vou falar a uma mãe como preparar uma papa enriquecida eu tenho que inculcar a ela a importância de uma papa enriquecida, assim ao inculcar a ela a importância de uma papa enriquecida estou a fazer marketing dessa papa enriquecida

face ao desenvolvimento da criança que é má nutrida e eu acho que isso deve ser conjugado” (O105).

“Uma das acções é a visita domiciliar usando critérios duma mãe que teve comportamento positivo e ter a capacidade de influenciar e dar esperanças a outra mãe e dar boas ideias a mãe de acordo com as condições e recursos que tem... O que tem mostrado a sustentabilidade é a prestação das contas, e deixar a comunidade a liderar o processo e dizer a verdade, esta é uma das metodologias e nós no mínimo criamos condições para o sucesso do programa...” (C20).

Veículos e meios de comunicação

Relativamente aos veículos e meios de comunicação, os resultados das entrevistas apontam para o uso maioritário de meios como cartazes, imagens e megafones que nos parecem usar a publicidade como veículo (embora este não tenha sido referido pelos profissionais). Ainda, destacam igualmente o uso do diálogo, sensibilizações através de histórias e comunicações passadas pelos líderes comunitários e voluntários como fundamentais para a disseminação de informação nas comunidades e a promoção da mudança de comportamento. Ainda, o discurso dos entrevistados revela uma adequação dos meios as características do público-alvo.

“Temos megafones. Na área de nutrição não temos programa na rádio... nós elaboramos os cartazes junto com a saúde porque trabalhamos em parceria com a direção distrital de saúde e submetemos a DPS para aprovação...temos o diálogo também usamos as palestras, mas chegamos na comunidade e sabemos que a comunidade não é cabeça vazia, tudo que falamos primeiro perguntamos a eles se já ouviram falar, aconselhamento na pessoa certa e no momento certo. Contamos histórias, negativas, positivas e daí a comunidade em si começa a julgar que afinal o tenho feito não é bom e dali surgem as mudanças comportamentais... chamamos de aconselhamento baseado em diálogo” (C20).

“Só sensibilizações só...temos cartazes, microfones, as vezes quando fizemos um trabalho chamamos a televisão para fazer a o trabalho e temos uma pessoa responsável de comunicação em Nampula” (O302).

“Por exemplo, os encontros permanentes com os líderes comunitários, encontros com os voluntários comunitários, com os seguidores, o uso dos megaphones (não temos TV e a rádio não é muito evocada lá) então usamos cartazes, imagens, a demonstração de confeção dos alimentos mostrando os tipos de alimentação, a quantidade, o tempo de confeccionamento” (O105).

Numa outra perspetiva, um dos entrevistados abordou sobre o *empowerment* como veículo de comunicação. Embora esta referência se assemelhe à falta de conhecimento ou confusão sobre veículos por parte do entrevistado, pode revelar uma presença prática de um modelo ou teoria

de mudança comportamental:

“Nós usamos muito empowerment (empoderamento) e também usamos a sensibilização e fora dessa também temos as capacitações que chamamos de treinamento. Nós não usamos rádio e nem a televisão devido ao meio específico [No sentido de adequação a realidade do público-alvo] em que estamos então usamos os meios locais por exemplo os megaphones e outra coisa usamos muito panfletos...” (O208).

Ainda, ligada a esta subcategoria, questionámos os entrevistados sobre o conhecimento ou uso da abordagem do marketing social no projecto, e apenas um dos entrevistados respondeu a esta questão:

“Já ouvi falar sim. Implicitamente nós usamos nas formações e a própria pessoa pode usar sem saber que esta usando o marketing social. Por mim consistia em persuadir alguém a aderir aquilo que eu trago como produto e garantir a pessoa que usando o produto que eu tenho você vai melhorar doravante a sua vida então ele vai mentalizar e vai consciencializar aquilo que ouviu e será fiável para ele” (O105).

5.3. Fase III – Atitudes e comportamentos das mães gestantes e mães de crianças dos 0 aos 5 anos de idade face às campanhas de nutrição.

A fase de estudo proposta, representa a terceira e última parte do estudo empírico da Tese. Após a apreciação aos documentos e planos relacionados ao processo de planeamento e desenho das campanhas de saúde e nutrição do distrito de Monapo numa primeira fase, e numa segunda fase, a consideração das diferentes perspectivas dos profissionais sobre o processo de desenho e implementação, julgou-se pertinente, para obtenção de dados primários. Ou seja, o conhecimento sobre o comportamento e atitudes das mães gestantes e mães de crianças dos 0 a 5 anos de idade face às campanhas de saúde e nutrição no distrito de Monapo.

Através de entrevistas semiestruturadas e a observação não participante com ênfase numa abordagem qualitativa, pretendeu-se perceber e avaliar o comportamento e atitudes das mães gestantes e mães de crianças dos 0 a 5 anos de idade. Esta fase do estudo responde ao último objectivo de Tese: avaliar as atitudes e comportamentos de mães gestantes e mães de crianças dos 0 aos 5 anos de idade face à campanha de nutrição. Portanto, apresentamos, no seguinte quadro, os núcleos temáticos em análise nesta fase:

Bloco de análise 3	Núcleos temáticos
	5.3.1 Percepções sobre nutrição

3. Atitudes e comportamentos da mães gestantes e mães de crianças dos 0 a 5 anos de idade face às campanhas de nutrição.	5.3.2 Comportamentos e atitudes face às campanhas
	5.3.3 Intenção em agir em conformidade

Fonte: *Elaboração própria*

Quanto à caracterização do corpus de análise, para esta fase do estudo 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, para melhor se consubstanciar os dados obtidos nas fases anteriores, achámos pertinente a selecção de mães de zonas diferentes.

Dada a natureza do estudo e os objectivos inerentes à pesquisa, optou-se pela aplicação de entrevistas semi-estruturadas para melhor se compreender as mudanças ao nível comportamental. Deste modo, foram realizadas entrevistas individuais com o grupo de mães, que apesar da sua selecção mediante a disponibilidade, acreditamos serem detentoras de informações pertinentes por poderem possuir algumas características singulares (ver seguinte quadro 14).

Por outro lado, para verificar o nível de adopção ou propensão a implementar de modo efectivo o novo comportamento, achámos pertinente o uso da observação não participante como forma de consubstanciar as informações que foram obtidas durante as entrevistas semi-estruturadas 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 14 – Caracterização dos participantes do estudo - Fase 3

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*

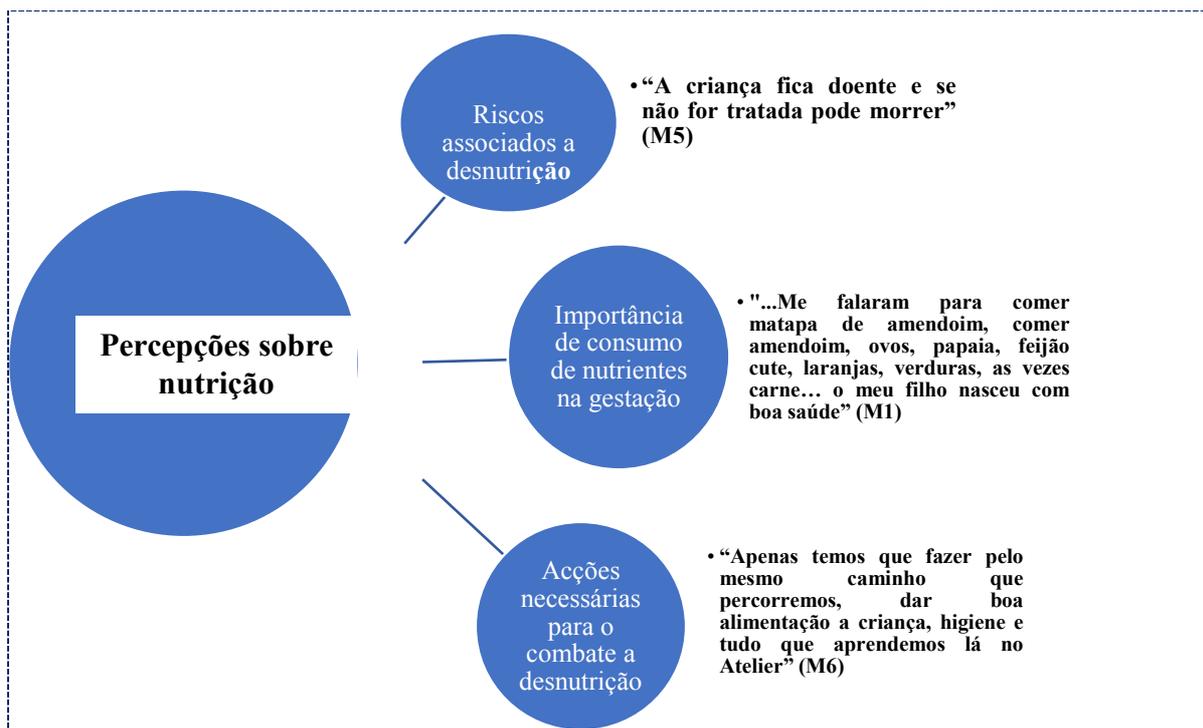
*Todas as mães possuem dúvidas em relação às suas idades e dos seus filhos; todas elas possuem grandes dificuldades em falar português; a mãe M6 é gestante e as mães M3 e M5 são mães de bebés com menos de 1 ano de idade.

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

5.3.1 Primeiro núcleo temático – Percepções sobre nutrição

O primeiro núcleo temático diz respeito a 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: riscos associados a desnutrição, importância de consumo de nutrientes durante a gestação, acções necessárias para o combate a desnutrição (ver figura 8).

Figura 8 – Núcleo temático 1 e suas subcategorias



Fonte: *Elaboração própria*

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).

Importância de consumo de nutrientes na 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 bebê 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 bebê 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 recordo 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).

Acções necessárias para o combate a 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.

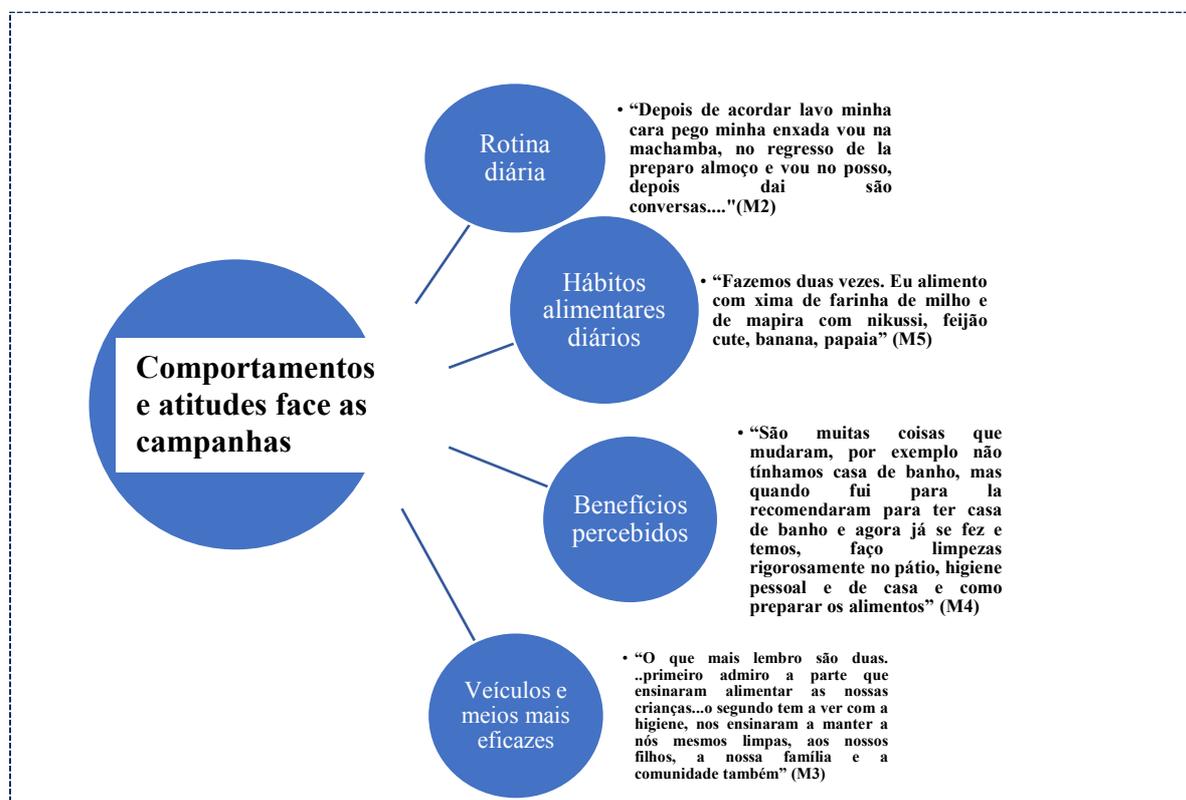
De facto, as circunstâncias habitacionais de grande parte destas mães não é das melhores e não oferecem condições de higiene adequadas. As suas casas possuem apenas dois ou três compartimentos, são cobertas de capim e construídas à base de blocos de matope (espécie de lama ou barro). O banheiro (latrina) 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.

5.3.2 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: rotina diária, hábitos alimentares diários, benefícios percebidos, veículos e meios mais eficazes (ver figura 9).

Figura 9 – Núcleo temático 2 e suas subcategorias



Fonte: *Elaboração própria*

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 predispusemos 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 as 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 quado 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.

Hábitos alimentares diários

Os hábitos alimentares são cruciais para manter a saúde nutricional da criança e prevenir futuros casos de denutrição e de outras doenças. Nesta subcategoria procuramos saber das mães quais os alimentos que as mães 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 esta 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

cozinham 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.

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).

Veículos e meios mais eficazes

Paralelamente, nesta subcategoria procurámos perceber das mães quais os veículos e meios que elas consideram 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).

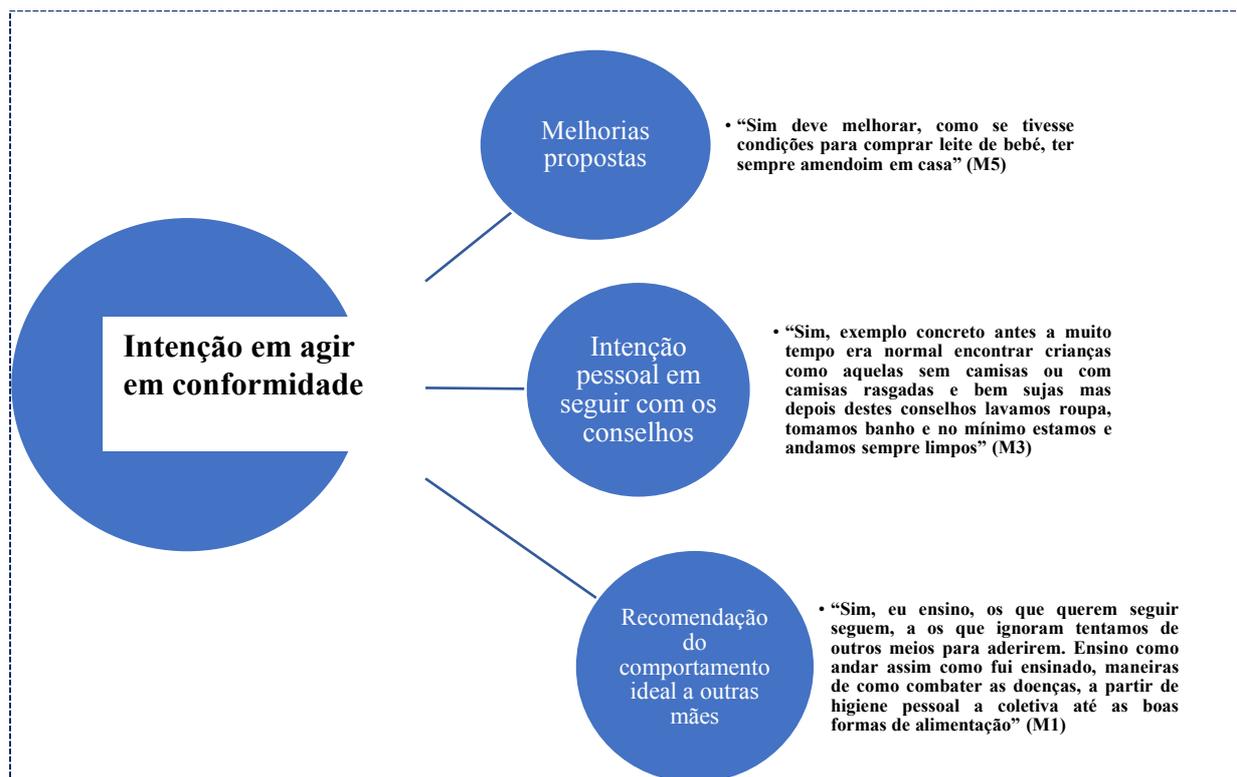
“Conselhos de higiene pessoal coletiva sempre lembro” (M4).

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

5.3.3 Terceiro núcleo temático – intenção em agir em conformidade

O segundo 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 individuo 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: melhorias propostas, intenção pessoal em seguir com os conselhos, e recomendação do comportamento ideal a outras mães (ver figura 10).

Figura 10 – Núcleo temático 3 e suas subcategorias



Fonte: *Elaboração própria*

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 bebê, ter sempre amendoim em casa” (M5).

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).

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).

5.4 Discussão dos resultados e resposta à questão de investigação

Com base nos objectivos definidos, e após o quadro conceptual, o desenho metodológico e as fases da investigação realizadas, pretendemos neste ponto proceder à respectiva discussão dos resultados apurados. Em primeiro lugar, por cada uma das três etapas do estudo e, de seguida, permitindo que se possa responder 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?”

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 - (Corcoran, 2007). 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.

De facto, a comunicação representa uma fase 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).

A primeira fase da pesquisa, de natureza empírica, e de base exploratória tinha como objectivo analisar todo o processo de concepção do projecto de saúde e nutrição entre os períodos de 2015 a 2020. Em concreto, pretendia-se analisar todos os componentes relacionados com a concepção dos projecto. Ou seja, desde a definição dos objectivos, público-alvo, realização de pesquisas prévias, o modelo de mudança comportamental, as técnicas de comunicação de marketing, veículos ou meios de comunicação, mensagens, acções de mudança comportamental e técnicas de avaliação usadas.

Assim, no que diz respeito às primeiras reflexões a reter, a estrutura do programa de mudança comportamental parece-nos seguir o recomendado pela MISAU (2015) para estratégias de comunicação para mudanças de comportamentos em nutrição. O projecto é orientado por um programa de longo prazo em que há uma clara definição de objectivos, metas, pesquisas sobre o contexto, identificação de audiências primárias e secundárias, envolvimento de parceiros e comunidade, entre outros. Ainda a MISAU (2015) propõe um processo de planificação (baseado em compreender a situação, focar e delinear, criar, implementar e monitorar e avaliar e replanificar) que é basicamente o que o programa técnico de saúde materno-infantil e nutrição propõe.

Por outro lado, a estrutura seguida pelo programa, se assemelha a uma estrutura de planeamento do marketing social. Podemos verificar este aspecto nos critérios de referência do marketing social identificados por Mah et al (2008). Alguns critérios como o foco no comportamento, pesquisas de audiência, segmentação e direcionamento, trocas de valor, atenção no comportamento recorrente e cultivo de relacionamentos, estão na base de grande parte das acções e processos de planeamento usados pela organização.

Relativamente à definição dos objectivos, embora não identificados claramente nos documentos analisados, podemos verificar que toda a meta/resultado/produto/actividade do programa responde ao objectivo central de melhoria da saúde e nutrição das mães gestantes e de crianças dos 0 a 5 anos de idade. Em programas de mudança comportamental é fundamental a definição de um objectivo orientador que direcione todo o processo de planeamento e na sua implementação. No programa, o objectivo central não só se revela nas diversas acções desenvolvidas, como também identifica as audiências ou o público-alvo prioritários de todo o programa. Relacionado a isto, está o segundo e terceiro ponto de análise do nosso corpus.

A decisão sobre os grupos prioritários, pesquisas, combinação de métodos (qualitativos e quantitativos) para a busca de informações, pré-testes e aproximação da audiência-alvo como sujeitos activos, e não, como pesquisados dizem respeito às preocupações centrais do marketing social (NMSC, 2016; Lefebvre, 2013). Nos documentos analisados, o público primário assume uma grande importância e todo o projecto é orientado em sua função. Foram assim, propostas pesquisas e estudos sobre características e principais barreiras em torno do público primário e, de seguida, traçadas acções que melhor se adequem às suas especificidades. Esta orientação para o público e as pesquisas prévias realizadas se assemelham a uma

abordagem de marketing social. Por outro lado, há também a identificação de públicos secundários que são cruciais para o processo de mudança comportamental e o seu envolvimento permite fortalecer o relacionamento com a comunidade, bem como o desempenho de um papel mais activo na resolução de problemas.

No entanto, apesar das grandes correspondências verificadas, no documento não há uma referência específica ao uso da abordagem de marketing social. Concomitantemente, não se faz menção ao uso de uma teoria ou modelo de mudança comportamental. Pela análise realizada aos documentos fornecidos pela organização, bem como pela abordagem implementada ao nível das comunidades, percebemos a existência de uma base comportamental semelhante ao modelo de potenciação ou *empowerment*. Neste modelo, através da participação, indivíduos e organizações dentro da comunidade empoderada, desempenham um papel de autoapoio, resolução de conflitos e aumento da sua influência sobre a qualidade dentro da comunidade (Israel et al, 1994).

Contudo, verificamos a falta de consciência clara no uso de uma teoria ou modelo de mudança comportamental. A escolha da teoria é feita logo após as pesquisas de orientação ao cliente. São um guia de orientação e informação para o uso dos diferentes métodos de acção e suas bases teóricas podem ser usadas como um pré-teste de intervenção, são fundamentais para construir melhores intervenções e orientar decisões (NSMC, 2016; Gielen e Sleet, 2003; MISAU, 2015).

Quanto 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. Neste sentido, a publicidade parece-nos ser a técnica de comunicação mais usada (panfletos e álbuns seriados), bem como o uso de patrocínios e a realização de eventos. Quanto ao marketing social parece ser uma técnica também usada, mas como já se referiu, não se fez menção dela nos documentos analisados.

No que concerne aos veículos e meios, assim como nas técnicas, não estamos perante uma prática generalizada e de uso combinado, e acreditamos dever-se, como já referido, às características do público-alvo. No entanto, e de um modo geral, apesar de se ter verificado o uso de um número reduzido de técnicas, meios e veículos de comunicação, percebeu-se um

reconhecimento por parte da organização sobre a importância do uso de abordagens comunicacionais para o processo de informação, sensibilização e educação de melhores práticas em nutrição.

Relativamente às mensagens, não ficou clara a mensagem central, mas no documento relacionado ao desempenho de acções de aconselhamento direccionado e no momento certo são identificadas mensagens-chave. No entanto, pela análise realizada, parecem-nos corresponder a actividades relacionadas às sessões a serem desempenhadas, e não, a mensagem propriamente dita. Por último, em relação às acções realizadas e técnicas de avaliação, estão claramente identificadas e parecem-nos seguir um foco de qualidade, monitoria e replaneamento contínuo.

Como foi observável, o programa técnico de saúde materno-infantil e nutrição representa o instrumento orientador de todo projecto e todas as estratégias e actividades desenvolvidas. De modo geral, o projecto é orientado por uma estrutura de planificação bastante semelhante à proposta pela MISAU (2015) e apresenta um foco de acções que convergem grandemente para e em torno da audiência primária. Por outro lado, actividades e acções orientadas para o cliente, estudos de mercado e até a realização de acções que nos parecem relacionadas a um processo de segmentação, permitiram-nos constatar uma convergência significativa em relação à abordagem de marketing social. Entretanto, a afirmação clara sobre o uso efectivo, ou não, desta abordagem, requer um maior aprofundamento em termos de dados.

Por conseguinte, na segunda fase da pesquisa, igualmente de natureza empírica de base exploratória, tinha como objectivo analisar a perspectiva do gestor e oficiais de desenvolvimento sobre o processo de desenho e implementação das campanhas. Em concreto, pretendeu-se auscultar a perspectiva destes especialistas sobre todo o projecto, especificamente, o desenho do projecto, a implementação e avaliação das campanhas, bem como o papel das acções de comunicação no processo de prevenção e combate aos casos de desnutrição crónica em mães gestantes e crianças dos 0 a 5 anos de idade.

Assim, percebemos de modo geral que a estrutura do projecto, desde o seu desenho e processo de implementação, na perspectiva passadas por estes profissionais, nos parece efectivamente responder ao recomendado pelas MISAU (2015), em que todo o processo parte da compreensão da situação até a avaliação e replanificação das acções de mudança comportamental. Ainda, e de igual modo se assemelha a estrutura de planeamento e implementação da abordagem de

marketing social, comprovando assim o que verificamos anteriormente na análise aos documentos.

Esta segunda fase do estudo centrou-se em três núcleos temáticos principais: desenho do projecto de saúde e nutrição de Monapo; implementação e avaliação do projecto; e o papel das acções de comunicação na prevenção e combate da desnutrição crónica. Nesta perspectiva, em relação ao primeiro núcleo temático, podemos constatar que os entrevistados reconhecem a importância de realização de pesquisas prévias e revelam pontos como: a realização de estudos de base para a compreensão das características da comunidade e percepção do problema, estudos de mercado e socioeconómicos, e indispensabilidade na realização destes estudos. Como destaca a MISAU (2015), é fundamental usar pesquisas e não presunções para orientar o programa de mudança comportamental.

Paralelamente, em relação à adequação das mensagens ao público-alvo, estes profissionais consideram adequado primeiro a realização de inquéritos e auscultação da comunidade, a seguir o uso da língua local e a influência dos líderes comunitários e, por fim, a estruturação simples e concisa da mensagem para a sua assimilação correcta. Deste modo, esta forte orientação para o público-alvo e adequação de todo projecto às suas características, não só materializa o objectivo presente nos planos e documentos, como também se assemelha mais uma vez ao foco principal da abordagem de marketing social, pois constitui preocupação central desta abordagem a busca de informações, pré-testes e aproximação da audiência-alvo como sujeitos activos, e não, como pesquisados (NMSC, 2016; Lefebvre, 2013).

Instituições governamentais têm estado na gestão de projectos de promoção da saúde e desenho de programas integrados com foco principal na redução dos elevados índices de desnutrição crónica (Governo de Moçambique, 2010). Em relação ao papel do projecto no processo de mudança comportamental, os profissionais destacaram a relevância do projecto para o desenvolvimento, sensibilização, consciencialização e principalmente o seu papel facilitador na comunidade. Ainda, evidenciou-se igualmente o papel do projecto em desenvolver acções que normalmente o Governo, por falta de recursos, não é capaz de desenvolver e a tarefa importante do projecto de criar autossustentabilidade na comunidade, e não, a sua dependência. Portanto, esta referência ao papel do projecto, principalmente consciencializador, é bastante evidenciada no discurso das mães presente na terceira fase de estudo, que adiante também iremos refletir sobre ela.

Por conseguinte, no segundo núcleo temático, alusivo à implementação e avaliação do projecto, os entrevistados identificaram barreiras com maior expressividade em relação à independência do público-alvo em cultivar seus alimentos ou definir alternativas para adquiri-los. Outras barreiras identificadas se referem a questões culturais e de resistência na assimilação dos comportamentos, bem como as longas distâncias em que a população vive, a dificuldade da população em aceder aos centros de saúde, a falta de colaboração dos chefes de família (homens). E, por fim, a tendência de alguns líderes comunitários em colaborarem apenas quando são dados incentivos.

Ainda nas barreiras mencionadas, um dos entrevistados relatou que a comunidade vai cedendo às mudanças comportamentais quando percebem os benefícios presentes do novo comportamento. Esta referência aos benefícios se relaciona à teoria da troca identificada por Mah et al (2008) destacando que “a intervenção motiva as pessoas a adotar ou sustentar um comportamento, oferecendo benefícios (tangíveis ou intangíveis) e / ou reduzindo custos (barreiras) relacionados ao comportamento” (p. 263).

Paralelamente, a MISAU (2015) no processo de planificação para mudanças de comportamentos em nutrição, aponta para a importância de avaliar e replanificar. Portanto, neste ponto, a maior parte dos entrevistados destacaram que o processo de avaliação sobre a mudança comportamental é constante, realizado por um departamento de monitoria e avaliação e igualmente pelo relatório das actividades desenvolvidas pelos oficiais de desenvolvimento. Adicionado a isso, o coordenador do projecto mencionou também que a mudança comportamental pode ser também avaliada pelo comportamento dedicado às gestações seguintes de mães que participaram no programa e pela tendência em passarem conselhos e diferentes aprendizagens às outras mães.

Relacionado a este ponto, se encontram os desafios que segundo os entrevistados se prendem na dificuldade de colaboração por parte de alguns líderes comunitários e na resistência à mudança de parte da comunidade. Assim, em relação às melhorias a serem propostas, estes profissionais destacam, por um lado, a expansão do projecto a mais comunidades, por outro, a maior colaboração do governo, maior sensibilização, educação e potenciamento dos diversos intervenientes da comunidade (os pais de família – homens –, líderes comunitários, líderes religiosos, professores, etc.).

O último núcleo temático resultante deste estudo debruçou-se sobre o papel das acções de comunicação na prevenção e combate da desnutrição crónica. 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 (Corcoran, 2007). Em relação às teorias ou modelos, os entrevistados não são unânimes sobre o modelo ou teoria orientador do projecto, o que também se verifica ao nível dos documentos.

Apesar de não haver uma referência clara sobre o uso de uma teoria ou modelo, as acções para a mudança comportamental descritas pelos especialistas (como *empoderar* a comunidade e a realização de actividades baseadas no modelo *7 group*) e previstas nos documentos, revelam uma grande semelhança em relação à teoria para a mudança individual e social ou modelo de potenciação (empowerment). Embora, primeiro, seja fundamental o conhecimento e a aplicabilidade prática das teorias e modelos de mudança comportamental por parte dos profissionais (Corcoran, 2007). E, de seguida, torna-se crucial a sua aplicabilidade para orientar as decisões sobre o processo de mudança comportamental (MISAU, 2015). Mais precisamente, para se identificar as causas do problema, avaliar o sucesso ou fracasso dos programas e para o consequente emprego de melhores mecanismos de prevenção (Gielen & Sleet, 2003).

Na sequência das acções realizadas ao nível da comunidade, os entrevistados apontaram acções como a formação e capacitação de voluntários de comités, alimentação infantil e complementar, o desvio positivo e a lareira, acompanhamento da criança e famílias, e a avaliação do estado nutricional. Ainda, quando questionados sobre quais das acções revelam maior eficácia, destacaram: a liderança e participação activa da comunidade no processo, a integração das variadas acções, as capacitações de voluntários e comités, o conhecimento da realidade e sua vivência por parte dos profissionais e o exemplo de casos de sucesso (mães que mudaram de comportamento e passam os conselhos).

Relativamente aos veículos e meios de comunicação, o discurso dos entrevistados aponta para o uso maioritário de meios como cartazes, imagens e megafones que nos parecem usar a publicidade como veículo (embora este não tenha sido referido pelos profissionais). Destacam igualmente, o uso do diálogo, sensibilizações através de histórias e comunicações passadas pelos líderes comunitários e voluntários como fundamentais para a disseminação de

informação nas comunidades e a promoção da mudança de comportamento. Ainda, o discurso dos entrevistados revela uma adequação dos meios às características do público-alvo.

A MISAU (2015) reconhece, deste modo, 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. 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 e, por isso, a importância de planear minuciosamente qualquer acção destinada às audiências-alvo (MISAU, 2015; Fertman & Allensworth, 2010).

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. Por isso, o recurso à comunicação integrada de marketing nos parece fundamental em projectos de mudança comportamental em saúde. No entanto, pelo discurso dos entrevistados, e também como pudemos comprovar na primeira fase do estudo como já referenciado, não estamos perante uma prática generalizada e não há nenhuma referencia ao CIM e ao uso combinado de veículos e meios de comunicação. Contudo, não podemos descartar a ideia que este facto possa dever-se a uma resposta face às características do público-alvo.

Por fim, questionados sobre o conhecimento da abordagem de marketing social, apenas um dos entrevistados (oficial de desenvolvimento) mostrou-se familiarizado com esta, afirmando que os profissionais podem fazer uso desta ferramenta, sem mesmo terem disso noção plena. Pela análise realizada às entrevistas destes profissionais, notou-se uma tendência clara de referência a termos usados em marketing como “estudos de mercado, consumidor, produtos e serviços,” etc. que nos podem conduzir para as constatações sobre a aplicabilidade da abordagem de marketing social destacadas pelo já também referenciado oficial de desenvolvimento.

Por fim, a terceira fase da pesquisa, alusiva à obtenção de dados primários do estudo, tinha como objectivo analisar o comportamento e atitudes das mães gestantes e mães de crianças dos 0 a 5 anos de idade face às campanhas de saúde e nutrição no distrito de Monapo. 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 entre 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.

Portanto, esta terceira fase do estudo centrou-se em três núcleos temáticos principais: percepções sobre nutrição, comportamentos e atitudes face as campanhas, e intenção em agir em conformidade. Em relação ao primeiro núcleo temático, podemos verificar que as mães possuem um conhecimento claro sobre as consequências da desnutrição crónica e percebem que, se as acções 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 acções 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” (Fertman & Allensworth, 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 acções, 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 lavrar 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 crónica 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.

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 por detrás de 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. Assim, constituem variáveis a serem observadas, as seguintes:

- “Agentes patogénicos” – variável ligada na categoria ambiental, refere-se a qualquer toxina, resíduo ou produto químico presente no ambiente ou em alimentos que podem causar problemas de saúde.
- “Privação” – igualmente ligada na categoria ambiental, nesta variável há uma ausência de uma ou mais variáveis que normalmente se impõem como barreiras a uma boa saúde e a um estilo de vida saudável. Nesta variável, pode ser necessário a intervenção do governo, instituições não governamentais ou instituições privadas.
- “Ignorância” – de categoria individual, esta variável refere-se à falta de conhecimento e informação, por parte do indivíduo, sobre o problema em causa.
- “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.

Com efeito, relacionando e analisando o modelo proposto por Wymer (2015) 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 os 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 (“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. A importância peculiar do CIM está no direccionamento de suas acções para todos os públicos-alvo de uma organização (Pickton & Broderick, 2005). Como também sustentando, “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 & 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 pode 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.

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?” - os resultados mostram-nos que toda a concepção do projecto segue uma linha recomendada pela MISAU (2015). E 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 e especialistas (Gestor e oficiais de desenvolvimento), algumas barreiras ainda persistem para que estes comportamentos sejam propostos. Portanto, e mediante os resultados apurados na presente investigação de doutoramento, 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 & 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 ao nível dos documentos assim como pelas entrevistas realizadas aos implementadores 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.

Com efeito, e por conta de alguns dos factores acima mencionados, as entrevistas aos oficiais de desenvolvimento revelaram que são necessárias a implementação de melhorias relacionadas com a expansão do projecto a mais comunidades, bem como uma maior colaboração do

governo, uma maior sensibilização, educação e fortalecimento dos diversos intervenientes da comunidade (os pais de família – homens –, líderes comunitários, líderes religiosos, professores, etc.). Contudo, apesar de igualmente eficazes, numa primeira fase, três estratégias são cruciais para que as mudanças de comportamento e de atitudes sejam visíveis a longo prazo.

Primeiro, a redefinição 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 a 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 individuo 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 representar uma ferramenta igualmente útil para a promoção de comportamentos, que através de pesquisas de mercado, facilmente compreenderá os diversos factores relacionados ao problema.

Conclusão

A questão essencial colocada por este estudo é a de quais as atitudes e comportamentos das mães gestantes e mães de crianças dos 0 a 5 anos de idade, decorrentes da acção das campanhas de promoção de nutrição de crianças realizadas pela ONG SD em Monapo. Tendo-se como objectivo geral analisar a eficácia das campanhas de marketing social propostas pela SD para a diminuição dos índices de desnutrição em crianças do distrito de Monapo, no qual serviu de base para a proposição de três (3) objectivos específicos correspondentes a três fases de estudo de campo, como evidenciamos nos capítulos anteriores.

Primeiramente, e em termos de quadro conceptual, ficou nítida a importância de três aspectos fundamentais. Por um lado, distinguiu-se a comunicação integrada de marketing e a sua aplicabilidade em programas/projectos/campanhas de índole social. Ainda, percebeu-se igualmente a importância estratégica da abordagem de marketing social, sua orientação para o público-alvo, sua aplicabilidade multifacetada e efectiva para a resolução de problemas de saúde, bem como a base teórica comportamental que nos é fornecida pela abordagem para que as mudanças por parte do individuo ocorram. Por fim, o contributo da estrutura de planeamento fornecida pela MISAU para programas de nutrição em crianças e o modelo de Wymer (2015) sobre a influência de variáveis ambientais e contextuais sobre o processo de mudança comportamental dos indivíduos.

Na vertente do estudo de campo e dados empíricos obtidos, especificamente alusivo ao primeiro objectivo, visou-se compreender todo o processo conceptual do programa, as bases teóricas comportamentais em que se suportou e a adequação das estratégias e canais de comunicação ao público-alvo em todo o desenvolvimento do programa.

Conclusivamente, observamos que em termos estruturais, o processo de planeamento obedece a uma a estrutura proposta pela MISAU (2015), assim como igualmente se assemelha a uma estrutura da abordagem de marketing social (embora esta abordagem não foi evidenciada nos dados gerais do estudo). Entretanto, percebeu-se igualmente uma ausência de uma base teórica comportamental, assim como o uso combinado de veículos e meios de comunicação de

marketing.

Seguidamente, a segunda fase, e em resposta ao segundo objectivo de pesquisa, pretendeu-se obter um conhecimento aprofundado sobre as dificuldades no processo de implementação dos programas e adquirir uma opinião mais pormenorizada sobre quais os melhores meios e estratégias de comunicação condizentes com as características do público-alvo.

Deste modo, em termos conclusivos e na perspectiva destes especialistas, observou-se uma forte orientação das acções para o público-alvo, para o aumento da sua consciência sobre o problema, para a aprendizagem de práticas e sobretudo para o desempenho de um papel activo e independente no processo. No entanto, nesta fase ficou igualmente confirmada a fraca consciência sobre uma base teórica comportamental e sobre a ausência de uma prática generalizada de uso combinado de meios e veículos de comunicação integrada de marketing.

Por fim, a terceira fase de estudo, para obtenção de dados primários e em resposta ao terceiro objectivo específico de pesquisa, visou perceber-se das mães gestantes e mães de crianças dos 0 aos 5 anos de idade, o seu nível de adopção ou propensão a implementar de modo efectivo o comportamento passado pelo projecto de saúde e nutrição. Assim, e por conta do foco do projecto e acções implementadas, podemos concluir que estas mães, por um lado, possuem uma forte consciência sobre o problema, demonstrando conhecimento sobre os riscos que os seus filhos podem incorrer, sobre a importância de assumirem acções de prevenção e combate ao problema.

Por outro lado, há uma clara intenção e vontade de prosseguirem com o comportamento e conhecimentos passados, sendo que uma das mães se tornou voluntária do comité de aconselhamento e outras mães afirmaram recrutar suas amigas e vizinhas para fazerem parte do projecto. Assim, acreditamos que esta forte consciência e intenção de agirem em conformidade com o comportamento ideal, se deve a uma forte orientação para o público-alvo por parte do projecto e identicamente por conta das acções como o “desvio positivo e a lareira” que estimulam a participação activa no processo de mudança.

Contudo, mesmo com a forte orientação para o público-alvo apurada ao nível do projecto, verificou-se um desconhecimento, por parte destas mães, das técnicas, meios e veículos comunicacionais usados. Em programas de mudança comportamental, é fundamental que o

público-alvo tenha um conhecimento claro sobre as técnicas, meios e veículos comunicacionais para que o comportamento preferencial seja percebido da melhor forma. O desconhecimento por parte destas mães com relação aos recursos comunicacionais pode dever-se por um lado, pela sua fraca disseminação, uso não recorrente ou o uso combinado não combinado de técnicas por parte do projecto. Ou ainda até, pelo não uso de uma abordagem de marketing social (que evidencia e obriga o uso combinado de diferenciados recursos de comunicação para consciencialização efectiva dos indivíduos). Entretanto, também não se deve descartar a possibilidade deste desconhecimento ser fruto da fraca base de alfabetização escolar que se verificou por parte destas mães.

Ainda, quanto a aplicabilidade prática, ainda são enormes os desafios que se interpõem ao processo. Grande parte das acções de mudança propostas, possuem uma ênfase sobre a acção destas mães, deixando-se de parte os intervenientes ambientais e contextuais que podem interferir sobre a aplicabilidade do comportamento correcto. Variáveis ambientais de privação (falta de condições de saneamento, pobreza, longas distâncias em que se encontram as comunidades, etc.) revelaram-se um grande entrave para a implementação prática dos comportamentos aprendidos por estas mães.

Assim, a presente pesquisa pretendeu analisar os comportamentos e atitudes destas mães, tendo como objecto de estudo as acções desenvolvidas pelo projecto de saúde e nutrição de Monapo. Deste modo, face ao enquadramento teórico e aos resultados das três fases de estudo empíricas – numa base qualitativa e inspirada no paradigma interpretativo - descrevemos a seguir os principais contributos da presente investigação.

O primeiro contributo da investigação está consubstanciado na identificação de variáveis ambientais fundamentais para a aplicabilidade prática de comportamentos na comunidade. Nem sempre a mudança comportamental depende unicamente da acção directa do indivíduo. Em programas de mudança comportamental, a observância de factores individuais assim como socio-ambientais são importantes para a compreensão dos comportamentos e a atitudes. Portanto, os desafios na aplicabilidade dos comportamentos por parte das mães, se prendem com a falta condições de privação e as suas melhorias devem ser propostas nesse sentido para que a redução da incidência do problema se verifique. Neste contexto, e como foi evidenciado pelo gestor e oficiais de desenvolvimento, é essencial uma maior colaboração do Governo nesse processo.

Por outro lado, o segundo contributo prende-se com a constatação da necessidade de incorporação de uma teoria ou modelo de base comportamental que oriente todas as acções direccionadas ao público-alvo. As teorias ou modelos de mudança comportamental não só permitem a compreensão dos contornos do problema, como também proporcionam uma metodologia adequada para que a comunicação com o público-alvo seja eficaz. No entanto, o conhecimento das teorias ou modelos por parte dos profissionais e a harmonização em relação às características dos públicos-alvo, é imprescindível.

O terceiro contributo diz respeito perante a verificação de que o recurso em comunicação integrada de marketing, no âmbito do projecto, não é uma prática generalizada como também é do desconhecimento por parte do público-alvo (mães). Os especialistas (gestor e oficiais de desenvolvimento) reconhecem a enorme importância da comunicação para a promoção de comportamentos na sociedade, entretanto, na prática não são usados muitos meios e veículos de comunicação. Em programas de promoção da saúde, as estratégias comunicacionais, bem como o uso combinado de técnicas e meios de comunicação integrada, podem ajudar não só a comunicar as acções, como também são fundamentais para que as mensagens fiquem enraizadas na memória do público-alvo e o comportamento ideal seja lembrado a longo prazo.

Por último, o quarto contributo radica na constatação da necessidade de incorporação, em termos estratégicos, de uma abordagem de marketing social. Os problemas sociais e de saúde transcendem as motivações, atitudes, hábitos ou comportamentos individuais. Para lidar com grande parte das causas ligadas a estes problemas, é necessário realizar uma pesquisa mais a fundo com um enfoque contextual político, económico, cultural e social que no final resultarão em intervenções estratégicas e inovadoras com resultados amplos. Com efeito, a abordagem de marketing social, inerente a uma área de comunicação, oferece uma estrutura estratégica adequada para melhores intervenções ao nível da mudança de comportamentos.

Não obstante aos contributos expostos, e com uma visão geral sobre toda a investigação de doutoramento realizada, conclui-se que é determinante, por um lado, o papel das organizações não governamentais para a resolução de problemas sociais e, por outro, a indispensabilidade de um planeamento criterioso e abrangente face às características dos públicos-alvo. Assim sendo, lidar com mudanças de comportamento e de atitude acarretam grandes desafios que, na maior parte dos casos, necessitam de intervenções a longo prazo para que sejam visíveis

mudanças significativas.

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 de doutoramento, 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 fatores referidos e aplicados nouro 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 atualmente se está a vivenciar 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 de doutoramento 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 Bibliográficas

- Adato, M., Ahmed, A. U., & Lund, F. (2020). Linking Safety Nets, Social Protection, and Poverty Reduction-Directions for Africa. *International food policy research institute*, 12, pp. 1-6.
- Allender, J. A., Rector, C. & Warner, K. D. (2014) *Community and public health nursing: promoting the public's health*. (8ª ed.) California, United States of America: Wolters Kluwer Health.
- Almeida, F. (2010) *Ética, Valores Humanos e Responsabilidade social das empresas*. Cascais, Portugal: Principia Editora.
- Andreasen, A. R. (1994). Social Marketing: Its Definition and Domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13, 108-114.
- Andreasen, A. R. (2002). Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace. *Journal of Public Policy & Marketing*, 21, 3-13.
- Andreasen, A. R. (2003). Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace. *Journal of Public Policy & Marketing*, 21, 3-13.
- Andreasen, A. R. (2003). The life trajectory of social marketing: Some implications. *Marketing Theory Articles*, 3, 293-303.
- Ammary-Risch, N. J., Zambon, A. & Brown, K. M. (2010) Communicating Health Information Effectively. Em Fertman, C. I. & Allensworth, D. D. (Coords.) *Health promotion programs: from theory to practice*. San Francisco, United States of America: A John Wiley & Sons, pp. 203-218
- American Marketing Association (2017) Disponível em: <https://www.ama.org/the-definition-of-marketing-what-is-marketing/>, acessado em 15 de Novembro 2020.
- Associação coalizão (s/a). Disponível em: <https://m.facebook.com/AssociacaoCoalizaoDaJuventudeMocambicana/>, acessado em 15 de Novembro 2020.
- Backinger, C. L., Thornton-Bullock, A., Miner, C., Orleans, C. T., Siener, K., DiClemente, C. C., ... & Arkin, E. (2010). Building consumer demand for tobacco-cessation products and services: The national tobacco cessation collaborative's consumer demand roundtable. *American Journal of Preventive Medicine*, 3, 307-311.
- Bakker, F. G. A., Groenewegen, P. & Hond, F. (2005). A Bibliometric Analysis of 30 Years of Research and Theory on Corporate Social Responsibility and Corporate Social Performance. *Business & Society*, 3, pp. 283-317

- Bandura, A. (1998) Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and health*, 4, pp. 623-649.
- Bandura, A. (2012). Going global with social cognitive theory: From prospect to paydirt. Em Donaldson, S. I.; Berger, D. E. & Pezdek, K. (Eds.). *Applied psychology: New frontiers and rewarding careers Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum*, 53-79.
- Banerjee, S. B. (2008). Corporate Social Responsibility: The Good, the Bad and the Ugly. *Critical Sociology*, 34, 51-79.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Baumgartner, R. J. & Ebner, D. (2008). The relationship between sustainable development and corporate social responsibility. *Corporate responsibility research conference*, 1, 1-17. Recuperado em: <http://www.crrconference.org>.
- Blair-Stevens, C.; Reynolds, L. & Christopoulos, A. (2010). Behavioural theory: understanding the key influences on human behaviour. Em French, J.; Blair-Stevens, C.; McVey, D. & Merritt, R. (Coords.) *Social marketing and public health: theory and practice*. Oxford, UK: Oxford University Press, pp.45-66. Recuperado em: https://books.google.co.mz/booksid=CsEijRnC8GYC&lpg=PA67&ots=39ufJr_3qq&dq=using%20social%20marketing%20to%20develop%20policy%2C%20strategy%2C%20and%20operational%20synergy&lr&hl=pt-PT&pg=PA68#v=onepage&q&f=false
- Bloom, P. N. & Novelli, W. D. (1981) Problems and challenges in social marketing. *Journal of Marketing*, 2, 78-88.
- Brennan, L. & Binney, W. (2008). Concepts in conflict: Social marketing and sustainability. *Journal of Nonprofit e Public Sector Marketing*, 2, pp. 261-281.
- Brønn, P. S. & Vrioni, A. B. (2001). Corporate social responsibility and cause-related marketing: an overview. *International Journal of Advertising*, 20, 207–222.
- Carroll, A. B. (2008). A history of corporate social responsibility: Concepts and practices. In: A. Crane, A. McWilliams, D. Matten, J. Moon, & D. S. Siegel (Eds.), *The Oxford handbook of corporate social responsibility*. New York: Oxford University Press. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199211593.003.0002
- Carrol, A. B. (2015). Corporate social responsibility: The centrepiece of competing and complementary frameworks. *Organizational Dynamics*, 44, 87-96.
- Celani, M. A. A. (2005). Questões de ética na pesquisa em linguística aplicada. *Linguagem & Ensino*, 8, 101-122.
- Centro de Colaboração em Saúde (2021). Página oficial. Disponível em: <https://ccsaude.org.mz/index.php/sobrenos/quem-somos>, acessado em 02 de Janeiro 2021.
- Chandler, D. (2015). Corporate social responsibility: A strategic perspective. Em O. Laasch

- (Coord.) The principles of responsible management education collection. New York: Business Expert Press. Recuperado em: www.businessexpertpress.com.
- Chapman, S., Jafa, K., Longfield, K., Vielot, N., Buszin, J., Ngamkitpaiboon, L. & Kays, M. (2011) Condom social marketing in sub-Saharan Africa and the Total Market Approach. *Sexual health*, 1, pp. 44-50.
- Cheng, H.; Kotler, P. & Lee, N. R. (2011) *Social marketing for public health: Global trends and success stories*. Massachusetts, United States of America: Jones and Bartlett Publishers.
- CHOICE. Recuperado em www.choiceforyouth.org/about/partners/coalizao/
- Chuquela, G. (2012, Junho 12). Visão Mundial lança projectos sociais para Muecate e Nacarôa, *Verdade*. Disponível em <http://www.verdade.co.mz/nacional/27901-visao-mundial-lanca-projectos-sociais-para-muecate-e-nacaroa>, acessado em 20 de Junho 2016.
- Cohen, L. & 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
- Comissão das Comunidades Europeias (2006) *Implementing the Partnership for Growth and Jobs: Making Europe a Pole of Excellence on Corporate Social Responsibility*. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council and the European Economic and Social Committee.
- Cooperação Portuguesa (2007). Programa Indicativo de Cooperação. *Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento*. Disponível em https://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/pic_mz_07_09_pt.pdf, acessado em 02 de Janeiro 2021.
- 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.
- Corcoran, N. & Corcoran, S. (2007). Social and psychological factors in communication. Em Corcoran, N. (Coord.) *Communicating Health Strategies for Health Promotion*. London, England: Sage Publications, pp. 32-51.
- Crosby, R. A., Kegler, M. C. & 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
- Čiegis, R. & Štreimikienė, D. (2005). Integration of sustainable development indicators into

- sustainable development programmes. *Engineering Economics*, 2, pp. 7-13.
- Čiegis, R. & Zeleniūtė, R. (2008). Ekonomikos plėtra darnaus vystymosi aspektu. *Taikomoji Ekonomika*, 27, pp. 37-54.
- Dann, S. (2010). Redefining social marketing with contemporary commercial marketing definitions. *Journal of Business Research*, 2, 147 – 153.
- Davies, A. (2006). *Corporate governance: Boas práticas de governo das sociedades*. Lisboa, Portugal: Gower Publishing Limited.
- Deslandes, S. F. (2013). *O projecto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual*. (33ª Ed.) Em Minayo, M. C. S. (Coord.) Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro, Brasil: Vozes.
- 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.
- Dillard, J e Murray, A (2013). Deciphering the domain of corporate social responsibility. Em Haynes, K, Murray, A. e Dillard, J (Coords.) *Corporate social responsibility a research handbook*: 10-27. London: Routledge.
- DKT Mozambique (2016). Sobre nós. Disponível em: <http://www.dktmozambique.org/pt/sobre-nos/>, acessado em 02 de Janeiro 2021.
- Domegan, C. T. (2008). Social marketing: implications for contemporary marketing practices classification scheme. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 2, 135–141
- Du, S., Bhattacharya, C. B., & Sen, S. (2010). Maximizing business returns to corporate social responsibility (CSR): The role of CSR communication. *International Journal of Management Reviews*, 12, 8-19.
- Duncan, T. & Moriarty, S. E. (1998). A communication-based marketing model for managing relationships. *Journal of Marketing*, 1, 1-13.
- Eagle, L. & Kitchen, P. J. (2000) IMC, brand communications, and corporate cultures: Client/advertising agency co-ordination and cohesion. *European Journal of Marketing*, 5/6, pp. 667 – 686.
- Edward, A., Ernst, P., Taylor, C., Becker, S., Mazive, E., & Perry, H. (2007). Examining the evidence of under-five mortality reduction in a community-based programme in Gaza, Mozambique. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 8, pp. 814-822.
- Eys, V. T. (2002). Solidariedade com os pobres ou comércio no mercado do desenvolvimento? As organizações não governamentais em Moçambique, *Lusotopie*, 1, pp. 145-159
- Ferreira, B.; Marques, H.; Caetano, J.; Raquilha, L. & Rodrigues, M. (2015) *Fundamentos de Marketing* (3ª Ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

- Fougère, M. & Solitender, N. (2009). Against Corporate Responsibility: critical reflections on context, thinking, practice, content and consequences. *Journal of corporate social responsibility and environmental management*, 16, 1-18.
- Freeman, R. E. & Velamuri, S. R. (2006). A New Approach to CSR: Company Stakeholder Responsibility. Em A. Kakabadse & M. Morsing (Coords.) *Corporate Social Responsibility Reconciling: Aspiration with Application*. New York: Palgrave Macmillan. DOI 10.1057/9780230599574.
- French, J., Blair-Stevens, C., McVey, D., & Merritt, R. (Eds.). (2010). *Social marketing and public health: Theory and practice*. Oxford University Press. Recuperado em https://books.google.co.mz/booksid=CsEijRnC8GYC&lpg=PA67&ots=39ufJr_3qq&dq=using%20social%20marketing%20to%20develop%20policy%2C%20strategy%2C%20and%20operational%20synergy&lr&hl=pt-PT&pg=PA68#v=onepage&q&f=false
- Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC). Disponível em <https://fdc.org.mz>, acessado em 15 Abril de 2019.
- Fundo Nacional de Desenvolvimento Sustentável (s/a). Disponível em: <https://www.fnds.gov.mz/index.php/pt/nossos-projectos/listagem-de-projectos/21-desenvolvimento-sustentavel/129-programa-sustenta>, acessado em 02 de Janeiro 2021.
- Garriga, E. & Melé, D. (2004). Corporate social responsibility theories: Mapping the territory. *Journal of Business Ethics*, 53, pp. 51-71.
- Geller, E. S. (2012). The challenge of social change: a behavioral scientist's perspective. *Social Marketing Quarterly*, 2, 15- 24.
- Gielen, A. C. & Sleet, D. (2003). Application of behavior-change theories and methods to injury prevention. *Epidemiologic Reviews*, 25, 65-76.
- Giles, W. H. & 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, F. R. (2007). *Difusão de inovações, estratégia e a inovação: o modelo D.E.I para os executivos*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora E-papers. Recuperado em: https://books.google.co.mz/books?id=xxj2NsryKEEC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Gomes, C. L. C; Neto, C. L & Pasquale, P. P. (2012). *Comunicação integrada de marketing: A Teoria na Prática*. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.
- Gould, S. J., Lerman, D. B. & Grein, A. F. (1999). Agency perceptions and practices on global IMC. *Journal of Advertising Research*, 1, 7-20.
- Governo de Moçambique (2010). *Plano de acção multisectorial para a redução da desnutrição crónica em moçambique 2011-2014 (2020)*. Disponível em http://www.unicef.org.mz/online-files/protection/PAMRDC_Portugues_2011-2015.pdf,

acessado em 20 de Junho 2016.

- Grönroos, C. (1997). Value-driven relational marketing: from products to resources and competencies. *Journal of Marketing Management*, 13, pp. 407-419.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Cascais, Portugal: Principia
- Gurău, C. (2008). Integrated online marketing communication: implementation and management. *Journal of Communication Management*, 2, pp. 169-184.
- Hartman, L. P., Rubin, R. S. e Dhanda, K. K. (2007) The Communication of Corporate Social Responsibility: United States and European Union Multinational Corporations. *Journal of Business Ethics*, 74, 373–389.
- Hastings, G.B. (2003). Relational paradigms in social marketing. *Journal of Macromarketing*, 1, 6-15.
- Hoffman, R. C. (2007). Corporate social responsibility in the 1920s: an institutional perspective, *Journal of Management History*, 1, pp. 55-73.
- Ibramugy, F. (2013, Janeiro 28). EUA ajudam programa alimentar nas escolas de Moçambique, *VOA Português*. Disponível em <http://www.voaportugues.com/a/1592444.html>, acessado a 15 de Junho 2016.
- Instituto Nacional de Estatística (2008). Estatísticas do Distrito de Monapo. Recuperado em www.ine.gov.mz
- Instituto Nacional de Estatística e Ministério da Saúde (2012) Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Recuperado em <http://www.ine.gov.mz/operacoes-estatisticas/inqueritos/inquerito-demografico-e-de-saude/mocambique-inquerito-demografico-e-de-saude-2011.pdf/view>,
- Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A., e Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health education quarterly*, 2, 149-170.
- 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. & Currie, C. E (1992). Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. *Health Promotion International*, 1, pp. 53-59.
- Keller, K. L. (2009). Building strong brands in a modern marketing communications environment. *Journal of Marketing Communications*, 2-3, pp. 139-155.
- Kickbusch, I. S. (2001) Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 3, pp. 289-297.

- Kitchen, P. J., Schultz, D. E., Kim, I., Han, D. & Li, T. (2004). Will agencies ever “get” (or understand) IMC?. *European Journal of Marketing*, 11/12, pp. 1417-1436.
- Kisil, M. (2006). Depoimento: responsabilidade social, terceiro setor, parceria e sustentabilidade. Em M. C. C. Costa (Coord.) *Gestão da Comunicação: Terceiro setor, organizações não-governamentais, responsabilidade social e novas formas de cidadania*. São Paulo, Brasil: Editora Atlas, pp. 92-102.
- Kliatchko, J. (2008). Revisiting de IMC construct: A revised definition and fours pillars. *International Journal of Advertising*, 27 (1), pp. 133-160.
- Kotler, P. & Keller, K. L. (2012). *Administração de Marketing* (14ª Ed). São Paulo, Brasil: Pearson Prentice Hall.
- Kotler, P. (2005). The role played by the broadening of marketing movement in the history of marketing thought. *Journal of Public Policy & Marketing*, 24, 114-116.
- Kotler, P. & Armstrong, G. (2007). *Princípios de marketing* (12ª ed.) São Paulo, Brasil: Prentice Hall.
- Kotler, P. & Keller, K. (2006). *Administração de marketing: a bíblia do marketing* (12ª ed.) São Paulo, Brasil: Pearson Prentice Hall.
- Kotler, P. & Keller, K. L. (2012). *Administração de Marketing* (14ª Ed). São Paulo, Brasil: Pearson Prentice Hall.
- Kotler, P. e Keller, K. L. (2013). *Marketing Essencial: Conceitos, estratégias e casos* (5ª Ed.). São Paulo, Brasil: Pearson Prentice Hall.
- Kotler, P & Lee (2008). *Influencing behaviours for good* (3ª ed.) Thousand Oaks, CA: SAGE. Recuperado em: https://books.google.co.mz/books?id=V4v1WTiFmIYC&pg=PR5&hl=ptPT&source=gs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false
- Kotler, P. & Levy, S. J. (1969). Broadening the concept of marketing. *Journal of Marketing*, 33, 10-15
- Kotler, P.; Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An approach to planned social change. *Journal of Marketing*, 35, 3-12.
- Kunsch, M. M. K. (2003). *Planejamento de relações públicas na comunicação integrada* (6ª Ed.) São Paulo, Brasil: Summus editorial.
- Laczniak, G. R. & Murphy, P. E. (2016) The relationship between marketing ethics and corporate social responsibility: Serving Stakeholders and the Common Good Em *Handbook of Research on Marketing and Corporate Social Responsibility*. R. P. Hill & R. Langan (Coords.) Cheltenham, UK; Northampton, MA: Edward Elgar, 68-87.
- Leal, A. S., Caetano, J., Brandão, N.G., Duarte, S. E. & Gouveia, T. D. (2011). *Responsabilidade social em Portugal*. Lisboa, Portugal: Bnomics Editora.

- Leddy, S. K. (2006) *Integrative health promotion: conceptual bases for nursing practice*. (2^a ed.) Sudbury, United States of America: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Lee, M. P. (2008). A review of the theories of corporate social responsibility: Its evolutionary path and the road ahead. *International Journal of Management Review*, 1, pp. 53–73
- Lefebvre, R. C. (2011). An integrative model for social marketing. *Journal of Social Marketing*, 1), pp. 54-72.
- Lefebvre, R. C. (2013). Social marketing and social change: strategies and tools for health, well-being, and the environment. San Francisco, CA: Jossey Bass - *A Wiley Imprint*, pp. 1-541.
- 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. & Flora, J. A. (1988). Social marketing and public health intervention. *Health Education Quarterly*, 3, 299-315.
- Lefebvre, R. C., & Kotler, P. (2011). Design thinking, demarketing and behavioral economics: Fostering interdisciplinary growth in social marketing. *The Sage handbook of social marketing*, 80-94.
- Lendrevie, J. Baynast, A. Dionísio, P. & Rodrigues, V. (2010) *Publicitor: Comunicação 360°*. Lisboa, Portugal: Publicações Dom Quixote.
- Lendrevie, Lévy, Dionísio e Rodrigues (2015) *Mercator da língua portuguesa: teoria e prática do marketing* (16^a Ed.) Lisboa, Portugal: Publicações Dom Quixote.
- Lichtenstein, D. R., Drumwright, M. E. e Braig, B. M. (2004) The effect of corporate social responsibility on customer donations to corporate-supported nonprofits. *Journal of Marketing*, 1, 16-32.
- Ling, J. C., Franklin, B. A. K., Lindsteadt, J. F. & Gearon, S. A. N. (1992). Social marketing: its place in public health. *Annual Review of Public Health*, 13, 141-362
- Luck, D. J. (1969). Social marketing: confusion compounded. *Journal of Marketing*, 1, 70-72
- Lupetti, M. (2007). *Gestão estratégica da comunicação mercadológica*. São Paulo, Brasil: Thomson Learning.
- Lüdke, M. & André, M. E. D. (1986). Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas. Sao Paulo, Brasil: Editora Pedagógica e Universitária, Lda.
- MacFadyen, L.; Stead, M. e Hastings, G. (1999) Synopsis of social marketing. *Health Promotion International*, 9, 59-63.
- MacFadyen, L.; Stead, M. & Hastings, G. (2003) Social Marketing. Em Baker, M. J. (Coord.) *The Marketing Book* (5^a Ed.) Oxford, England: Butterworth Heinemann, pp. 694-725

- Mah, M. W.; Tam, Y. C. & Deshpande, S. (2008). Social marketing analysis of 2 years of hand hygiene promotion. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 3, 262-270.
- Maibach, E. W., Abrams, L. C. e Marosits, M. (2007). Communication and marketing as tools to cultivate the public's health: a proposed "people and places" framework. *BMC Public Health*, 7, 1-15.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M (2002). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas.
- Marsden, C. (2006) In Defence of Corporate Responsibility. Em A. Kakabadse & M. Morsing (Coords.) *Corporate Social Responsibility Reconciling: Aspiration with Application*. New York: Palgrave Macmillan. DOI 10.1057/9780230599574.
- McGrath, J. M. (2005) A pilot study testing aspects of integrating marketing communications concept. *Journal of Marketing Communications*, 11:3, pp. 191-214.
- Mckenzie-Mohr, D. (2000). Promoting sustainable behaviour: An introduction to community-based social marketing. *Journal of Social Issues*, 3, pp.543-554.
- McLaren, L. & Hawe, P. (2005). Ecological perspectives in health research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1, 6-14.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 4, 351-377.
- Melé, D. (2008). Corporate social responsibility theories. Em A. Crane, A. McWilliams, D. Matten, J. Moon, & D. S. Siegel (Coords.). *The Oxford handbook of corporate social responsibility*. New York: Oxford University Press. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199211593.003.0003
- Menon & Khan (2001). Corporate Sponsorships of Philanthropic Activities: When Do They Impact Perception of Sponsor Brand? *Journal of Consumer Psychology*, 13, pp. 316-327.
- 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.
- Ministério de Administração Estatal (2005). Perfil do distrito de Monapo província de Nampula. Disponível em <http://www.govnet.gov.mz/>, acessado em 10 de Setembro 2020.
- Ministério da Justiça (2007). Boletim da Republica, 2º Suplemento, iii Serie, nº 5. Recuperado em <https://www.presidencia.gov.mz/index.php/por/content/download/2157/16970/version/1/file/BR5+III+serie+2007+suplemento2.pdf>.
- MISAU (2015). *Estratégia de comunicação para a mudança social e de comportamento para a prevenção da desnutrição em Moçambique 2015-2019*. Recuperado em <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Estrategia-Comunicacao-Dec2015.pdf>
- Moon, J & Vogel, D. (2009). Corporate social responsibility, government, and civil society. In.

- A. Crane, A. McWilliams, D. Matten, J. Moon, & D. S. Siegel (Eds.), *The Oxford handbook of corporate social responsibility*. New York: Oxford University Press, DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199211593.003.0003.
- Muchanga, E. (2016, Março 18). MINED e ONGs estabelecem memorandos para administração de Lanche escolar. Magazine Independente. Disponível em <http://www.magazineindependente.com/www2/mined-e-ongs-estabelecem-memorandos-para-administracao-de-lanches-escolar/>, acessado a 16 de Junho 2016.
- Munck, L. & Souza, R. B. (2009). Responsabilidade social empresarial e sustentabilidade organizacional: a hierarquização de caminhos estratégicos para o desenvolvimento sustentável. *Revista Brasileira de Estratégia*, 2, pp.185-202.
- Neves, J. C. (2008). *Introdução a ética empresarial*. Cascais, Portugal: Principia Editores.
- NSMC (2016). Social marketing benchmark criteria. Recuperado em: www.thensmc.com.
- NSMC (2016). Recuperado em <https://www.thensmc.com/resources/showcase/psikenya-insecticide-treated-net-social-marketing-programme>
- Nunes, C. B. (2004). *A ética Empresarial e os Fundos Socialmente Responsáveis*. Porto, Portugal: Vida Económica
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 4, pp. 349-364
- O’Cass, A. (1996). Political marketing and the marketing concept. *European Journal of Marketing*, 10/11, 37-53.
- OECD (2001) The DAC Guidelines: strategies for sustainable development. Paris, France: OECD Publications Service.
- Ogden, J. R. & Crescitelli, E. (2007). *Comunicação integrada de marketing: conceitos, técnicas e práticas*. (2ª ed.) São Paulo, Brasil: Pearson Prentice Hall
- ONU News (2019). Unesco promove programa de alfabetização em Moçambique. Recuperado em: <https://news.un.org/pt/story/2019/01/1654602>, acessado em 02 de Janeiro 2021.
- ONUSIDA (1999). *Mudança de comportamento sexual em relação ao HIV: Até aonde nos levaram as teorias?* Genebra, Suíça: Coleção Boas Práticas da ONUSIDA
- Pettie, K. & Pettie, S. (2003). Ready to fly solo? Reducing social marketing’s dependence on commercial marketing theory. *Marketing Theory Articles*, 3, 365-385.
- Peattie, K. & Peattie, S. (2008), Social marketing: a pathway to consumption reduction? *Journal of Business Research*. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2008.01.033>
- Pfeiffer, J. (2003). International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social science & medicine*, 4, pp. 725-738.

- Pickton, D. & Broderick, A (2005) *Integrated marketing communications* (2ª Ed.) Londo, England: Pearson Education Limited.
- Porter, M. E. & Kramer, M. R. (2006). Strategy and society: The link between competitive advantage and corporate social responsibility. *Harvard Business Review*, 78–92.
- 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. & Naranjo, E. S. (2014). *Metodologia de Investigação Científica*. Lobito: Angola. Escolar Editora
- Rego, A., Cunha, M. P., Costa, N. G., Gonçalves, H. & Cardoso, C. C. (2007). *Gestão Ética e Socialmente Responsável: Teoria e Prática* (2ª ed.) Lisboa, Portugal: Editora RH.
- Reid, M. (2005). Performance auditing of integrated marketing communication (IMC) actions and outcomes. *Journal of advertising*, 34:4, pp. 41-54.
- República de Mocambique (1998). Boletim da República. 2ºSuplemento, série 1, número 40. Disponível em: <https://gazettes.africa/archive/mz/1998/mz-government-gazette-series-i-supplement-no-2-dated-1998-10-13-no-40.pdf>, acessado em 02 de Janeiro 2021.
- República de Moçambique (2006). Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPA II). *República de Moçambique: Maputo*. Disponível em: https://www.unisdr.org/preventionweb/files/2970_PARPAIIaprovadocomMatrizFinal.pdf, acessado em 02 de Janeiro 2021.
- Ribeiro, M. & Cunha, N. (2001). Efeitos urbanos das ONGs: as experiências da gestão urbana e do microcrédito em Maputo. *Cadernos de Estudos africanos*, (1), 85-97.
- 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.
- Rogers, E. (1995) *Diffusion of inovations* (4ª ed.). New York: The Free Press. Lido em: https://books.google.co.mz/books?id=v1ii4QsB7jIC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Russel-Benett, R., Wood, M. & Previte, J. (2013). Fresh ideas: Services Thinking for Social Marketing Rebekah. *Journal of Social Marketing*, 3(3), pp. 223-238.
- Sampieri, R. H.; Collado, C. F. & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Penso.
- Save The Children (2007). *Crenças, Atitudes e práticas sócio-culturais relacionadas com os cuidados ao recém-nascido: estudo em Chibuto, Búzi e Angoche*. Disponível em: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/SNL-Formative-Research-Report-Portuguese.pdf>, acessado em 02 de Janeiro 2021

- Save The Children (2019). rádio moçambique e save the children cooperam para combater a desnutrição crónica. Disponível em: <https://mozambique.savethechildren.net/news/rádio-moçambique-e-save-children-cooperam-para-combater-desnutrição-crónica>, acessado em 02 de Janeiro 2021.
- Seale, C. (2002). *Media and Health*. London, England: Sage Publications,
- Schultz, D. E. & Kitchen, P. J. (2004). Managing the Changes in Corporate Branding and Communication: Closing and Re-opening the Corporate Umbrella. *Corporate Reputation Review*, 4, pp. 247 – 366
- Schultz, D. E. & Kitchen, P. J. (1997). Integrated Marketing Communication in U.S. Advertising Agencies: An Exploratory Study. *Journal of Advertising Research*, 1, pp. 7-18.
- Schultz, D. E. & Kliatchko, J. G. (2014). Twenty years of IMC. *International Journal of Advertising*, 33:2, pp. 373-390
- Smith, N. C.; Drumright, M. E. & Gentile, M. C. (2009). The new marketing myopia. *Faculty and Research Working paper*, 1, 2-29.
- Smith, P. R. & Zook, Z. (2011). *Marketing Communications: integrating offline and online with social media* (5ª Ed.) London, England: Kogan Page.
- 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.
- Stead, M.; Gordon, R.; Angus, K. & McDermott, L. (2007). A systematic review of social marketing effectiveness. *Health Education*, 107, 126-191.
- Tencati, A. & Perrini, F. (2006). The Sustainability Perspective: a New Governance Model. Em A. Kakabadse & M. Morsing (Coords.) *Corporate Social Responsibility Reconciling: Aspiration with Application*. New York: Palgrave Macmillan. DOI 10.1057/9780230599574.
- UNICEF (2010) *Pobreza Infantil e disparidades em Moçambique 2010*. UNICEF Moçambique. Recuperado em <http://www.unicef.org/mz/cpd/documents/Pobreza-infantil-2010.pdf>
- UNICEF (2014) *Situação da Crianças em Moçambique 2014*. UNICEF Moçambique. Recuperado em http://sitan.unicef.org/mz/files/UNICEF-SITAN-PT_WEB.pdf
- UNICEF (2019). Comunicados de Imprensa. Recuperado em <https://www.unicef.org/mozambique/comunicados-de-imprensa/moçambique-crianças-que-vivem-em-áreas-afectadas-por-tempestades-enfrentam>
- UNICEF (2019). Situação nutricional em Moçambique. Recuperado em <https://www.unicef.org/mozambique/nutrição>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa, Portugal:

Edições Silabo

- Waddock, S. & Googins, B. K. (2011) The Paradoxes of Communicating Corporate Social Responsibility. Em Ø. Ihlen, J. L. Bartlett, & S. May (Coords.) *The Handbook of Communication and Corporate Social Responsibility*. London, England: A John Wiley & Sons, pp. 23-44.
- Wallack, L. (1984). Social Marketing As Prevention: Uncovering Some Critical Assumptions. Recuperado em <https://www.acrwebsite.org/volumes/6331/volumes/v11/NA-11>
- 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.
- WCED (1987). Our Common Future. UN Comissão Mundial do Ambiente e Desenvolvimento
- Wheeler, J. & Agha, S. (2013). Use of Certeza point-of-use water treatment product in Mozambique. *Journal of water, sanitation and hygiene for development*, 3, pp. 341-348.
- WHO (2021). Health promotion. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_3. acessado a 02 de Janeiro 2021.
- Wolf, M. (2008) *Teorias da Comunicação*. Lisboa, Portugal: Editora Presença.
- Wymer, W. (2009). Rethinking the boundaries of social marketing: Activism ou advertising? *Journal of Business Research*, 63, 99-103
- 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.
- Yong S. K. (2013) *The Executor of Integrated Marketing Communications Strategy: Marcom Manager's working model*. London, England: Springs.
- Zenone, L. C. (2016). *Marketing Social*. São Paulo, Brasil: Thomson Learning.
- Zou, S. & Cavusgil, S. T. (1996). Global Strategy: a review and an integrated conceptual framework. *European Journal of Marketing*, 1, pp. 52-69.

Anexos

Anexo 1: Primeira Fase do Estudo - Documentos analisados

Curriculum Detalhado do Aconselhamento Direcconado e no Momento Certo

MODULO 1			
Visitas	Sessões	7-11	Mensagens Chaves
1ª Visita na Gravidez	Sessão 11: Nutrição na gravidez Sessão 12: Cuidados domiciliários para a mulher grávida e sinais de perigo na gravidez na gravidez Sessão 13: Promoção de Cuidados Pré-Natais	Mãe 1, 2, 3, 4, 6, 7	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Grupos de alimentos • Micro nutrientes em alimentos (alimentos ricos em ferro, alimentos ricos em vitamina A) • Alimentos localmente disponíveis • Lavar as mãos antes de preparar os alimentos • Aumentar a quantidade e variedade dos alimentos para mulheres grávidas • Sal iodado • Uma refeição nutritiva e um lanche nutritivo adicional por dia • Descanso adequado • Assistência dos membros da família • Tomar sal ferroso e ácido fólico • Consumir alimentos ricos em ferro • Não fumar ou ingerir bebidas alcoólicas durante a gravidez • Dormir dentro da rede mosquiteira em zonas com maior prevalência da malária • Informar imediatamente a alguém se um sinal de perigo está presente • Levar a mulher grávida para a unidade sanitária se um sinal de perigo está presente • 4 Consultas prés natais (CPN) • Serviços esperados na CPN (suplementação de sal ferroso e ácido fólico, Vacina antitetânica (VAT), Tratamento Intermitente e Presuntivo da malária (TIP), desparasitação)
2ª Visita, no meio da Gravidez	Sessão 15: HIV e SIDA, TB e PTV	Mãe 7	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer o Teste de HIV, Tuberculose e outras doenças sexualmente transmissíveis durante a gravidez • Todas as mulheres, mas especialmente mulheres seropositivas dar parto numa unidade de sanitária para terem cuidados especiais e PTV • Usar o preservativo na relação sexual durante a gravidez e amamentação • Diagnóstico precoce do recém-nascido e tratamento preventivo com cotrimoxazol • Alimentação artificial do bebé para mães seropositivas?

3ª Visita, no meio da Gravidez	Sessão 16: HIV e SIDA, TB parto institucional Sessão 17: Plano de Parto	Mãe 7	<ul style="list-style-type: none"> • Todas as mulheres, mas especialmente mulheres seropositivas devem ter parto numa unidade de sanitária • Parto assistido com pessoal de saúde qualificado • Desenvolvimento de um plano de parto • Plano de transporte • Material do parto • Limitar a gravidez para o período saudável de procriação de 18-35 • Intervalo de pelo menos dois anos após um parto antes de tentar engravidar novamente • Intervalo de pelo menos seis meses após um aborto espontâneo antes de tentar engravidar novamente • Os métodos de planeamento familiar disponíveis na unidade sanitária
MODULO 2			
Visitas	Sessões	7-11	Mensagens Chaves
4ª Visita, no fim da Gravidez	Sessão 1: Sinais de perigo na gravidez e parto. Sessão 2: Cuidados essenciais imediatos para o recém-nascido após o parto Sessão 3: Promoção do aleitamento materno exclusivo atempado Sessão 4: Lavagem das mãos Sessão 5: Complicações no pós-parto, cuidados essenciais do recém-nascido.	Mãe 7 Criança 1, 2, 3	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais de perigo na gravidez • Informar alguém imediatamente se um sinal de perigo está presente/ir a unidade sanitária • Levar a mulher para uma unidade de sanitária se sinal de perigo está presente (se o parto for domiciliar). • Aleitamento materno exclusivo a ter início dentro de uma hora após o parto • Lavagem das mãos depois de usar a latrina, antes de iniciar a preparar os alimentos, antes de iniciar a vestir a criança/pegar. • Cuidados essenciais do recém-nascido • Iniciar amamentação do bebé dentro de 30-60 minutos após o nascimento • Não descartar o primeiro leite (colostró) • Aleitamento materno exclusivo; nenhum outro alimento ou líquidos • Exprimir de leite materno da mãe se a mãe estiver inconsciente ou doente • Secar o Bebé imediatamente após o nascimento • Não dar banho o bebé nas primeiras 24 horas • Limpar as vias respiratórias do bebé: nariz e boca • Colocar o bebé em contacto com pele (contacto corpo-a-corpo) • Sala quente, chapéu, meias • Fricção e estimulação • Cuidados Pós-natal na unidade sanitária; mãe e bebé • Lavar as mãos com sabão • Como lavar as mãos, quando lavar as mãos
Sessão Especial	Limpeza do umbigo com solução de	Criança	•

de Clorhexidine	chorhexidine	2	
5ª Visita, na Primeira Semana de Vida do Bebê (Visitas 5a, 5b, 5c).	Sessão 6: Cuidados essenciais do recém-nascido na primeira semana de vida do bebê Sessão 7: Cuidados da mãe no pós-parto (Depois da mulher ter dado parto). Sessão 8: Alimentação/Aleitamento materno exclusivo Sessão 9: Desenvolvimento da criança na primeira infância. Sessão 10: Sinais de perigo no recém-nascido	Mãe 7 Criança 1, 2, 3	<ul style="list-style-type: none"> Os sinais de perigo no recém-nascido Dê o colostro ao recém-nascido (não descarte) Aleitamento materno exclusivo até os seis meses Não administrar nenhum outro alimento ou água Não usar garrafas ou utensílios Amamentação assim que a criança desejar, pelo menos 8 vezes em 24 horas Recomendação para alimentação da mãe seropositiva Manter o bebê aquecido Higiene, Imunizações: BCG / Pólio Mãe e bebê dormem dentro da rede mosquiteira Desenvolvimento holístico da criança Registo de nascimento Cuidados Pós-parto na unidade sanitária Mãe recebe vitamina A dentro de 4 semanas após o parto Os sinais de perigo no pós-parto Mensagens sobre o desenvolvimento na primeira infância
6ª Visita ao primeiro mês de vida do Bebê	Sessão 11: : Cuidados especiais ao bebê no primeiro mês de vida Manejo da febre e Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) Sessão 12: Serviços de rotina: Controle de crescimento e Imunização Sessão 13: Manejo da febre e de infecções respiratórias agudas	Criança 8, 9, 10	<ul style="list-style-type: none"> Sinais de perigo: Febre: Manejo imediato da febre Sinais de perigo: Rápida ou difícil respiração e / ou tórax encovado Continuação de alimentação durante a doença e aumentar a alimentação após a doença Mãe e bebê dormem dentro da rede mosquiteira (áreas de maior índice da malária) Controle de crescimento A importância da imunização; DPT e OPV na semana sexta
	Sessão 14: Cuidados de rotina da criança de um mês de vida.Registo de nascimento e brincar com a criança.	Criança 8, 9, 10	<ul style="list-style-type: none"> Vacinação completa para idade (vacinas ao nascer, 6 semanas, 10 semanas, 14 semanas, 9 meses) Controle crescimento/peso, Planeamento familiar, registo de nascim,ento Bricar com a criança (Olhar/sorrir, falar/cantar, abraçar/pegar, brincar, ler)
	Sessão 15: Sinais de perigo na criança	Criança 1,2	<ul style="list-style-type: none"> Sinais de perigo na criança Monitoria de crescimento
	Sessão 16: Crianças nascidas de mães HIV-positivas	Mãe 7	<ul style="list-style-type: none"> Aconselhamento e testage de HIV das crianças expostas ao HIV Aconselhamento da família a necessidade de aleitamento materno exclusivo, cuidados de rotina da criança, e monitoramento de sinais de perigo.

			<ul style="list-style-type: none"> • aconselhamento da família para a toma do co-trimoxazol como terapia de prevenção para prevenir infecções.
	Sessão 17: Apoio adicional para recém-nascidos e mães de elevado risco		<ul style="list-style-type: none"> • Mães HIV-positivas, mães que tiveram cesariana, ou outras complicações do parto, mães adolescentes, mães com problemas de saúde mental e dificuldades psico-sociais, ou que tiveram aborto. • Recém-nascidos de alto risco (ce baixo peso á nascença, pramatuross, expostas ao HIV, órfãos maternos, com má formação congénita, portadoras de deficiência, gêmeos) • Visitas adicionais a elas, aleitamento materno, controle de crescimento, aderência ao medicamento, aumento da vigilância aos sinais de perigo, promoção da higiene, referência em caso de necessidade.
	Sessão 18: Registo –Recém-nascidos e crinaças		<ul style="list-style-type: none"> •
	Sessão 19: Referência, seguimento do recém-nascido doente e da mulher no pós-parto.		<ul style="list-style-type: none"> •

MODULO 3 – SAÚDE DA CRIANÇA, NUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Visitas	Sessões	7-11	Mensagens Chaves
7ª Visita, ao quinto mês de vida do Bebê	<p>Sessão 1: Alimentação da criança: 6-9 meses</p> <p>Sessão 2: Alimentação complementar</p> <p>Sessão 3: As causas da morte em crianças: Pneumonia, malária e diarreia</p> <p>Sessão 4: Aconselhamento da família para cuidados para o desenvolvimento da criança</p> <p>Sessão 5: Alimentação infantil, alimentação infantil de crianças de mães HIV-positivas, alimentação complementar, serviços de rotina para a criança, doenças comuns (diarreia, pneumonia e malária).</p> <p>Sessão 6: Registo</p>	Criança 4,5,6,7	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação complementar: 2-3 refeições por dia, de todos os três grupos de alimentos • Preparação de alimentos • Fontes de ferro • Continuação do aleitamento materno • Lavagem das mãos • Alimentação continuada enquanto doente • Prato separado • Alimentação criteriosa para o desenvolvimento da criança • Controle do crescimento • Suplementos de vitamina A • Idade máxima recomendada para a gravidez e espaçamento da gravidez • Preparação de alimentação complementar para crianças 6-9 meses • Receitas • Definição de diarreia • SRO para o tratamento de diarreia • Zinco para o tratamento de diarreia • Solução caseira de açúcar-sal em áreas onde a SRO não está disponível

			<ul style="list-style-type: none"> • Brincar com a criança (Olhar/sorrir, falar/cantar, abraçar/pegar, brincar, ler)
8ª Visita, aos nove meses de vida do Bebê	Sessão 7: Nutrição da criança e desenvolvimento Sessão 8: Detectar e referir malnutrição aguda Sessão 9: Alimentação complementar (Alimentos ricos em vitamina A, ferro)	Criança 4, 5, 6	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação complementar: 3-4 vezes por dia • Continuar com a amamentação • Prato separado, Lavagem das mãos • Controle de crescimento • Micronutrientes: Vitamina A • Micronutrientes: Ferro • Micronutrientes: Iodo • Desenvolvimento holístico da criança • Malnutrição aguda e moderada e ações a tomar • Reconhecimento de sinais de perigo: diarreia, deficiência de vitamina A, etc.
	Sessão 8b, Opcional: Identificação da malnutrição usando a fita de Perímetro Braquial		<ul style="list-style-type: none"> •
9ª Visita, aos 12 meses de vida do Bebê	Sessão 10: Criança de 1 ano de idade Sessão 9: Desparasitação	Criança 4, 9, 11	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar a amamentar, comer 6X ao dia, ter prato separado • lavagem das mãos para a família e a criança • Cuidados de saúde de rotina: Controle de Crescimento e imunização • Desparasitação
	Sessão 11:		<ul style="list-style-type: none"> • Continuar a amamentar, comer 6X ao dia, ter prato separado • lavagem das mãos para a família e a criança • Cuidados de saúde de rotina: Controle de Crescimento e imunização • Desparasitação
10ª Visita, aos 18 meses de vida do Bebê	Sessão 12: Saúde da criança e desenvolvimento aos 18 meses		<ul style="list-style-type: none"> • Continuar a amamentar, comer 6X ao dia, ter prato separado, alimentos dos 4 grupos de alimentos; monitoria de crescimento • lavagem das mãos para a família e a criança • Cuidados de saúde de rotina: Controle de Crescimento e imunização • Desparasitação
	Sessão 13:	Mãe 5 Criança 4	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação complementar: Criança come 6 vezes por dia • Sinais de perigo nas crianças • Idade máxima recomendada para a gravidez e espaçamento da gravidez: Pode considerar engravidar outra vez
10ª Visita, aos 24 meses de vida do Bebê	Sessão 14:	Mãe 5 Criança 4	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação complementar: Criança come 6 vezes por dia • Sinais de perigo nas crianças • Idade máxima recomendada para a gravidez e espaçamento da gravidez: Pode considerar engravidar outra vez

The 6 key messages to be shared

1. Lack of latrine

1. Prevent diseases using latrines correctly;

2. Key messages for water

- Treat water before drinking to prevent diarrhea
- Drink clean water for your health

3. Exclusive breastfeeding

1. Breastfeeding is better for a baby in the first 6 months;
2. Give the child exclusively breastfeeding up to the first 6 months for better child growth;

4. Complementary feeding

1. Eat food of the 4 food categories (mix porridge with all 4 groups of foods);
2. Aumentar a quantidade de alimentos a medida que a criança cresce;
3. Todos alimentos são importantes para o crescimento da criança e não provocam doenças

5. Uso incorrecto de redes

- Previna a malária usando correctamente a rede mosquiteira

6. Planeamento Familiar

1. Intervalo de mínimo entre as gravidezes devem ser de 2 anos
2. O planeamento familiar ajuda a proteger a saúde da mãe e da criança

SEIS (6) MENSAGENS CHAVES A SEREM PARTILHADAS

1. Falta de latrina

- Previna-se das doenças construindo e usando correctamente as latrinas;

2. Água – Mensagens chave

- Previna -se de doenças diarreicas bebendo água tratada

3. Aleitamento Materno Exclusiva

- O leite do peito é melhor para o seu bebe nos primeiros 6 meses;
- Dê somente leite materno exclusivo até aos 6 meses para a saúde e bom crescimento do seu bebo;

4. Alimentação complementar

- Comer alimentos dos 4 grupos de alimentos (confecionar alimentos com os 4 grupos de alimentos);
- Aumentar a quantidade de alimentos a medida que a criança cresce;
- Todos alimentos são importantes para o crescimento da criança e não provocam doenças

5. Uso incorrecto de redes

- Previna-se da malária usando correctamente a rede mosquiteira

Planeamento Familiar

Intervalo de mínimo entre as gravidezes deve ser de 2 anos

O planeamento familiar ajuda a proteger a saúde da mãe e da criança

Imagens



MANUAL PARA O TREINAMENTO DE VOLUNTÁRIOS DE DESVIO POSITIVO/ATELIER DOMÉSTICO

MENUS selecionadas

1º Menu	Gr	2º Menu	Gr	3º Menu	Gramas	4º Menu	Gramas
1. Pão de Farinha d Milho	75g	1. Abóbora cozida com azeite	80g	4. Batata Doce	80	1. Mandioca fresca cozida	75
2. Folhas frescas Escaras	20g	2. Folhas de Moringa cozida	80g	5. Folhas de Mandioca	80	2. Ovo fresco	85
3. Amendoim Torrado	75g	3. Amendoim torrado	75g	6. Amendoim torrado	50	3. Folhas de Abóbora	50
4. Peixe Fino cozido pilado	80g	4. Açúcar	14g	7. Feijão Shredado	40	4. Amendoim seco torrado	60
5. Olev	10g	5. Ovos	14	8. Peixe fino torrado	50		
LANCHE		LANCHE		LANCHE		LANCHE	
6. Banana Madura	20g	7. Laranja	20g	9. Papaia Madura	85	7. Banana Madura	80
Total	260g	Total	257g	Total	267g	Total	300g

Pesquisa de Mercado

Data:2020

ADP: Monapo DP

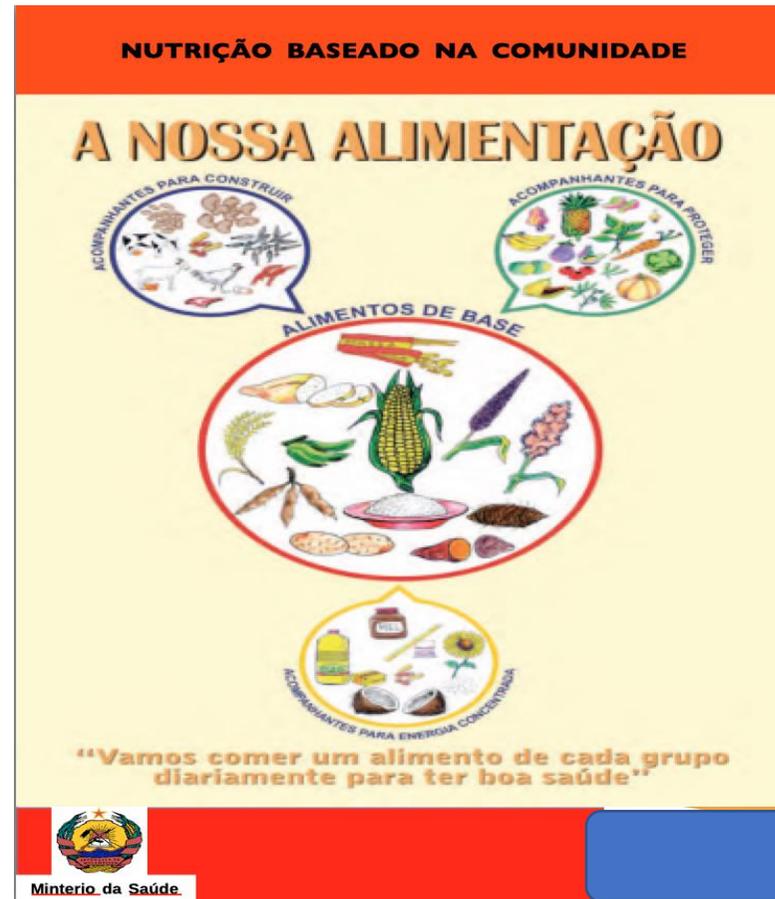
Distrito: Monapo

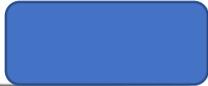
Nome da comunidade: Ituculo

Alimentos	Unidade da quantidade mais pequena comprada	Período de pico (Meses)	Materia-prima				
			Custo durante período de pico (mts)	Custo por unidade	Período de escassez (Meses)	Custo durante o período de escassez (mts)	Custo por unidade
Açúcar	1 colher de sopa	Março a junho	5,00	1 plastiquinho	Outubro a dezembro	10,00	
Peixe fino	1 lugar(um punhao de mao)	Outubro a dezembro	20,00	1 lugar	Janeiro a março	30,0	
Farinha celeste	1 copo	Abril ate Junho	10,00	1 copo	Janeiro a março	30,00	
Feijão manteiga	1 copo	Junho ate Agosto	15,00	1 copo	Outubro a dezembro	30,00	
Banana-verde	1	Abril ate Junho	2,00 centavos	1	Janeiro a março	30,00	
Batata-reno	1	Abril ate Junho	5,00	1	Janeiro a março	7,50	
Banana madura	1	Abril ate Junho	2,00	1	Janeiro a março	4,00	
Cebola	1	Abril ate Junho	2,00	1	Janeiro a março	4,00	
Tomate	1	Abril ate Junho	2,00	1	Janeiro a março	4,00	
Ovo	1	Março a junho	5,00	1	Janeiro a março	4,00	
Arroz	1copo	Março a junho	10,00		Janeiro a março	15,00	
Óleo	1 plastiquinho	Março a junho	5,00	1 plastiquinho	Janeiro a março	7,5	
Manteiga	250g	Junho ate Agosto	20,00	250g	Janeiro a março	40,00	
Peixe carapau	2050g	Janeiro ate Março	20,00	250g	Janeiro a março	35,00	
Coco	cada	Junho ate Agosto	10,00	cada	Janeiro a março	20,00	
Amendoim	1 lugar	Março a junho	5,00	1 lugar	Janeiro a março	10,00	
Repolho	1 cabeça	Abril ate Junho	25,00	1 cabeça	Janeiro a março	40,00	
Laranja	Uma	Abril ate Junho	10,00	Uma	Janeiro a março	15,00	
Limão	1Mais pequeno	Abril ate Junho	2,00	1Mais pequeno	Outubro a dezembro	5,00	
Pimenta	1	Abril ate Junho	3,00	1	Janeiro a março	5,00	
sal	1 colher de sopa	Abril ate Junho	2,00		Outubro a março	4,00	

**LISTAGEM DE ACÇÕES (COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS)
QUE A MULHER GRÁVIDA E FAMÍLIA DEVEM REALIZAR**

VISITA 1 – NUTRIÇÃO, CUIDADOS DOMICILIÁRIOS E PRÉ-NATAIS	
Cuidados pré-natais	1.1. Mulher grávida deve ir a consultá pré-natal 1.2. Mulher grávida deve fazer teste de HIV 1.3. Mulher grávida deve fazer teste de Tuberculose
Cuidados domiciliários para a mulher grávida	1.4. Lavagem das mãos antes de começar a preparar as refeições e depois de usar a latrina 1.5. Usar sal iodado ao preparar os alimentos 1.6. Guardar dinheiro para emergências e para evacuar a mulher grávida para dar parto na unidade sanitária. 1.7. A mulher grávida alimentar-se mais do que o habitual (Três refeições por dia e dois lanches, sendo cada lanche entre as refeições). 1.8. Mulher grávida dormir dentro da rede mosquiteira todos os dias 1.9. Mulher grávida ter dieta equilibrada com os três grupos de alimentos 1.10. Mulher grávida não fumar nem consumir bebidas alcoólicas 1.11. Repousar o suficiente e não carregar objectos pesados 1.12. Tomar comprimidos de ferro a ácido fólico 1.13. Saber identificar sinais de perigo na gravidez (fortes dores de cabeça, falta de ar, inchaço da palma de mão ou pé, dores ao urinar, febres, desmaios, dores do baixo ventre, hemorragia sem dor. 1.14. Levar imediatamente a unidade sanitária no caso da mulher grávida apresentar um dos sinais de perigo.
VISITA 2 – HIV E TUBERCULOSE	
	2.1. Aderência ao tratamento de HIV ou de tuberculose 2.2. Testagem atempada de HIV 2.3. Uso do preservativo para prevenir infecções de transmissão sexual 2.4. Mulher grávida ter cuidados pré-natais, boa alimentação e repouso 2.5. Mulher grávida ter parto na unidade sanitária 2.6. Aleitamento materno dentro de uma hora após o parto 2.7. Saber identificar sinais de perigo na gravidez (fortes dores de cabeça, falta de ar, inchaço da palma de mão ou pé, dores ao urinar, febres, desmaios, dores do baixo ventre, hemorragia sem dor. 2.8. Levar imediatamente a unidade sanitária no caso da mulher grávida apresentar um dos sinais de perigo.
VISITA 3 – PREPARAÇÃO DO PARTO E PLANEAMENTO FAMILIAR	
	3.1. Preparação do parto 3.2. Transporte de emergência para levar a mulher grávida para ter parto na unidade sanitária 3.3. Kit de parto 3.4. Consulta pré-natal para a mulher grávida 3.5. Ir à unidade sanitária para escolher o método apropriado para o planeamento familiar com ajuda do técnico de saúde 3.6. Usar um método de planeamento familiar 3.7. Saber identificar sinais de perigo na gravidez (fortes dores de cabeça, falta de ar, inchaço da palma de mão ou pé, dores ao urinar, febres, desmaios, dores do baixo ventre, hemorragia sem dor. 3.8. Levar imediatamente a unidade sanitária no caso da mulher grávida apresentar um dos sinais de perigo.

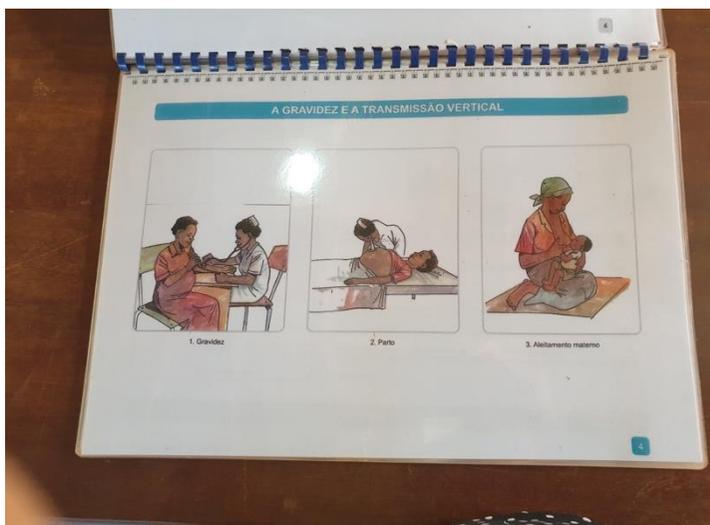
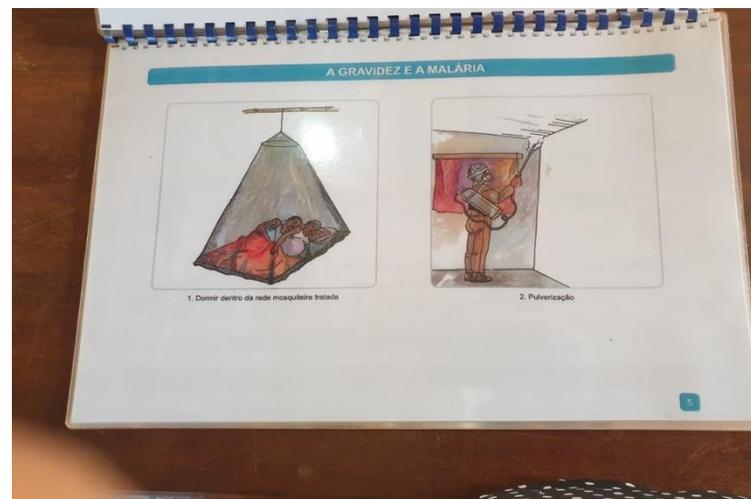


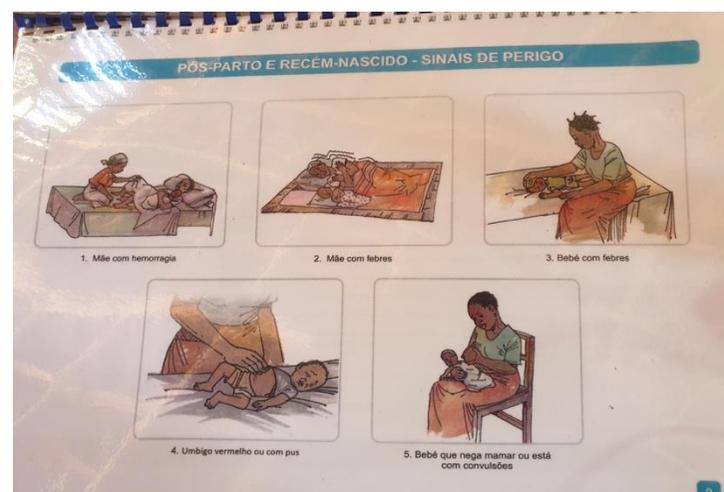
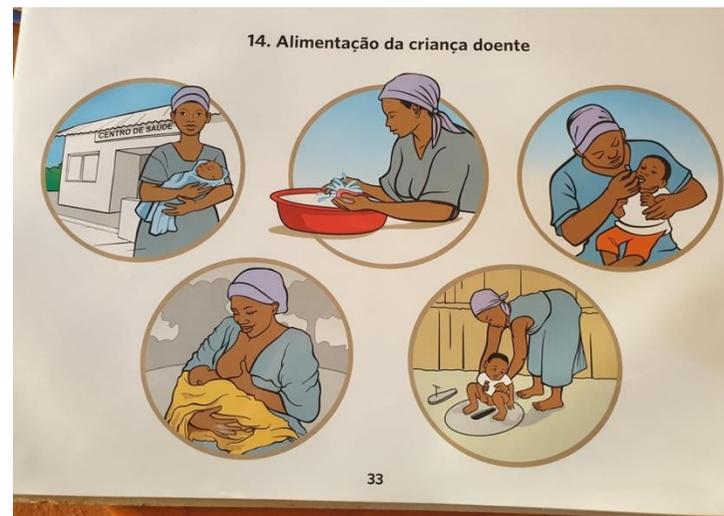
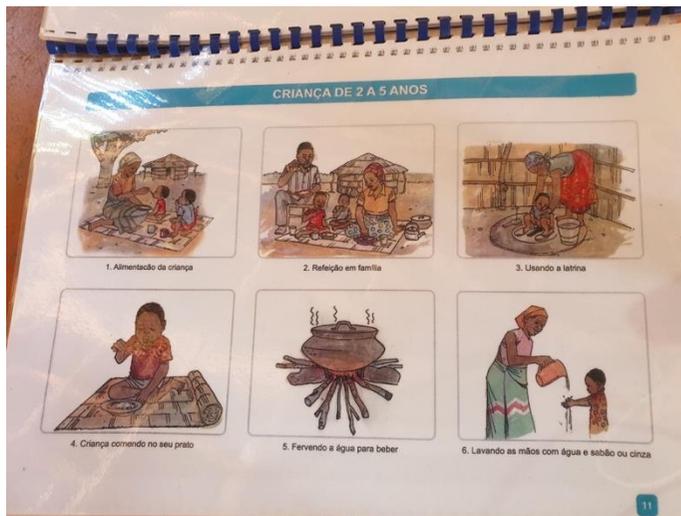


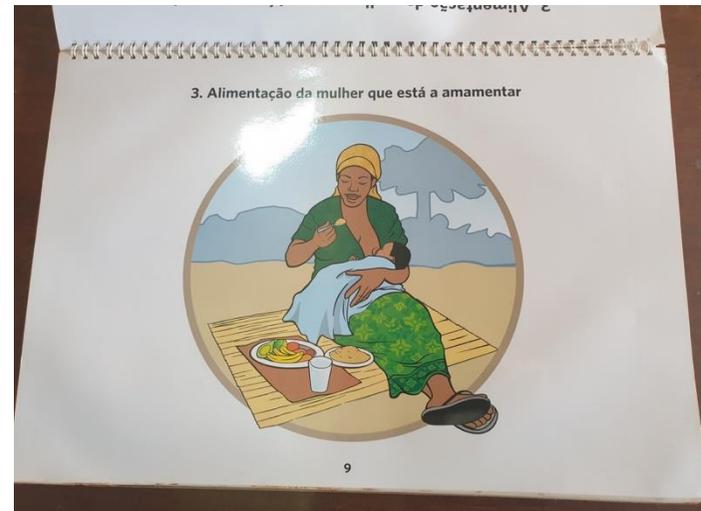
BOYS					GIRLS						
Sex	Age (mon)	Green (Normal)	Yellow (Mid)	Orange (Moderate)	Red (Severe)	Sex	Age (mon)	Green (Normal)	Yellow (Mid)	Orange (Moderate)	Red (Severe)
M	29	13.1	11.7	10.4	9.2	F	29	12.5	11.1	9.8	8.9
M	30	13.3	11.8	10.5	9.4	F	30	12.7	11.2	10.0	9.0
M	31	13.5	12.0	10.7	9.5	F	31	12.9	11.4	10.1	9.1
M	32	13.7	12.1	10.8	9.6	F	32	13.1	11.6	10.3	9.3
M	33	13.8	12.3	10.9	9.7	F	33	13.3	11.7	10.4	9.4
M	34	14.0	12.4	11.0	9.8	F	34	13.5	11.9	10.5	9.5
M	35	14.2	12.6	11.2	9.9	F	35	13.7	12.0	10.7	9.6
M	36	14.3	12.7	11.3	10.0	F	36	13.9	12.2	10.8	9.7
M	37	14.5	12.9	11.4	10.1	F	37	14.0	12.4	10.9	9.8
M	38	14.7	13.0	11.5	10.2	F	38	14.2	12.5	11.1	9.9
M	39	14.8	13.1	11.6	10.3	F	39	14.4	12.7	11.2	10.1
M	40	15.0	13.3	11.8	10.4	F	40	14.6	12.8	11.3	10.1
M	41	15.2	13.4	11.9	10.5	F	41	14.8	13.0	11.5	10.2
M	42	15.3	13.6	12.0	10.6	F	42	15.0	13.1	11.6	10.3
M	43	15.5	13.7	12.1	10.7	F	43	15.2	13.3	11.7	10.4
M	44	15.7	13.8	12.2	10.8	F	44	15.3	13.4	11.8	10.5
M	45	15.8	14.0	12.4	10.9	F	45	15.5	13.6	12.0	10.6
M	46	16.0	14.1	12.5	11.0	F	46	15.7	13.7	12.1	10.7
M	47	16.2	14.3	12.6	11.1	F	47	15.9	13.9	12.2	10.8
M	48	16.3	14.4	12.7	11.2	F	48	16.1	14.0	12.3	10.9
M	49	16.5	14.5	12.8	11.3	F	49	16.3	14.2	12.4	11.0
M	50	16.7	14.7	12.9	11.4	F	50	16.4	14.3	12.6	11.1
M	51	16.8	14.8	13.1	11.5	F	51	16.6	14.5	12.7	11.2
M	52	17.0	15.0	13.2	11.6	F	52	16.8	14.6	12.8	11.3
M	53	17.2	15.1	13.3	11.7	F	53	17.0	14.8	12.9	11.4
M	54	17.3	15.2	13.4	11.8	F	54	17.2	14.9	13.0	11.5
M	55	17.5	15.4	13.5	11.9	F	55	17.3	15.1	13.2	11.6
M	56	17.7	15.5	13.6	12.0	F	56	17.5	15.2	13.3	11.7
M	57	17.8	15.6	13.7	12.1	F	57	17.7	15.3	13.4	11.8
M	58	18.0	15.8	13.8	12.2	F	58	17.9	15.5	13.5	11.9
M	59	18.2	15.9	14.0	12.3	F	59	18.0	15.6	13.6	12.0
M	60	18.3	16.0	14.1	12.4	F	60	18.2	15.8	13.7	12.1



Weight-for-age Standard Table – Boys and Girls 0–59 months (WHO)											
BOYS					GIRLS						
Sex	Age (mon)	Green (Normal)	Yellow (Mid)	Orange (Moderate)	Red (Severe)	Sex	Age (mon)	Green (Normal)	Yellow (Mid)	Orange (Moderate)	Red (Severe)
M	0	3.3	2.9	2.5	2.1	F	0	3.2	2.8	2.4	2.0
M	1	4.5	3.9	3.4	2.9	F	1	4.2	3.6	3.2	2.7
M	2	5.6	4.9	4.3	3.8	F	2	5.1	4.5	3.9	3.4
M	3	6.4	5.7	5.0	4.4	F	3	5.8	5.2	4.5	4.0
M	4	7.0	6.2	5.6	4.9	F	4	6.4	5.7	5.0	4.4
M	5	7.5	6.7	6.0	5.3	F	5	6.9	6.1	5.4	4.8
M	6	7.9	7.1	6.4	5.7	F	6	7.3	6.5	5.7	5.1
M	7	8.3	7.4	6.7	5.9	F	7	7.6	6.8	6.0	5.3
M	8	8.6	7.7	6.9	6.2	F	8	7.9	7.0	6.3	5.6
M	9	8.9	8.0	7.1	6.4	F	9	8.2	7.3	6.5	5.8
M	10	9.2	8.2	7.4	6.6	F	10	8.5	7.5	6.7	5.9
M	11	9.4	8.4	7.6	6.8	F	11	8.7	7.7	6.9	6.1
M	12	9.6	8.6	7.7	6.9	F	12	8.9	7.9	7.0	6.3
M	13	9.9	8.8	7.9	7.1	F	13	9.2	8.1	7.2	6.4
M	14	10.1	9.0	8.1	7.2	F	14	9.4	8.3	7.4	6.6
M	15	10.3	9.2	8.3	7.4	F	15	9.6	8.5	7.6	6.7
M	16	10.5	9.4	8.4	7.5	F	16	9.8	8.7	7.7	6.9
M	17	10.7	9.6	8.6	7.7	F	17	10.0	8.9	7.9	7.0
M	18	10.9	9.8	8.8	7.8	F	18	10.2	9.1	8.1	7.2
M	19	11.1	10.0	8.9	8.0	F	19	10.4	9.2	8.2	7.3
M	20	11.3	10.1	9.1	8.1	F	20	10.6	9.4	8.4	7.5
M	21	11.5	10.3	9.2	8.2	F	21	10.9	9.6	8.6	7.6
M	22	11.8	10.5	9.4	8.4	F	22	11.1	9.8	8.7	7.8
M	23	12.0	10.7	9.5	8.5	F	23	11.3	10.0	8.9	7.9
M	24	12.2	10.8	9.7	8.6	F	24	11.5	10.2	9.0	8.1
M	25	12.4	11.0	9.8	8.8	F	25	11.7	10.3	9.2	8.2
M	26	12.5	11.2	10.0	8.9	F	26	11.9	10.5	9.4	8.4
M	27	12.7	11.3	10.1	9.0	F	27	12.1	10.7	9.5	8.5
M	28	12.9	11.5	10.2	9.1	F	28	12.3	10.9	9.7	8.6







Anexo 2: Segunda Fase do Estudo - Transcrições das entrevistas feitas ao Gestor e Oficiais de desenvolvimento
Projecto de Saúde e Nutrição de Monapo

Blocos de Análise	Questões	Respostas dos entrevistados
<p>1. Desenho do projecto de saúde e nutrição de Monapo</p>	<p>Como se pode reduzir os níveis de desnutrição em Moçambique?</p> <p>(Questão introdutória)</p>	<p>“Segundo aquilo que diríamos na comunidade, é necessário formar grupos comunitários para serem pontos focais de modo a explicar as outras mães na comunidade como confeccionar os alimentos na comunidade. Este grupo no seu todo é composto por trinta elementos, mas na nutrição e nos desvios positivos são quinze, então esses ai cada membro tem famílias a controlar e assim fazem os desvios positivos nas comunidades” (O105)</p> <p>“Para mim o primeiro é empoderar a pessoa local, trabalhar com o pessoal do governo local tendo em conta a questão de sustentabilidade, o governo deve estar envolvido e ser capaz em capacitar as comunidades a sociedade e também fazer o seguimento. porque as próprias mães elas por si tendo em conta aquilo que são os recursos que eles dispõem então as estratégias de mobilização devem seguir aquilo que são as condições locais. Por exemplo aqui existem produtos locais por mais que as pessoas não tenham conhecimento de como confecciona-los de forma correta mas tem la varias fontes de nutrientes necessários que podem também ajudar muito naquilo que é o desenvolvimento da própria criança em todas as áreas nem, intelectual, então para mim, acho trabalhar na base para que sejam as mesmas pessoas a fazerem as coisas com aquilo que elas têm é s melhor maneira” (O208)</p> <p>“Na minha opinião nem, sensibilizações das mães formar mais voluntários ou nas comunidades assim e em varias comunidades e</p>

		<p>isso tinha que ser em todas as comunidades que tínhamos que formar os voluntários para poderem se informar bem sobre a desnutrição e eles irem transmitir nas suas comunidades, eu acho que tínhamos que abranger mais comunidades mesmo porque há outras comunidades que ainda tem outras crianças que precisam disso então a ideia seria de formar muitos em varias comunidades para serem os actores das suas comunidades. E não só formar talvez um dia e outro ensinar como se faz as papas enriquecidas como dar alimentos mas usando os nossos alimentos locais e como preparar para eles saberem que não é só o que compra na loja que se vive bem mas com o nosso produto local e sabendo preparar bem podemos crescer” (O302)</p> <p>“Eu penso que podemos reduzir esse nível de desnutrição através da educação, uma educação nutricional, mas essa educação nutricional tem que ser baseada no contexto local, podemos trazer experiencias de fora mas temos que saber o quê que eles fazem, porque se entramos agora agora nessa abordagem de desvio positivo que consiste em aproveitar o que a comunidade tem, os recursos que tem para reabilitar aquilo que é desnutrição da criança. Nós verificamos que na realidade não são todas as crianças que são mal nutridas existem mães que têm praticas positivas e que têm boas condições mas tem crianças ma nutridas então a metodologia que estamos a usar é essa de colher estas experiencias e ensinar as outras mães que estão no mesmo raio e que têm as mesmas condições, neste contexto é mais fácil agora trazer coisa de fora só pode trazer só para tentar adicionar mas contexto local é mais fácil porque todos os recursos estão la na comunidade, o que que acontece, os projetos que passaram por la traziam os suplementos, traziam os recursos para a comunidade e equipavam as comunidades com panelas e quando o projecto terminou o nível de desnutrição voltou a subir porque eles dependiam do projecto em trazer os recursos mas a criança é minha então esta tem sido uma das metodologias que usamos no contexto local” (C20)</p>
--	--	---

	<p>Qual é o papel destes projectos para a redução dos índices de desnutrição?</p>	<p>“O projecto tem o papel de consciencializar as pessoas não só da criança, mas em comunidade em geral. Falamos em certo de como se alimentar sobretudo na criança que já esta na fase de consumir alimentos, então, o papel da SD tem sido despertar a eles que os recursos suficientes para o crescimento do bebe temos dentro da comunidade só a questão é de como confeccionar” (O105)</p> <p>“O papel dos projectos é na verdade de poder facilitar porque estamos a falar de ONGs primeiramente elas complementam as actividades do governo, então sabemos as condições que o nosso governo tem sobretudo em Moçambique então tendo em conta com essas situações há certas dificuldades porque o governo não consegue responder a todas as necessidades do povo então as ONGs aparecem para flexibilizar aquilo que são as actividades do governo. Então as ONGs desempenham um papel importante neste caso porque vão directamente com o povo com as comunidades interagem sobretudo com as comunidades e que tem ainda essa capacidade de facilitar essa ligação entre as comunidades com o governo vamos expor um caso concreto, temos o governo como o sector de saúde sem meios e quando a ONG chega ela ja tem alguns meios porque também os dois trabalham segundo o plano de desenvolvimento social que tem la dentro, então nós temos que trabalhar com essas pessoas então temos que facilitar esta ligação entre o Estado e a comunidade e facilitar também aquilo que é a entrega dos serviços sociais então este é o ponto forte e eu acho que pode ajudar muito” (O208)</p> <p>“O papel é formar e sensibilizar, nós formamos as comunidades algumas comunidades porque não abrangimos todas e eles também vão formar as comunidades mas também há vezes que o nosso coordenador da área de saúde muitas das vezes ele vai para la e vai formar pessoalmente nem, mas tem voluntários formados especificamente só para isso” (O302)</p>
--	---	--

		<p>“O papel dos projectos é mais para o desenvolvimento da própria comunidade porque se tivermos uma criança subnutrida automaticamente esta criança não vai ter a capacidade de perceber alguma informação ou se a criança (nós estamos a trabalhar ate aos cinco anos) não foi atendida nutritivamente o desenvolvimento intelectual nao vai e automaticamente a comunidade nunca vai crescer, então o papel é este para que ele seja autossustentável e não sempre dependentes. O que a SD faz é ensinar a pescar e depois dai saímos e eles continuam a pescar” (C20)</p>
	<p>Como é feita a adequação das mensagens ao publico alvo?</p>	<p>“Tendo em vista que cada povo tem seus hábitos, usos e costumes, primeiro temos feito a sensibilização comunitária de erradicar os problemas que eles têm que é a desnutrição depois dai forma-se grupos, mas o que é crucial é ai na campanha, para fazer perceber que é necessário sair do habito de fazer empiricamente para o habito coreto sem tirar a alimentação que eles tinham mas sim adequar e colocar os produtos no lugar certo” (O105)</p> <p>“Primeiro existe em comunicação que eu um essencial, mas sou especialista em comunicação, mas eu acho que a língua é o elemento essencial. Quando estamos com a população temos que perceber qual é o nível de informação, nível de acessibilidade de todas as comunidades então, primeiro a língua local desempenha um papel preponderante e depois tem a questão da ligação com aquelas que são as entidades que lideram essa certa comunidade que são lideres comunitários e para alem deste também tem alguns grupos la de confiança na comunidade porque elas são as pessoas que são ouvidas em primeira mão pela própria comunidade então a capacitação dessa pessoas isso facilita ainda mais a disseminação dessa informação das próprias comunidades” (O208)</p>

		<p>“Essa parte ai, nós fizemos o nosso máximo para que a mensagem chegue bem na comunidade mas conhecendo a realidade da comunidade. Talvez tem outros que nem vão dar ali as informações a comunidade que realmente precisam daquela informação então para mim o ideal seria chamar-se por exemplo se um dia terminarmos com isso nem com esse coronavírus que esta nos abrangir chamar-se todas mães da comunidade e ai começar-se a se falar sobre a desnutrição na comunidade e não iríamos escolher so as voluntarias mas sim todas as mães das comunidades” (O302)</p> <p>“Sim a nossa metodologia é essa, as mensagens chaves que estamos a usar é através de um inquérito que fazemos a própria comunidade o inquérito é aquilo que estava a dizer temos uma mãe que tem uma criança bem nutrida então nós fizemos o que as famílias desviantes positivamente, as famílias que têm crianças bem nutridas então fazemos estes inquéritos na área porque antes as pessoas só pegavam a nutrição para a área de alimentação mas como descobriram que existem factores que influenciam na nutrição da criança exemplo a própria educação, a própria saúde da criança, temos próprio afecto participação da criança e a própria alimentação, então o que agente faz na realidade, nós usamos estes quatro áreas e dessas quatro áreas fazemos algumas questões, exemplo: os pais cuidam da criança, qual é a atenção que tem? Então perguntamos uma mãe que tem uma criança bem nutrida, mas num estado económico reduzido e pegamos uma mãe que tem uma criança malnutrida num estado económico também reduzido e fazemos um estudo para depois aproveitar aquelas mensagens daquela mãe que faz com a suas crianças sejam bem nutridas para dar a outra, então é essa metodologia que estamos a usar” (C20)</p>
--	--	--

	<p>São realizadas pesquisas prévias antes da criação de projectos?</p>	<p>“Tivemos o baselines, como posso dizer, o estudo de base que consiste no levantamento de casos esporádicos nas comunidades que analisa se é viável ou não a implementação deste projecto e este projecto não veio por si sozinho, ai temos o patrocínio a criança, então a ajuda da criança em idade escolar e que leva a vir outros projectos para subsidiar o projecto mãe. O projecto mãe é esse de patrocínio a criança, dentro do patrocínio a criança chama outros projecto para engrandecer o caminho do patrocínio a criança que é esse nutrição, agua e saneamento, educação... Sim, apenas alimentação escolar, então estes todos aparecem para subsidiar o projecto mãe” (O105)</p> <p>“Claro, sempre tem feito um baselines porque não se pode avançar com um projecto sem se fazer o estudo então deve se fazer um baseline primeiro para se saber o que esta acontecer e quais são as lacunas la existentes e se houveram outros projectos que passaram, o que que fizeram e quais foram as suas fraquezas, então há sempre essa pesquisa que deve se fazer para assegurar que vamos responder exactamente aquilo que são as necessidades que aquele povo tem mas sempre há um baselines" (O208)</p> <p>“Eu penso que sim apesar que cheguei depois do inicio do programa, eu so entrei no meio” (O302)</p> <p>“Nós temos ferramentas que usamos, primeiro fazemos a própria avaliação nutricional da criança e analisamos as crianças que devem entrar no programa reabilitação nutricional e depois desta avaliação da criança existem critérios que usamos para ver se a criança passa dum fase para a outra e através destes critérios e se a família aceita se a sua criança continue nesse processo e depois os ativistas devem ir fazer visitas para ver se estão a fazer aquilo que aprenderam então se a mãe aceitar participando então medimos assim mesmo. E as que negam participar temos que usar outras metodologias para influenciar</p>
--	--	--

		elas a aceitarem. Então temos a base e temos o fim então no início temos um número de crianças no programa e até um ano conseguimos saber quantas crianças estão a beneficiar o programa de reabilitação” (C20)
--	--	--

<p>2. Implementação e avaliação do projecto</p>	<p>Em relação a campanhas levadas a cabo, que barreiras tem encontrado no processo de mudança do público-alvo?</p>	<p>“Temos muitos desafios na medida de que cada povo acredita na aquilo que vinham já acreditando e estes desafios tentamos ultrapassar a partir dos lideres comunitários, para primeiro este levar a mensagem para seus encontros é dali que podem convidar o projecto para entrar para desenvolver aquilo que eles já começaram a dizer na comunidade e assim temos tentado sair das barreiras. As barreiras que lá existem é de não aceitar que a desnutrição crónica pode ser eliminada ou medicada então, o não aceitar isso evoca alguns preconceitos que leva com que eles acreditem que o projecto vem ali somente para as pessoas que trabalham lá receberem como fosse um lobe para as pessoas terem um pouco mais de salário e não para ajudar a comunidade não acreditando que o projecto não faz grande diferença mas incutindo os lideres eles já começam a perceber a partir das demonstrações e escolha de algumas crianças embaixadoras, escolhemos algumas crianças que são mal nutridas e são acompanhadas com os voluntários comunitários até a saída do quadro clínico que eles estavam para um outro quadro clínico melhor isso, então demonstramos isso e chamamos as pessoas para fazermos ver a diferença que existe entre a criança seguida e não seguida daí eles começam a ver neste sentido já que é possível” (O105)</p> <p>“Barreiras existem nalguns casos umas das questões são alguns aspectos culturais, e depois tem se calhar o nível de negligência nem até certo ponto porque não é daqui para aqui que as pessoas vão assimilar aquilo que aprendem para fazer então pode agente encontrar num e outro caso pessoas que ainda resistem a aquelas mudanças mas depois com o andar do tempo com mais vibração da própria comunidade e as pessoas quando vão vendo o benefício disto as pessoas acabam engrenando pelo caminho” (O208)</p> <p>“Na parte da comunidade, temos muitas barreiras mas isso tem sido em todos projectos mas conseguimos trabalhar porque comunidade é</p>
--	--	---

		<p>sempre assim. Por exemplo quando chegamos aqui era difícil de trabalhar porque as comunidades pensavam que a visão mundial vinha aqui para recolher as crianças para irem vender então naquele tempo de registo tínhamos muitos problemas ate outros pais nao queriam registar seus filhos porque tinham medo e ate agora tem pais com este comportamento, epah porque a visão mundial vem aqui registar as crianças para poderem levar as crianças depois e nós como temos os patrocinadores têm dado alguns presentes nas suas crianças então é normal ir buscar cheque porque tenho medo ir buscar esses dinheiro porque não é possível mi darem dinheiro só então se dão alguma coisa é para outro dia virem levar. São muitas barreiras mas agora aqui por causa deste corona vírus aqui todos voluntários de todas áreas pedimos para sensibilizar e com os apoios que estamos a dar agora as comunidades já estão a ver que aquilo que nós tínhamos não era real ate outros vão na casa dos nossos voluntários epah quero registar meu filho então são essas barreiras que tínhamos e tem outras pequenas barreiras mas a principal era essa” (O302)</p> <p>“A barreira que temos encontrado é que tudo aqui é novo porque antes as comunidades recebiam tudo dos projectos então para fazer a mudança do comportamento é uma barreira que nos temos, então usamos a metodologia da pessoa certa no momento certo. Outra parte também, falamos que a visão mundial trabalha em sítios onde as crianças são mesmo vulneráveis, em sítios distantes onde a assistência de saúde não chega, então quando estamos a trabalhar na área de nutrição, temos que desparasitar a criança e dar a vitamina A então temos tido dificuldades em ter técnicos especializados para nos apoiar la naquelas zonas distantes, as vezes temos que arranjar combustível para fazer brigadas moveis mas não tem sido fácil para chegar la porque o MISAU disse que todas as crianças no estado severo devem automaticamente serem referidas a unidade sanitária, como vamos aconselhar a comunidade que já esta a 20km da unidade</p>
--	--	---

		<p>sanitária que a criança depois da avaliação deve ir a unidade sanitária, então uma das barreiras que temos é esta. Outra parte também é da alimentação porque para apoiarmos as comunidades somos obrigados a saber o que eles têm em que época e ajudar a fazer os menus para ter mais a menos um prato extra para reabilitar aquela criança então há muita dificuldade em encontrar alimentos adequados para se fazer um bom menu para a criança no decurso também as vezes trabalhamos numa área com dez mães e por vezes podem aparecer uns 50% das mães, outra barreira que temos tem sido os homens os maridos neste sentido os que têm poder, para convencer o homem que deve tirar aqueles alimentos para criança tem sido um grande problema para deixar como ovos e outros e liderança também podem estar connosco e depois eles querem ganhar alguma coisa porque quando há duvida do projecto a comunidade vai para a liderança perguntar e se a liderança não estar satisfeita em termos de algum incentivo então cria barreira, são desafios que temos” (C20)</p>
--	--	--

	<p>Como tem sido o processo de avaliação das campanhas em relação a mudança comportamental?</p>	<p>No fim de cada implementação do projecto, passa la o DMNi da monitoria e avaliação ele vai analisar a comunidade numa forma aleatória com inquéritos. Vai para com as pessoas que ao estavam envolvidas neste processo de nutrição para colher a sensibilidade se já ouviu falar e que impacto tem isso. Se as pessoas que la transmite o conhecimento e se esses também levam para as outras pessoas alem da sua casa neste sentido colhem e fazem somatório das informações e tiram conclusões” (O105)</p> <p>‘Nós temos o procurement alias, nós DMI é o Departamento de Monitoria e Avaliação tendo em conta aquilo que são os parâmetros desenhados para este projecto vai fazendo um follow up através dos inquéritos de probabilidades para ver qual é o nível de satisfação dessas pessoas então sempre deve se fazer um estudo continuo porque monitoria avaliação deve trabalhar continuamente e nós quase todos meses temos que dar contas a monitoria e avaliação em todas as actividades quanto nós fazemos e não só nalguns casos temos tido auditorias não só de contas mas também o decorrer de todas as actividades desenvolvidas se na verdade se isso que se esperava foi isso que foi planificado e esta sendo feito” (O208)</p> <p>“Para mi há uma mudança nas comunidades, por exemplo a muito tempo para uma mãe levar a criança ao hospital não era fácil agora aqui os nossos voluntários de saúde por exemplo quando nos diz que, nos falam que tem uma criança que esta doente eles pensam que a missão da SD é levar o carro ir levar criança no hospital e ai nós dizemos que não, a nossa missão não levar o carro para levar a criança ao hospital, mas você como voluntario deve sensibilizar a essa família para poder ir só hospital então eles estão a fazer isso, por exemplo para mim quando os voluntários ligam para mim e a criança fulana esta esta eu digo comunica com voluntario fulano se juntam e vão sensibilizar aquela para levar a criança no hospital e realmente levam</p>
--	---	---

		<p>e mi trazem resultados e pa aquela criança que estava doente já melhorou... Fizemos relatórios de tudo que acontece na comunidade e há vezes que em grupos de monitoria e avaliação que vem trabalhar com a comunidade para ver como a comunidade se sente depois da chegada da SD o que mudou e o que não mudou e como vocês se sentem” (O302)</p> <p>“Verificamos isso quando ela segue inteiramente os conselhos, não só na criança em caso, mas também se fazer o mesmo com próxima criança que vão fazer, porque fazem filhos de dois em dois anos, a próxima criança nascer bem porque ela teve aconselhamento em todo processo de gestação e isso mostra que acatou o programa. A outra é que muitas mães que participam no programa são as mesmas que se voluntariam e começam a aconselhar a outras mães nas outras comunidades então são essas metodologias que analisamos para concluir que essas mães estão a acatar o programa” (C20)</p>
	<p>Que desafios encontrou no processo de implementação das campanhas? E que melhorias acha que devem ser propostas?</p>	<p>“Primeiro, o desafio é de que nós podemos pedir por exemplo para uma comunidade preparar uma comunidade uma campanha e sensibilização e falamos com a comunidade. Os pontos de preparação passam primeiro pelos líderes comunitários e assim estes por sua vez passam a informação para os líderes comunitários de pequeno escalão e a informação se difunde numa forma preliminar e aí marca-se o encontro de massas populares e os conselhos em si, isto porque nas campanhas de sensibilização os conselhos estão lá dentro. Entrave que nos temos é que nem todos os líderes acatam as mensagens passa primeiro por consciencializar os líderes comunitários porque são pessoas acreditadas na comunidade porque se eles não aceitam teremos dificuldade na comunidade acatar a informação” (O105)</p> <p>“Falar dos desafios, eu acho que não vou falar tanto daquilo que eu falei quando estávamos a falar de barreiras é a questão e é essa mesma</p>

		<p>situação, ou uma espécie de negligencia não sei por ignorância talvez mas há esse tipo de situações que encontramos no decorrer das nossas actividades então o que que agente faz, nós ainda continuamos a interagir muito com a liderança local e não só tem aquilo que chamamos de rool moodel, em algumas casas já passaram por algumas dificuldades que através de aquele tipo de actividade que implementamos houveram melhorias então essas pessoas podem sair a testemunhar e isso acaba ainda mais motivando as pessoas e trás mais credibilidade para tais pessoas... Eu não gosto muito de usar este termo de baixo nível de escolaridade porque existem pessoas estudadas que são negligentes, pode sim ser o caso mas também nem sempre, digo assim porque encontramos pessoas negligentes mas que já foram para escola e que tem um nível minimamente aceitável que não seguem as normas e também por outro lado encontramos pessoas que nunca foram a escola mas que conseguem seguir as normas então eu acredito que isso é uma questão mesmo de atitude comportamental de determinados indivíduos e não necessariamente que seja o baixo nível de escolaridade... Neste processo eu proponho como melhoria potenciar muito mais as próprias bases neste caso, nas comunidades tem lideranças locais e nessas lideranças locais sempre tem alguns representantes aí então se trabalharmos muito com essas pessoas a probabilidade de difundirem as informações necessárias em todas reuniões sejam familiares assim como comunitárias e não se esquecendo a hipótese de utilizar muito a educação porque a educação desempenha um papel extremamente importante na difusão da informação, mudanças em vários aspetos quer culturais então também potenciar estas mensagens na escola porque a própria criança quando chega na escola acaba aprendendo e por sua vez ela pode transmitir ao seu próprio pai então potenciar muito nas crianças e não nos limitarmos só nos adultos então através das escolas, professores, capacitar professores e forma que eles nas suas lições uns cinco minutos falem se calhar numa determinada área de como são os</p>
--	--	---

		<p>alimentos necessários, como evitar a desnutrição e como desenvolver o corpo, então eu acho que é muito importante, envolver as crianças outro aspecto que não é menos importante é envolver os líderes religiosos porque nas nossas comunidades tem regiões e tem religiosos lá também então quando agente envolve esses líderes religiosos eles vão disseminar essas informações aos demais, e ainda tem mais aquelas que chamamos de matronas (conselheiras de ritos de iniciação) essas também desempenham um papel muito importante porque nas comunidades quase toda agente vai para o rito de iniciação então se chega no rito de iniciação aqueles conselheiros e estão dotados dessas informações então acredito eu que vão disseminar muito mais” (O208)</p> <p>“Desafios que eu tinha são aquelas barreiras que falei no princípio e para melhorarmos aquilo temos uns jovens com visão na visão mundial lá em Nampula outra vez sugerimos que eles viessem só que como estamos nesse corona vírus, já estamos a ultrapassar os problemas que estávamos a enfrentar porque realmente a comunidade viu que a SD veio para ajudar a população mas para aqueles que ainda tem essa mentalidade nós pensamos em chamar uns jovens com visão, mas os grupos de voluntários das comunidades pensamos em fazer de novos as sensibilização para podermos ver os problemas da comunidade mas agora os problemas não são muitos porque a comunidade viu que aquilo que pensávamos agora não é isso” (O302)</p> <p>“Nós estamos a trabalhar num programa em que este programa depende de patrocinadores extras que de boa vontade dão dinheiro porque levamos uma criança da comunidade como embaixadora, então aquela criança deve ser acompanhada e no qualquer problema que acontece naquela comunidade os líderes devem nos avisar, mas o que acontece? Quando entramos pedimos autorização ao governo e o governo tinha que estar em frente mas eles nos deixam ir em frente</p>
--	--	---

		<p>então este constitui também um desafio, mas mesmo eles tendo informações em primeira eles não nos falam e não nos apoiam. Uma parte para melhorar é a parte da advocacia, porque o programa é muito bom, basta o governo nos apoiar não teremos problemas” (C20)</p>
<p>3. Papel das acções de comunicação na prevenção e combate da desnutrição crónica.</p>	<p>Este projecto é suportado em um modelo ou uma teoria de mudança comportamental?</p>	<p>“O modelo de nutrição que estamos a dar seguimento na comunidade é o modelo de 7group que consiste em que cada membro deve ter no mínimo sete famílias e no fim os seguidores devem dar testemunho no sentido de que no meu grupo os seguidores trouxeram mais membros para o grupo, e isso revelou a capacidade de influenciar pessoas e da dinamicidade do trabalho. Os seguidores são os membros comunitários e não membros da SD, nós da SD damos output da informação, dando assim o poder a comunidade” (O105).</p> <p>“Claro que modelo nós temos, nós temos varias Acções seguindo aquilo que são as nossas normas de como proceder” (O208)</p> <p>“Sim, agora vimos que temos que empoderar a comunidade estamos a fazer um trabalho para que a comunidade se um dia a SD sir para que elas possam trabalhar sozinho então estamos a fazer de tudo para eles não serem dependentes e não pararem porque a SD saiu, estamos a empoderar a comunidade” (O302)</p> <p>“Não sei mas usamos um manual, não sei se nesse manual tem mais ao menos essas teorias mas são manuais que tem autores e penso que deve ter essas teorias, mas penso que não é possível ter esse programa todo sem um teoria, é um manual orientador, porque a dois anos atras apresentamos um estudo com meu chefe na Uni Lúrio na feira de saúde tem sido de dois em dois anos” (C20)</p>

	<p>Como é que as técnicas e meio de comunicação são importantes para o processo de mudança comportamental?</p> <p>E que técnicas e meios de comunicação tem sido usados?</p>	<p>“Sem boa mensagem nós não temos trabalho, passa primeiro por estruturar a mensagem de modo que a mensagem quando chega ao consumidor por si mesmo fale e o receptor co siga dar replica daquilo que ouviu, então a mensagem deve ser simples e concisa para que a comunidade consiga receber a mensagem e fazer as deduções de acordo com os objectivos do projecto. Por exemplo, os encontros permanentes com os lideres comunitários, encontros com os voluntários comunitários, com os seguidores, o uso dos megaphones (nao temos TV e a radio não é muto evocada la) então usamos cartazes, imagens, a demonstração de confeção dos alimentos mostrando os tipos de alimentação, a quantidade, o tempo de conficionamento mas antes também temos que demonstrar, primeiro demonstramos e mostramos o que nós demonstramos... Primeiro emponderamos os voluntários comunitários, formamos os voluntários formamos no âmbito de comunicação assim como na própria área de nutrição. E por sua vez estes voluntários comunitários são responsáveis por formar grupos comunicativos da comunidade e estes grupos comunitários da comunidade são responsáveis por difundir a informação para outras áreas e bairros da comunidade, então o primeiro que é formado aqui torna-se supervisor na comunidade e nós colhemos informações a partir do voluntario comunitário que sai daqui formado e nós vamos la apenas para dar suporte, sobretudo nas dificuldades que a comunidade tem mas a voz da comunidade são os voluntários e os lideres comunitários. O eco de la sai a partir desses dois canais” (O105)</p> <p>“São importantes porque elas facilitam aquilo que é a transmissão da informação para a mudança de comportamentos que visam ainda garantir o desenvolvimento ou a melhoria das condições de vidas das comunidades...Nós usamos muito empowerment (empoderamento) e também usamos a sensibilização e fora dessa também temos as capacitações que chamamos de treinamento. Nós não usamos radio e</p>
--	--	---

		<p>nem a televisão devido ao meio específico em que estamos então usamos os meios locais por exemplo os megaphones e outra coisa usamos muito panfletos para acompanhar quando alguém estiver a dar uma capacitação ou sensibilização deve ter um documento que orienta para que eles não saiam daquilo que constitui norma” (O208)</p> <p>“Só sensibilizações só”...Usam algum meio de comunicação? Temos cartazes, microfones, as vezes quando fizemos um trabalho chamamos a televisão para fazer a o trabalho e temos uma pessoa responsável de comunicação em Nampula” (O302)</p> <p>“Temos o dialogo também usamos as palestras, mas chegamos na comunidade e sabemos que a comunidade não é cabeça vazia, tudo que falamos primeiro perguntamos a eles se já ouviram falar, aconselhamento na pessoa certa e no momento certo. Contamos historias, negativas, positivas e dai a comunidade em si começa a julgar que afinal o tenho feito não é bom e dali surgem as mudanças comportamentais, exemplo agente lê uma historia duma mãe que não vai à consulta pré-natal e quais foram as consequências e também duma mãe que foi a consulta pré-natal e qual foi a consequência então a própria mãe avalia e não fazemos só com a mãe pedimos também a presença de pessoas que influenciam como o marido assim como a mãe da mulher gravida. E também temos um livro de visita que tem o registo de compromisso, que usamos como maneira de forçar a mãe a ir à consulta pré-natal, chamamos de aconselhamento baseado em dialogo” Como vocês ensinam as mães a diversificar e organizar os alimentos? “Fazemos primeiro estudo do mercado chamamos de alimentos existentes em cada e fazemos mapeamento da comunidade e através disto sabemos onde tiram agua, e analisamos o que existe no mercado e os seus respectivos preços mínimos para fazer a negociação, depois disso fazemos o menu e damos as mães e usamos aquele cartaz da saúde que vem os tipos de alimentos e a partir do que</p>
--	--	---

		<p>tem construímos um menu com os recursos que tem e através daquilo fazemos um prato a partir dos alimentos das comunidades...ensinamos a função de cada alimentos, os que ajudam a criança a crescer, a ter mais saúde mas sempre com alimentos que tem na comunidade. Também fazemos estudos socioeconómico para ver no mínimo as condições socioeconómicas dos membros porque la nas comunidades tem pessoas que tem condições e os que não tem tantas condições, mas muitas vezes é mais fácil aconselhar alguém que tem condições para se comportar como alguém que não tem condições porque se ele tem condições como tem uma criança ma nutrida? Mas aconselhar alguém que na tem condições com a metodologia de alguém que tem condições não é fácil, então a metodologia mínima que usamos é duma mãe que não tem condições, mas tem uma criança bem nutrida, são essas mensagens que passamos la” Quem faz os cartazes? “Nós elaboramos os cartazes junto com a saúde porque trabalhamos em parceria com a direção distrital de saúde e submetemos a DPS para aprovação” Os cartazes têm feito com a língua local? “A recomendação é de se fazer com a língua local mas ainda fazemos com a língua portuguesa mas a interpretação tem sido totalmente na língua local, este também é um desafio, ate vem no orçamento” Tem usados outros meios “Temos megaphones, usamos rádios, mas noutra área de gestão de riscos. Na área de nutrição não temos programa na radio, mas tem outros projectos que tem programas nas rádios, mas este ainda não temos” (C20)</p>
	<p>Que Acções tem sido mais eficazes para o processo de consciencialização?</p>	<p>“É difícil evocar assim tao direito...São mães maioritariamente iletradas, primeira coisa e constitui grande barreira, muitas delas têm a 7classe a ou 5 classe, então a informação que temos como científica precisamos de deduzir ate ao nível deles é a primeira fase e esta dedução deve ser acompanhado com pratica, muita pratica e pouca escrita e os cartazes que vem tem pouca coisa escrita e muita demonstração, então as demonstração conseguem falar muito e facilita</p>

		<p>a percepção deles para levar a comunidade, mas o desafio como barreira é o nível académico... Eu acho que estas Acções não funcionam numa forma isolada mas sim uma integrada a outra porque se eu falo que vou falar a uma mãe como preparar uma papa enriquecida eu tenho que incutir a ela a importância de uma papa enriquecida, assim ao incutir a ela a importância de uma papa enriquecida estou a fazer marketing dessa papa enriquecida face ao desenvolvimento da criança que é ma nutrida e eu acho que isso deve ser conjugado” (O105)</p> <p>“A questão de capacitação, essa coisa de comités e outros grupos la existentes eu acho que é algo viável porque nós estamos a entregar o poder a própria comunidade então eu acho que esta é a melhor técnica” (O208)</p> <p>“O projecto tem vários compartimentos, mas na área de saúde posso não saber bem porque muitas das vezes eu só comunico a comunidade porque temos o coordenador técnico que trabalho inteiramente com a saúde... a SD tem vários compartimentos porque tem área de saúde, área de agricultura, área de nutrição, tem área de proteção a criança e tem área de Sponsochildren, então esse de registo de criança é de sponsochildren e é que é o projecto mãe então eu trabalho o (C20) e eu como DO (Oficial de desenvolvimento) tenho que trabalhar em todas essas áreas”</p> <p>E na área de nutrição o que fazem especificamente? “Na área de nutrição ensinamos como fazer as papas enriquecidas, como preparar os alimentos, como lavar bem os alimentos, como alimentar a criança e quantas vezes por dia e mobilizar as mães que sempre que a criança adoecer deve levar para hospital” (O302)</p> <p>“Na verdade, tudo é desenhado. É preciso que os activistas sejam fieis</p>
--	--	--

		<p>com as comunidades. O que tem mostrado a sustentabilidade é a prestação das contas, e deixar a comunidade a liderar o processo e dizer a verdade, esta é uma das metodologias e nós no mínimo criamos condições para o sucesso do programa porque tudo depende da comunidade, e deve-se saber elogiar as mães que conseguiram reabilitar suas crianças para serem mães modelos e levamos a outras comunidades, fazemos também em sistema teatral encenando todas realidades e experiencias de Nacaroa, Muecate” Quem trabalha diretamente com as mães? “Em principio trabalhamos com as mães e la as mães se escolhem que este pode ser o nosso representante e este que chamamos e damos a capacitação e torna-se ativista e dá continuidade dos trabalhos e depois nós ficamos como supervisores, a controlar as dificuldades que ele estiver a encontrar” Quais são as actividades concretas que são desenvolvidas com a comunidade? “<i>Na alimentação infantil e complementar</i> vem mais com aconselhamento nutricional, explicam como a mulher grávida deve se alimentar e ensinam as papinhas enriquecidas e se forem avaliadas que já estão a passar para a fase moderada então passam para o <i>desvio positivo</i> que faz a lareira de 12 dias com as mães se as crianças tiverem com um problema que precisa de um tratamento específico, aqui no desvio positivo primeiro deve se ver se tem as condições para o desvio positivo porque as mães devem trazer os alimentos para fazermos os menus para alimentar as crianças naquele período, ver se a comunidade tem água saudável para alimentação, se os serviços de saúde não tiver em condições de dar os suplementos como a vitamina e todo aquele quit, se a população é nómada então pior não se consegue quase fazer nada, são formados os supervisores do desvio positivo, os supervisores do desvio positivo junto com o técnico vão formar os voluntários e dos voluntários são escolhidos os supervisores de nível 2 e dão vai se fazer uma lareira de dois a dois e cada voluntario deve ter umas cinco maes e em doze dias eles fazem as papinhas enriquecidas mas existem normas que são aquelas</p>
--	--	---

		<p>contribuições então no primeiro dia pesam a criança para ver o peso e para depois analisar se a criança esta ganhar quilos ou não, se a criança não consegue ganhar o peso para nós se torna preocupante e temos que investigar baseados todas aquelas quatro áreas de depois de descobrir e recorremos a como contornar essa barreira de acordo com o nível de problema. Mas depois de 12 dias os grupos vão para casa, mas se baixou o peso para um nível crítico automaticamente vão para a unidade sanitária. E lá em casa os voluntários vão fazendo visitas domiciliares para ver o que esta acontecer com uma ficha de visita que completam. Então cada área eles aconselham com uma negociação, e depois de um mês também voltam a pesar para ver se depois dos 12 dias a criança aumentou o peso ou não, depois de três meses também pesam a criança e daí faz-se uma avaliação comum e daí vão para outro grupo” (C20)</p>
	<p>Que ações criativas tem tido maiores resultados diante das barreiras culturais e económicas dos público-alvo?</p>	<p>“Ao falar de barreiras talvez podemos evocar nas barreiras porque quando lançamos as mensagens a primeira coisa que aparece são as barreiras. Exemplo quando estou a falar que para fazer papas enriquecida temos que ter ovos, amendoim, farinha de milho ou mesmo de mapira que vocês têm, e aconselhamos também que a própria farinha é boa para papas já que vocês frequentemente a farinha mais próxima é de mapira podem usar a mapira, então perguntam como vamos comprar o ovo? Como podemos comprar o óleo. Então uma das saídas que temos para essas barreiras é instituir la o grupo de poupanças para não dizer criem galinhas, nós sabemos que amendoim sai das machambas então aqueles que não têm amendoim o que podem fazer. Então uma das barreiras saímos através do grupo de poupanças. Mas existem aquelas que tem crianças crónicas nós sabemos que tem alguma coisa como produção aderir o grupo de poupança e a sua poupança pode converter em comprar o ovo, o açúcar o óleo” (O105)</p>

		<p>“Sim, mas como a SD é a maior organização no mundo e a nossa organização é diferente de outras e temos algo que nos identifica e temos nossos princípios, nossos valores e nossa visão diferente da visão de outros programas, uma das quais nós valorizamos o pobres, nós somos as pessoas que vivemos a realidade, nós estamos por exemplo a viver aqui independente das condições em estamos submetidos viemos para cá e aceitamos viver aqui porque esta é a nossa realidade porque é necessário viver na base e viver o quotidiano do nosso alvo e nos sentimos dentro deles e um dos pratos fortes é a língua local então essa aproximação dos nossos programas com o público alvo é o mais precioso nisso” (O208)</p> <p>“Acho que é o desvio positivo” (O302)</p> <p>“Uma das Acções é a visita domiciliaries usando critérios duma mãe que teve comportamento positivo e ter a capacidade de influenciar e dar esperanças a mãe e dar boas ideias a mãe de acordo com as condições e recursos que tem” (C20)</p>
	<p>Alguma vez já ouviu falar do marketing social?</p>	<p>“Já ouvi falar sim... Implicitamente nós usamos nas formações e a própria pessoa pode usar sem saber que esta usando o marketing social. Por mim consistia em persuadir alguém a aderir aquilo que eu trago como produto e garantir a pessoa que usando o produto que eu tenho você vai melhorar doravante a sua vida então ele vai mentalizar e vai consciencializar aquilo que ouviu e será fiável para ele” (O105)</p>

Anexo 3: Terceira Fase do Estudo - Transcrições das Entrevistas feitas das mães

gestantes e mães de crianças de 0 a 5 anos de idade, pertencentes as zonas de Netia e Itoculo do Distrito de Monapo.

Blocos de Análise	Questões	Respostas dos entrevistados
4. Perceções sobre nutrição	Quais são os riscos e consequências associadas a desnutrição?	<p>“Cria doenças, a criança nao cresce bem” M1</p> <p>“Uma criança ma nutrida é criança que a mãe não alimenta bem, depois da nascer aquela criança, antes de completar dois anos começa lhe dar papinhas e agua e depois a barriga enche, sim, depois essa criança é uma ma nutrida, depois de nascer essa criança devia lhe esperar completar seis meses depois começar lhe dar papinhas e agua....Se a criança ficar doente, devemos mandar no hospital, controlar aquela criança se esta de boa saúde ou não” M2</p>
		<p>“A criança não cresce e nem desenvolve bem” M3</p> <p>“Iria apanhar outra doença” M4</p> <p>“A criança fica doente e se não for tratada pode morrer... Nesses dias a criança esta bem. E isso difere muito com o esta agora”</p>

		<p>M5</p> <p>“Pode ficar doente...” M6</p>
	<p>Que acções devemos tomar para reduzir a denutrição cronica?</p>	<p>Para a criança tirar essa doença, é necessário alimentar a criança com boas alimentação, celeste (arinha de milho), fazer papas com amendoim pilado, fazer carril de amendoim, comer matapa de moringa, comer verduras, juntar diferentes tipos de verduras (espinafre, folhas de abobora) para dar crianças porque ajuda a criança no seu crescimento e na defesa contra as doenças. (M1)</p> <p>“o que aprendi la, 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 deve mandar no hospital fazer controle” M2</p> <p>“Nos falam que se uma criança completar seis meses temos que juntar papinhas com amendoim pilado e torado, papas enriquecida” M3</p>

		<p>“Temos que apostar na higiene pessoal e colectiva, enriquecer a alimentação das crianças para não apanhar doenças mi informaram la onde nos aconselham” M4</p> <p>“Devemos alimentar com papas enriquecidas, e as outras alimentações sobretudo as folhas verdes” M5</p> <p>“Apenas temos que fazer pelo mesmo caminho que percorremos, dar boa alimentação a criança, higiene e tudo que aprendemos la no Atelier” M6</p>
	<p>É importante ter uma boa alimentação durante a gestação?</p>	<p>“Sim, para a criança nascer com boa saude” (M1)</p> <p>“Sim, para a mae e o bebe ter boa saude” M2</p> <p>“Não pode ficar sem comer nada porque toda alimentação que a mãe come ajuda a criança” M3</p> <p>“Sim, é muito importante comer bem para bebe nascer bem e não ficar doente” M4</p> <p>“Slim...” M5</p> <p>“Sim, comer tres vezes no dia” M6</p>

	<p>A boa alimentação durante a gestação pode ajudar a combater a desnutrição nas crianças? Que alimentos devemos consumir?</p>	<p>“Participei 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 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 de amendoim, comer amendoim, ovos, papaia, feijão coute, laranjas, verduras, as vezes carne... o meu filho nasceu com boa saúde” M1</p> <p>“sim, o que eu recorde até é depois de ficar de estado deve andar no hospital até nascer aquela criança e completar dois anos, então este espaço todo disseram que é mil dias? M2</p> <p>“Aprendi que além dessas papas de amendoim torrado e pilado, temos que fazer papas com moringas, ovos, amendoim, pouco óleo, e pouco açúcar e em frente se estiver grande podemos dar banana, papaia, ovos, comer carne de acordo com a idade M3</p> <p>“Sim... Matapa de amendoim com celeste..” M4</p> <p>“Sim...” M5</p>
--	--	--

		<p>“Temos que fazer matapa de mandioqueira e de moringa...” M6</p>
<p>2. Comportamentos e Atitudes face as campanhas</p>	<p>Como tem sido a sua rotina diária e dos seus filhos?</p>	<p>“De manha lavo cara, varrer patio, e lavo pratos. Facó matabicho para as crianças. Os dias que tenho que ir a machamba, lavo a cara e vou. A volta facó almoco para as crianças. Os dias que tem sitio para conversar, saio e depois volto para fazer jantar” M1</p> <p>“Depois de acordar lavo minha cara pego minha enxada vou na machamba, no regresso de la preparo almoço e vou no posso, depois dai são conversas.... se haver uma pessoa para mi trançar mi transa preparo jantar e depois vou dormir, ou assistir vídeos,” M2</p> <p>“Quando acordo vou escovar e lavar cara, e facó o mesmo para as crianças, vou na machamba e quado 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</p>

		<p>esperamos o jantar anoite” M3</p> <p>“De manha matabicho se tiver, e muito mais nos dias que não tenho madrugado na machamba mas nessas circunstancia de madrugar na machamba assim que eu volto se for cedo faco papas para a criança porque torna dificil madrugar fazer papas, faco almoço e as 15h papas e jantar anoite” M4</p> <p>“Acordo, lavo a cara e escovo a mim e aos meus filhos. Pego enchada e vou a machamba. Depois de voltar preparo comida para os meus filhos. Vou ao momento de entretenimento. Depois volto e prepare o jantar e vou dormir” M5</p> <p>“De manha: Lavo cara, escovo, varrer fora e dentro, lavar pratos, lavar roupa e ir a 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</p>
		<p>“Alimentação é complicado. Ultimamente caril tem sido dificil. Mas arranjamos maneiras para ter no mínimo três refeições, matabicho, almoço e jantar... No almoço farinha de mandioca seca, folhas de mandioqueira... No jantar, se não tiver maneira repetimos, em muitas vezes comemos a mesma coisa... Servimos a</p>

	<p>Que alimentos tem dado aos seus filhos? Quantas refeições por dia a sua família faz?</p>	<p>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</p> <p>“Normalmente são três, matabicho, almoço e jantar. Se for num Domingo consigo (fazer três refeições)... “iiii meus filhos comem laranjas, babanas, papaias, xima de cacarata, farinha de milho.....) Caril, matapa, nikussi um dia, feijão e feijão cute” M2</p> <p>““Duas vezes... xima de cacarata, de milho (celeste) matapas, nikussis” M3</p> <p>“Por mim, enquanto tinha condições gostaria que comesse cinco refeições por dia. De manha matabicho se tiver, e muito mais nos dias que não tenho madrugado na machamba mas nessas circunstancia de madrugar na machamba assim que eu volto se for cedo faco papas para a criança porque torna difícil madrugar fazer papas, faco almoço e as 15h papas e jantar anoite. Lhe dou xima mas de cacarata porque quando lhe dou xima de farinha de milho a criança não gosta, com matapa, mesmo cozinhando peixe essa criança não gosta só gosta de matapa” M4</p> <p>“Fazemos duas vezes. Eu alimento com</p>
--	---	---

		<p>xima de farinha de milho e de mapira com nikussi, feijão cute, banana, papaia” M5</p> <p>“Fazemos refeições três vezes, de manhã, de tarde e de noite...De manhã damos papas de farinha de milho, de tarde xima com matapa, feijão cute as vezes carne de galinha, carracata também” M6</p>
	<p>Considera que o projecto ajudou a melhorar os casos de desnutrição? Quais benefícios trouxe para a vida da sua família?</p>	<p>“Apenas nos aconselharam, só palavras” M1</p> <p>“Sim porque eles costumam nos reunir e nos informar isso” M2</p> <p>“Sim, porque antes fazíamos sem saber, mas agora já temos ideia de o dar nas crianças de acordo com idade”M3</p> <p>“São muitas coisas que mudaram, por exemplo não tínhamos casa de banho, mas quando fui para la recomendaram para ter casa de banho e agora já se fez e temos, faco limpezas rigorosamente no pátio, higiene pessoal e de casa e como preparar os alimentos” M4</p> <p>“Aprendi a fazer papas enriquecidas que eu não sabia fazer” M5</p> <p>“Trouxe muitos benefícios, aprendi a fazer papas enriquecidas, dar banho as crianças,</p>

		lavar roupa de crianças também” M6
	Que veículos e meios acha que foram mais eficazes?	<p>“ Sim...”M1</p> <p>“sim, o que eu recorde ate é depois de ficar de estado deve andar no hospital ate nascer aquela criança e completar dois anos, então este espaço todo disseram que é mil dias? M2</p> <p>“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</p> <p>“Conselhos de higiene pessoal coletiva sempre lembro” M4</p> <p>“Aprendi a fazer papas enriquecidas que eu não sabia fazer” M5</p> <p>“A principal que dou para as mães é de pedir para ir aos programas de sensibilização para aprender a fazer papas para bebe” M6</p>
3. Intenção de agir em conformidade		<p>“O reforço é necessário, mas as condições não permitem”M1</p> <p>“Deve melhorar sim, porque tenho alguma</p>

	<p>Considera a sua rotina alimentar adequada? O que deve melhorar na sua rotina alimentar da sua família?</p>	<p>coisas ainda em falta. Porque eu costumo a cozinhar agua e sal, e falta cebola, óleo e outras coisas”M2</p> <p>“Não, mas a desgraça é que é maior. Nós somos pobres, o que pensamos é pedir apoio ou se os nossos maridos trabalhassem ai teríamos tempo de ficar em casa a preparar matabicho para nossos filhos, mas o pouco que produzimos não tem sido suficiente”M3</p> <p>“Por mim, enquanto tinha condições gostaria que comesse cinco refeições por dia” M4</p> <p>“Sim deve melhorar, como se tivesse condições para comprar leite de bebe, ter sempre amendoim em casa” M5</p> <p>“Em algumas vezes quando tiver dinheiro compro um pouco de pão, pasteis, e alguns doces para criança”M6</p>
	<p>Após participar da campanha tem seguidos com os conselhos?</p>	<p>“Sim, sigo” M1</p> <p>“Sim...” M2</p> <p>“Sim, exemplo concreto antes a muito tempo era normal encontrar crianças como</p>

		<p>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</p> <p>“Sim...” M4</p> <p>“Sim, sigo...” M5</p> <p>“ Sim...” M6</p>
	<p>Tem passados esses conselhos e ensinamentos a outras pessoas que conhece?</p>	<p>“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</p> <p>“Sim...” M2</p> <p>“Ensino sim outras pessoas não só desta comunidade, mas também doutras comunidades” M3</p> <p>“Sim aconselho só que as vezes outras pessoas sobretudo as resistentes respondem mal e não acreditam” M4</p> <p>“Digo para as outras mães para fazer papas enriquecidas para as crianças porque ajuda a criança a desenvolver e combater as</p>

		<p>doenças e aconselho também a outras mães para participarem nesses conselhos promovidos no Atelier” M5</p> <p>“A principal que dou para as mães é de pedir para ir aos programas de sensibilização para aprender a fazer papas para bebe” M6</p>
--	--	--

Diário de Observações no Terreno

Categories de análise	Registos
Rotina Diária	<p>Família Mãe 1 – Desperta muito cedo, lava a sua cara e se dirige a machamba e depois, antes do almoço, passa pelo poço para carregar água. A mãe vende frutos de olapa (fruto do embondeiro) também para ganhar algum dinheiro e conseguir, por vezes, comprar peixe ou pão. Por volta das 12:00h começa a fazer o almoço e dá aos seus filhos. Quando pode, nas tardes sai para conversar com os vizinhos e de seguida volta para fazer o jantar. Por falta de energia eléctrica, a sua família se deita muito cedo (por volta das 19:00h). O chefe de família (Pai) só chegou ao final do dia. Sai muito cedo para trabalhar em uma moageira (lugar onde moem sementes para fazer farinha).</p> <p>Família Mãe 2 – Acordou cedo, lavou a sua cara e de seus filhos, lavou os pratos e foi a machamba. Voltou por volta das 11 horas, ficou a conversar com suas amigas e depois por volta das 12:30h começou a fazer o almoço. Vive com seus pais e o seu pai vende cigarros e tomate para ajudar nas despesas da casa. No tempo</p>

	<p>chuvoso, a mãe 2 vai duas vezes por dia a machamba.</p> <p>Família Mãe 3 – Desperta muito cedo, lava a sua cara e de seus filhos, vai ao rio buscar água e depois vai a machamba. No verão, vai a machamba apenas uma vez. Por volta das 12:00h começa a fazer o almoço e dá aos seus filhos. O chefe de família (Pai) só chega ao final do dia. Sai muito cedo para trabalhar na machamba também e depois vende o que colhe no mercado.</p> <p>Família Mãe 6 – Acordou cedo, lavou a sua cara e de seus filhos, lavou os pratos, varreu o pátio e foi a machamba. Voltou por volta das 11 horas e depois por volta das 12:30h começou a fazer o almoço. A tarde descansa, lava os pratos, varreu novamente e foi fontenária buscar água. Quando voltou, ficou em casa a espera da hora de jantar e ir dormir. O seu marido só chegou ao final do dia, depois de trabalhar na machamba e depois vender no mercado o que produziu.</p>
Comportamentos e hábitos nutricionais	<p>Família Mãe 1 - Nesse dia comeram matapa de folha de mandioca com carracata e o mesmo foi feito para o jantar. A confecção da comida é bastante simples, sem muitos condimentos e nem óleo. A refeição feita não é rica em nutrientes.</p> <p>Família Mãe 2 – durante a manhã, os gémeos (com aparência cansada, barriga proeminente e magros) e o irmão mais velho que tomava conta deles, comeram manga verde apanhada do chão e mandioca fresca. Para o almoço, a mãe confeccionou feijão e carracata. Antes do almoço (por volta das 13:30h) lavaram as mãos, sentaram-se a esteira e comeram todos juntos e com as mãos. O mesmo foi consumido no jantar.</p>

	<p>Família Mãe 3 –Normalmente não tomam o pequeno almoço. A bebé de 7 meses é que mama do peito da sua mãe e come papas de milho e amendoim pela manhã. Os meninos mais velhos apanham frutos. Antes do almoço (por volta das 13:30h) lavaram as mãos, sentaram-se a esteira e comeram todos juntos e com as mãos. Comeram carracata com Ntiqua (Matapa de folha de mandioca) e o mesmo foi consumido no jantar.</p> <p>Família Mãe 6 – Nesse dia comeram matapa de com amendoim e farinha de celeste (milho) e o mesmo foi feito para o jantar. Normalmente, e por falta de condições, fazem apenas duas refeições por dia.</p>
Cuidados diários com os filhos	<p>Família Mãe 1 – Seus filhos estavam na escola, mas por causa da pandemia (Covid-19), não vão mais. A sua filha é recentemente recuperada de um caso de denutrição grave, tem um aspecto muito frágil e fala apenas palavras básicas. Quando a mãe sai (e normalmente fica muitas horas fora), os irmãos mais velhos cuidam dos mais novos. As crianças possuem um aspecto cansado, a barriga é bastante proeminente e são magros. Nesse dia não tomaram o pequeno almoço e ao brincarem foram apanhando amendoins que estavam na peneira a secar e alguns frutos. O irmão mais velho tem 11 anos e quando a mãe estava fora, carregou a sua irmã de 4 anos ao colo. Os outros dois irmãos têm 6 e 7 anos.</p> <p>Família Mãe 2 – possui três filhos (dos quais não se sabe a idade certa e a mãe e os avós desconhecem). Os gémeos são recentemente recuperados de um caso de desnutrição grave. O pai</p>

	<p>mudou-se para outro distrito e vive com outra mulher. Quando a mãe se ausente o filho mais velho toma conta dos gémeos</p> <p>Família Mãe 3 – durante a manhã, seus três filhos (de 10 anos, 4 anos e uma menina de 7 meses) ficam sozinhos. Fica a cargo do irmão mais velho tomar conta de seus irmãos. O mais velho e o segundo já estudavam, mas com a pandemia pararam.</p> <p>Família Mãe 6 – alguns dias leva os seus filhos para a machamba, mas grande parte das vezes ficam sozinhos em casa. Já não vão a escola por causa da pandemia e quando estão em casa brincam com os meninos da casa vizinha. Tem dois filhos (uma menina de 5 anos e um menino de 7 anos) e está espera do seu terceiro filho.</p>
Rotina diária de higienização	<p>Família Mãe 1 – Logo muito cedo lavou a sua cara e dos seus filhos, varreu o pátio e lavou os pratos. Nesse dia, afirmou que não iria fazer o pequeno almoço para os seus filhos porque iria a machamba e depois iria carregar água no poço. As crianças e toda a família só tomam banho ao final do dia. Antes de confeccionar os alimentos os lavou muito bem e antes de consumirem a refeição lavaram muito bem as mãos e sentaram-se todos juntos na esteira e comeram com a mão.</p> <p>Família Mãe 2 – logo cedo lava a sua cara e de seus filhos, varre o pátio e lava os pratos sujos da noite anterior. O banho é tomado apenas ao final do dia. As casas onde habitam são feitas de tijolo de areia (matope) e cobertas com capim que normalmente possuem apenas dois a três pequenos compartimentos. Por isso, toda higienização do corpo é feita em casa de banho (latrina) situada a mais ou menos 50 metros da casa.</p> <p>Família Mãe 3 – logo cedo lava a sua cara e de seus filhos, varre</p>

	<p>o pátio e lava os pratos sujos da noite anterior. O banho é tomado apenas ao final do dia. As crianças e toda a família só tomam banho ao final do dia. Antes de confeccionar os alimentos os lavou muito bem e antes de consumirem a refeição lavaram muito bem as mãos e sentaram-se todos juntos na esteira e comeram com a mão.</p> <p>Família Mãe 6 – logo cedo lava a sua cara e de seus filhos, varre o pátio e lava os pratos sujos da noite anterior. Durante a tarde, repetiu o mesmo processo (varreu o pátio e lavou os pratos). O banho é tomado apenas ao final do dia.</p>
--	---

