

O PROCESSO DA LITERACIA DA SAÚDE DA MULHER À LUZ DO MARKETING SOCIAL

Autoria

Joice dos Santos Alves - joicealvesgba@gmail.com

Pós-Graduação em Gestão Pública e Cooperação Internacional/UFPB - Universidade Federal da Paraíba

Stephanie Ingrid Souza Barboza - stephanieisb@gmail.com

Programa de Pós-graduação em Gestão Pública e Cooperação Internacional/UFPB - Universidade Federal da Paraíba

Resumo

A presente pesquisa analisou o processo da literacia da saúde da mulher à luz do marketing social. Para isso, a pesquisa ocorreu em torno de dois níveis do modelo ecológico de marketing social (midstream e downstream) e dos três pontos de influência de comportamento da literacia em saúde (funcional, interativa e crítica). Para operacionalização foi adotada a abordagem qualitativa com caráter exploratório, sendo utilizada como estratégia de coleta de dados a entrevista semiestruturada, cujos sujeitos foram os profissionais da saúde (nível midstream) e mulheres usuárias das ações realizadas pelas secretarias supracitadas (nível downstream). Nos resultados, percebeu-se problemas relacionados a comunicação entre os três níveis, impossibilitando que as opiniões e as mais graves necessidades dos níveis downstream e midstream pudessem chegar ao conhecimento dos líderes governamentais, também foi percebido que há falta de divulgação para atrair as mulheres de forma que elevasse a participação nas campanhas.

Palavras-chave: Marketing Social. Literacia em saúde. Mulheres.



O PROCESSO DA LITERACIA DA SAÚDE DA MULHER À LUZ DO MARKETING SOCIAL

RESUMO

A presente pesquisa analisou o processo da literacia da saúde da mulher à luz do marketing social. Para isso, a pesquisa ocorreu em torno de dois níveis do modelo ecológico de marketing social (*midstream* e *downstream*) e dos três pontos de influência de comportamento da literacia em saúde (funcional, interativa e crítica). Para operacionalização foi adotada a abordagem qualitativa com caráter exploratório, sendo utilizada como estratégia de coleta de dados a entrevista semiestruturada, cujos sujeitos foram os profissionais da saúde (nível *midstream*) e mulheres usuárias das ações realizadas pelas secretarias supracitadas (nível *downstream*). Nos resultados, percebeu-se problemas relacionados a comunicação entre os três níveis, impossibilitando que as opiniões e as mais graves necessidades dos níveis *downstream* e *midstream* pudessem chegar ao conhecimento dos líderes governamentais, também foi percebido que há falta de divulgação para atrair as mulheres de forma que elevasse a participação nas campanhas.

Palavras-chave: Marketing Social. Literacia em saúde. Mulheres.

1. Introdução

A saúde pública é um dos assuntos que merecem mais atenção para a população brasileira (Flores e Action, 2013), já que muitas pessoas são vítimas de doenças que poderiam ser curadas ou evitadas com acesso às informações capazes de gerar através da adoção de comportamento e práticas positivas para a saúde um elevado nível de bem-estar social (Dewalt et al., 2014). Nesse âmbito, o bem-estar da mulher é influenciado pela falta de conhecimento sobre a saúde, fato esse comprovado pelos dados do ano de 2013 (INCA, 2018), em que 14.206 mulheres morreram por causa de câncer de mama e a tendência é que mais casos ocorram. Este é um exemplo de doença que poderia ser evitada ou tratada com atuação preventiva autônoma baseada no conhecimento sobre saúde (Cerqueira et al., 2017).

Tomando essa percepção como ponto de partida, é fato que muitas mulheres limitam seus cuidados de saúde por fatores externos, como: a qualidade do serviço de saúde e a acessibilidade; mas também por questões internas, como: as restrições de renda da família, o relacionamento com o cônjuge, por medo e vergonha de expor o corpo diante de algum profissional da saúde (Rico e Iriart, 2013; Sanchez e Ciconelli, 2012; Flores e Acton, 2013). Por sua vez, é notória a necessidade de reflexão em torno das questões que impendem as mulheres de buscar seu próprio bem-estar através da adoção de comportamentos benéficos para a saúde.

Diversos autores, como Rocha CMF et al (2010), Dewalt et al (2014), Unesco (2016), IGBE (2009), Shieh e Halstead (2009), Shooou-Yih D. Lee et al. (2011) e Marshall, Sahm e Mccarthy (2012) apontam para a relação entre conhecimento, cuidados com a saúde e qualidade de vida, na medida em que reforçam o conceito de literacia. Nesse sentido, autores como Kavin et al (2010) Nutbeam (2000), Shieh e Halstead (2009) e Lytton (2013) destacam a importância de utilizar a literacia em saúde como instrumento adequado para conscientizar e educar a população através da disseminação estratégica e minuciosa de elementos sobre a saúde, de forma que tornará as pessoas capazes de absorver informações, transformá-las, interpretá-las e aplicá-las para mudar a sua realidade e a realidade das pessoas que o cercam.

Partindo desse raciocínio, Shieh e Halstead (2009), Nutbeam (2000) e Kavin et al. (2010) discutem o processo de literacia em saúde a partir de três perspectivas: literacia funcional que se relaciona com a capacidade de entender as informações sobre a saúde (as pessoas leem, escrevem e compreendem informações sobre saúde); a literacia interativa envolve os aspectos cognitivos e as habilidades sociais de transformar as informações sobre saúde em aprendizado

para a vida (as pessoas possuem habilidades avançadas e capacidade para interagir com os profissionais de saúde, interpretar e aplicar informações para mudar a realidade); e, a literacia crítica que diz respeito às habilidades de analisar criticamente as informações que são repassadas pelos profissionais de saúde (ou seja, remete à capacidade de criticar os aspectos a saúde para tomar decisões sobre os tratamentos ou mesmo se a decisão indicada pelo profissional de saúde é adequada para o seu contexto).

Nessa perspectiva, a discussão de literacia em saúde como um instrumento do marketing social moderno torna-se relevante, ao abordar os aspectos que permeiam as decisões comportamentais das mulheres diante das práticas de saúde, além do fato que o marketing social na orientação de serviço considera os indivíduos como os maiores colaboradores para a adoção de novos comportamentos, assim como busca compreender a influência que os aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos possuem na vida das mulheres (Lefebvre, 2012; Carvalho e Mazzon, 2013; Clark e Weale, 2012; Wood, 2016). Ademais, Gordon e Gurrieri (2014) acrescentam a importância de considerar a influência das estruturas em torno dos indivíduos, pois é preciso ir além do comportamento individual e das suas consequências.

Autores como French *et al.* (2017), Wood (2016), Lagarde (2014) e Dibb (2014), sugeriram a estrutura do modelo ecológico para analisar problemas complexos, cuja atuação de marketing social se divide em três domínios sociais: *Upstream*, *Midstream* e *Downstream*. De acordo com os autores, a definição do *upstream* consiste em uma abordagem ‘macro’, na qual são analisadas influências governamentais, culturais, econômicas, legislativas, educacionais e demais programas que promovam mudanças na sociedade em favor de um determinado comportamento. Já o *midstream* consiste em uma abordagem ‘meso’, em que se analisa o contato social mais aproximado do indivíduo, tais como a família e as comunidades que cercam os indivíduos, com o objetivo de criar um microsistema favorável as mudanças no comportamento individual e as práticas de marketing são adaptadas para um contexto de participação comunitária. Com relação ao nível *downstream* ou ‘micro’, os autores afirmam que é o mais utilizado nas pesquisas de marketing social, devido ao fato de que está voltado para o comportamento individual específico. Porém, vale ressaltar que nesse nível o indivíduo é corresponsável pela mudança comportamental associada a fatores intrínsecos (French *et al.*, 2017; Russell-Bennett, Wood e Previte, 2013; Al-Alak, 2010).

Considerando o contexto que permeia a saúde da mulher no Brasil, a necessidade de desenvolvimento de uma discussão mais aprofundada sobre literacia na saúde, além da aplicação dessa perspectiva de marketing social como forma de analisar os problemas da sociedade através de ações que promovam o bem-estar individual e social, principalmente no aspecto da saúde familiar, o objetivo dessa pesquisa é **analisar o processo da literacia da saúde da mulher à luz do modelo ecológico de marketing social**. Cabe mencionar que a pesquisa aborda os dois últimos níveis do modelo ecológico o ‘meso’ ou *midstream* e o ‘micro’ ou *downstream*.

A realização desse estudo está centrada na necessidade de conhecer a literacia da saúde da mulher sob a ótica do marketing social, tendo em vista que esse campo do conhecimento de marketing pode ser utilizado como ferramenta para identificar os fatores influenciadores de comportamentos, a medida em que pode auxiliar nas mudanças comportamentais de forma positiva ao subsidiar ações do poder público e orientar políticas para a saúde da mulher. Além disso, a presente pesquisa busca contribuir e aprofundar os estudos de Lytton (2013), Silva (2014), Tewell (2012), Lee H. *et al.* (2014), Lima (2016), Sanchez e Ciconelli (2012), Lee D. *et al.* (2011) e Kavin (2010) em uma perspectiva voltada para a realidade dos municípios do Nordeste brasileiro, considerando tanto os aspectos relacionados as mulheres (nível *downstream*), assim como o os profissionais de saúde que as cercam e promovem ações sobre a saúde na região abordada por esse estudo.

Adiante são apresentados os procedimentos metodológicos adotados para operacionalização do estudo, a análise dos resultados dos níveis *midstream* e *downstream*, e, as considerações finais desse estudo.

2. Método

Levando em consideração o objetivo de analisar o processo da literacia aplicada à saúde da mulher à luz de marketing social, a presente pesquisa possui caráter exploratório e qualitativo. Dessa forma, foram elaborados três roteiros para nortear as entrevistas semiestruturadas, um para cada nível de marketing social e dentro de cada nível foram abordados os níveis da literacia em saúde. Ao todo foram quatro dimensões para o nível *midstream* e cinco dimensões para o nível *downstream*, como pode ser visto no Quadro 1, além das referências de base para a elaboração dos roteiros.

Quadro 1- Modelo dos Roteiros

Dimensões	MIDSTREAM	DOWNSTREAM
	Roteiro e Referências	Roteiro e Referências
Serviços de saúde e as mulheres	-	(LEE H. et al, 2014; LIMA, 2016; SANCHEZ e CICONELLI, 2012; SHIEH E HASLTEAD, 2009)
Funcional	(SHIEH E HASLTEAD, 2009; SILVA, 2014; NUTBEAM, 2000)	(LIMA, 2016; LEE H. et al, 2014; LEE D. et al, 2011; MAMEDE, 1993; SANCHEZ e CICONELLI, 2012; SHIEH E HASLTEAD, 2009)
Interativa	(SHIEH E HASLTEAD, 2009; TEIXEIRA, 1997; NUTBEAM, 2000)	(LIMA, 2016; LEE H. et al, 2014; LEE D. et al, 2011; MAMEDE, 1993; SANCHEZ e CICONELLI, 2012; SHIEH E HASLTEAD, 2009)
Crítica	(SHIEH E HASLTEAD, 2009; TEIXEIRA, 1997; NUTBEAM, 2000)	(LIMA, 2016; LEE H. et al, 2014; LEE D. et al, 2011; MAMEDE, 1993; SANCHEZ e CICONELLI, 2012; SHIEH E HASLTEAD, 2009)
Marketing Social	(SHIEH E HASLTEAD, 2009; TEIXEIRA, 1997; SILVA, 2014)	(LYTTON, 2013; SANCHEZ e CICONELLI, 2012; SILVA, 2014)
Nº de entrevistas e duração:	Seis entrevistas com duração de 03:40:17	Seis entrevistas com duração de 03:38:33

Fonte: Elaboração própria (2018)

As entrevistas ocorreram entre maio e junho de 2018, em um município localizado no interior do nordeste brasileiro. Para o nível *midstream*, foram entrevistadas mulheres profissionais da saúde que atuaram nas ações desenvolvidas pela Secretaria Especial de Políticas Públicas para a Mulher em parceria com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) e que trabalham nas unidades básicas de saúde (UBS) localizadas nas áreas mais carentes da cidade. O primeiro contato ocorreu por indicação da coordenadora do NASF e as demais pela técnica bola de neve. As entrevistas foram realizadas nas próprias unidades básicas de saúde. No nível *downstream*, foram abordadas mulheres moradoras do município escolhido e que já participaram das ações dos órgãos citados anteriormente. O contato aconteceu por meio da agente comunitária de saúde que indicou possíveis participantes. As entrevistas aconteceram nas residências das mulheres para facilitar o acesso e incentivar a participação na pesquisa.

Quanto ao tratamento dos dados, após a realização das entrevistas, foram procedidos os processos de transcrição e codificação das entrevistas. As entrevistadas do nível *midstream* foram codificadas utilizando o código 'M' e um número ordinal, variando de M1 a M6; e, as do nível *downstream* variavam de D7 a D12. As transcrições totalizaram 85 páginas ao todo, utilizando fonte Times New Roman 12, espaçamento simples. Por fim, foi construído o processo de análise de conteúdo das entrevistas estruturado a partir dos níveis do modelo ecológico de marketing social, expondo as categorias emergentes a partir da relação com os

níveis de literacia e a atuação dos agentes (Pope; Mays, 2009; Alves, 2007; Collis e Hussey, 2005).

3. *Midstream* – Detentores das informações!

Essa categoria apresenta os resultados encontrados no nível *midstream* e está dividida em duas subcategorias, quais sejam: a *participação dos profissionais da saúde nas ações realizadas em prol da saúde da mulher*; e, os *aspectos da literacia na saúde à luz do marketing social*.

No primeiro momento, as profissionais de saúde relataram participar de todas as ações definidas pelo Ministério da Saúde que são realizadas em prol da saúde da mulher na referida cidade, incluindo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que premia as unidades de saúde com melhor desempenho na educação de gestantes sobre os cuidados com a saúde.

De maneira geral, são inúmeros os fatores que influenciam a atração e retenção do público-alvo em torno de ações de saúde, muitos se relacionam com o medo e também pela descrença na necessidade daquele conhecimento sobre saúde, na medida em que muitas mulheres julgam possuir todas as informações sobre cuidados preventivos. Ademais, há fatores como a localização e as instalações das unidades básicas de saúde prejudicarem o acesso e o atendimento de toda a demanda.

A análise do nível *midstream* considera os aspectos da literacia na saúde à luz do marketing social. A princípio, no que tange à *literacia funcional na percepção dos profissionais de saúde*, a percepção das entrevistadas sobre as mulheres alvos das campanhas indicam que a maioria desconhece os aspectos que envolvem a saúde, apresentando dificuldade em compreender e assimilar as informações. Por esse motivo, os profissionais de saúde utilizam uma linguagem mais simples nas ações e nas consultas, conforme relatado:

“Os do ministério da saúde é muito fácil o entendimento, eles não usam palavras científicas para não dificultar o entendimento, só acho que colocam muito texto. Mas assim, os que eu elaboro e os que eles mandam eu sempre leio e costumo explicar, apresentar as figuras para ficar mais ilustrado e de melhor compreensão, até porque fica mais interessante para os idosos e para as crianças, por exemplo, aí eles aprendem e fazem mesmo o que a gente ensina.” (M4)

As profissionais relataram inquietações sobre o comportamento das mulheres, ao afirmar que muitas mulheres são pouco instruídas e de baixa renda, por isso desenvolvem pouca abertura para o diálogo e costumam procurar ajuda médica em casos graves, dificultando assim o tratamento e também a prevenção de doenças. Além disso, as profissionais sentem dificuldades em concluir os tratamentos, pois os pacientes abandonam o tratamento e só retornam com os sintomas.

As entrevistadas relatam que mesmo com a existência de projetos e com a melhoria do sistema público de saúde, as mulheres possuem o hábito de se automedicar e tratam apenas com medicação, não reconhecendo o valor de práticas de prevenção. Essa situação se torna ainda mais grave, na medida em que as mulheres se negam a receber em seus lares os profissionais de saúde, em especial os agentes comunitários de saúde.

Quanto ao significado de saúde, as profissionais abordadas acreditam que ter saúde ou ser saudável é algo que une, prioritariamente, três pontos, o bem-estar psicológico, físico e social. Partindo desse raciocínio, as entrevistadas alegam que as mulheres que compõem o público-alvo das unidades básicas de saúde estão longe de alcançar a totalidade do ‘ser saudável’, pois muitas vezes o psicológico está afetado ou há precariedade socioeconômica como pode ser visto no relato da entrevistada M5:

“Se for seguir o conceito da organização mundial de saúde, então, hoje em dia ninguém é saudável. (Risos) ... Um exemplo é essa comunidade vizinha, eles têm ‘n’ problemas sociais, inclusive muitos chegam a passar fome, então, como se tem saúde assim? Mas eu acho esse conceito muito amplo, então, se você tem uma saúde física e

mental boa, mesmo com alguns problemas, logo, você é saudável. Assim, se você for equilibrado, você é saudável. ” (M5)

Embora existam problemas que afetem a saúde das mulheres, cabe ao governo assegurar que a situação será melhorada, enquanto isso, cabem aos profissionais de saúde saber lidar com a situação e oferecer o melhor para a população.

Nas questões sobre a *Literacia interativa na percepção dos profissionais de saúde*, os resultados indicam que pelo baixo nível de instrução das mulheres alvo, os profissionais da saúde desempenham um atendimento mais preciso e cuidadoso, buscando alinhar a linguagem e extrair o máximo de informações possíveis para poder compreender os sintomas dos seus pacientes. A entrevistada M5 relata um exemplo.

“É relativo. Como te falei, depende do meu paciente. Alguns pacientes mais instruídos chegam e já falam o que estão sentindo, outros com pouca instrução é preciso que eu puxe, pergunte, caso contrário não vai sair nada. Às vezes são coisas simples e elas não sabem, tem vergonha e eu tenho que puxar com muito jeito para não constranger e nem restringir. ” (M5)

Isso mostra que a comunicação entre os atores da saúde e a população ainda é falha. Mesmo tendo melhorado após as ações desempenhadas, se não houver o mínimo de conhecimento as mulheres não vão conseguir absorver as informações e coloca-las em prática da forma que deveriam. As entrevistadas ressaltaram a necessidade de transmitir confiança, respeito e empatia para manter uma relação de confiança com as pacientes, para que elas se sintam mais confortáveis para tratar de assuntos específicos sem constrangimentos.

A terceira dimensão trata da *literacia crítica na percepção dos profissionais de saúde*, os resultados demonstram que é preciso haver adequação escrita e verbal para que haja entendimento das informações que estão sendo repassadas, além de ser necessário acrescentar ilustrações como forma de atrair o público e facilitar a visibilidade e o contexto no qual está inserido. Dessa forma, considera-se o nível de capacidade crítica das mulheres baixo, como relatado pela entrevistada M5.

“Quem faz os materiais somos nós, sendo que ultimamente a gente usa mais slides e vai explicando, então, a maioria consegue entender a mensagem. Não utilizamos panfletos pela falta de apoio das secretarias, é tudo muito limitado. Quanto as receitas médicas, ao menos aqui, todos nós prestamos atenção com as letras, a forma de escrever e ainda explicamos tudo que anotamos para não ficar dúvidas, principalmente porque alguns pacientes não sabem ler, então tem que explicar mesmo. ” (M5)

De forma geral, a literacia em saúde das mulheres é baixa e a capacidade crítica se limita aos aspectos partidários e políticos não a algo construtivo, de acordo com as entrevistadas. A melhoria ocorrida se deu a partir das ações desenvolvidas e da humanização do atendimento. Quanto mais presentes nas ações, maior o desenvolvimento da literacia em saúde e, consequentemente, maior e melhor o resultado obtido. Tal afirmação pode ser comprovada no relato a seguir.

“O que eu vejo que tem um resultado melhor são as mulheres que participam do projeto da saúde da mulher. Elas se cuidam mesmo, sempre procuram fazer exames de mama, citológicos. Eu vejo uma participação ativa pelas mulheres, mesmo que algumas não participem, mas é um bom resultado. Eu acho que a maioria coloca em pratica e repassam a informação para os demais. ” (M4)

Por último, ainda foram elaboradas questões a respeito do *Marketing Social na Saúde*, os resultados comprovaram relatos anteriores, indicando que a falta de recursos disponíveis pelas secretarias faz com que os profissionais da saúde optem por utilizar slides. Partindo do pressuposto de que as pessoas conseguem captar melhor as informações dessa forma, os resultados são mais satisfatórios, inclusive em termos de eficiência no uso dos recursos. Há também o fato de que ao optar por utilizar folders, panfletos e cartazes os próprios atores da saúde são responsáveis por confeccioná-los, salvo algumas vezes em que o Ministério da Saúde disponibiliza ou quando há ações maiores e as secretarias municipais se unem e elaboram materiais para minimizar os custos inerentes ao processo.

Em outro momento, as entrevistadas mostraram desmotivação por arcar com as despesas de confeccionar materiais informativos, já que é uma demanda das secretarias e do Ministério da Saúde. Os relatos indicam que não há investimento em materiais impressos, é comum a elaboração de cartazes manualmente.

“Assim, há um tempo a gente recebia, agora era mais na outra gestão, nessa gestão a gente não tem. Todos esses materiais aqui foram feitos por mim, eu confeccionei e paguei para materializar. Vem um ou outro perdido, não tem uma frequência boa, além de ser algo bem pontual bem específico. No outubro rosa eles nos deram materiais para elaborar, mandaram cartolinas, essas coisas, nada pronto, sabe?” (M6)

As entrevistadas foram abordadas a respeito da responsabilidade da Secretaria Especial de Políticas Públicas para a Mulher e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF), expondo que quando os eventos educativos são de grande porte, há a disponibilização de materiais e demais recursos humanos e financeiros, mas quando são iniciativas locais, as profissionais da saúde não contam com o apoio do governo local. Os relatos abaixo descrevem tais problemas.

“Eu vejo que eles precisam incentivar mais, dar um suporte financeiro maior. Além disso, tem algumas falhas quanto a prestação de serviços mesmo. Por exemplo, quase não mandam materiais, aí quando mandam não tem quem entregue, aí eu tenho que me deslocar para o outro lado da cidade para buscar material e voltar para continuar com os atendimentos. Um absurdo, né? Aí existe até a vontade de realizar ações, mas são tantas dificuldades, tantas barreiras que eu fico sem ânimo.” (M6)

“Se o NASF informasse com antecedência sobre as ações aí a gente poderia divulgar melhor, mas eles avisam hoje à tarde aí amanhã pela manhã já é a ação, aí não dá tempo sair avisando, né? Tem que melhorar isso.” (M1)

Muitas críticas são levantadas a respeito do pequeno número de profissionais em comparação a quantidade de pacientes existentes, o que impacta no tempo de espera e no nível de satisfação da população, além de reduzir a qualidade no atendimento. O que é preocupante, já que os agentes do nível *midstream* atuam diretamente na influência dos indivíduos, criando um microssistema que favorece a mudança comportamental, através da persuasão e do papel de detentores do conhecimento da saúde, logo podem melhor compartilhar e ensinar a população as práticas preventivas, mas se houver poucos profissionais a população não terá o devido atendimento (Wood, 2016; Russel-Bennett, Wood e Previte, 2013).

Por outro lado, deve-se considerar também o profissionalismo de cada enfermeira, médica, etc, pois, de acordo com os próprios profissionais da saúde entrevistados, muitos colegas são dignos de críticas e punições devido à falta de responsabilidade e a incapacidade de dialogar, transmitir informações e convencer as pessoas a aderir práticas positivas. De maneira geral, é possível perceber que falta motivação e incentivos dos profissionais, mais ainda, falta fiscalização do cumprimento das atividades, principalmente dos agentes comunitários de saúde que são os que mais têm contato com a população. Considerando isso, se faz necessário analisar a literacia das mulheres a partir do nível *downstream*.

4. Downstream – Eu já nem vou mais!

A categoria *downstream* corresponde aos resultados encontrados no terceiro nível de marketing social, tendo como respondentes as mulheres alvos das ações realizadas pela Secretaria Especial de Políticas Públicas para a Mulher com parceria do Núcleo de Apoio à Saúde e que são usuárias das unidades básicas de saúde, cujos profissionais foram abordados no nível *midstream*. A análise está dividida em duas subcategorias, quais sejam: *relação das mulheres com o serviço de saúde* e *os aspectos da literacia na saúde à luz do marketing social*. Na primeira subcategoria, os resultados apontam que as mulheres frequentam o sistema de saúde apenas pela necessidade de atendimento médico em casos graves ou para manter rotina, quando possuem doenças crônicas que exigem atendimento especializado.

Além disso, as mulheres afirmaram se automedicar em casos de doenças leves, o que pode ser explicado por Carvalho (2017). O estudo afirma que as mulheres encontram facilidade

em adquirir alguns medicamentos nas farmácias sem orientação médica, guiadas por influência de alguém ou por ter contato estreito com farmacêuticos. Fora os exames solicitados pelos médicos, as entrevistadas afirmaram que após a participação em algumas campanhas, como o outubro rosa, passaram a realizar os exames preventivos de câncer de mama e de útero. Com relação a saúde bucal, as mais instruídas apontaram preferir os cuidados de consultórios particulares, por não ter que esperar longos períodos, assim como as mulheres com doenças mais graves e urgentes, que necessitam de cautela e rapidez no atendimento, como pode ser visto a seguir

“Não tenho a quantidade certa de vezes que vou ao médico por ano, pois não costumo fazer exames de rotina, vou ao médico geralmente quando sinto algo. Dentista sempre vou, prefiro consultórios particulares pela agilidade e porque tenho uma dentista que cuida dos meus dentes desde a infância.” (D11)

A segunda subcategoria diz respeito aos *aspectos da literacia na saúde à luz do marketing social*, sendo dividido em cinco dimensões. A primeira dimensão trata da *Literacia funcional na perspectiva das mulheres*. Os resultados apontam que o nível de leitura é um fator de influência, já que ainda exista dificuldade de compreensão de alguns termos adotados, logo ressaltam que os materiais devem ser compostos por ilustrações que ficam visivelmente mais atrativas, facilitando a interpretação e a relação do texto e da imagem. Por esse motivo, as mulheres ressaltam conseguir compreender a mensagem, mas enfatizam a importância de se ter um nível razoável de leitura, pois muitas pessoas podem sentir dificuldades caso não sejam alfabetizadas, como relatam as entrevistadas D9 e D8 nas falas seguintes.

“Eu acho bom, dá para entender. Mas eu acho que nem todo mundo entende, porque tem gente que não sabe nem ler um pouquinho, não sabem pedir informação também, não procuram os postos para saber das coisas” (D8)

Quanto a consciência sobre as barreiras que impedem as mulheres de adotarem práticas positivas a saúde, foi descoberto que os maiores empecilhos são o tempo, por considerarem difícil lidar com os diversos papéis que a mulher assume na sociedade; a escassez de recursos financeiros, pois com dinheiro poderiam buscar melhores atendimentos clínicos; a falta de conhecimento e informações, pois muitas não se cuidam por não saber o que é preciso ser feito e como deve ser feito; poucos profissionais para o número de pacientes e materiais insuficientes; além das atitudes dos seus parceiros, que as impedem de frequentar as unidades básicas de saúde pelo preconceito existente, afirmando que ao se expor aos médicos para as consultas estão traindo o relacionamento conforme expostos no relato a seguir. Ademais, tais barreiras também foram encontradas nos estudos de Rico e Iriart (2013), Sanchez e Ciconelli, (2012) Flores e Acton (2013), Lee H. et al (2014), Mamede (1993) e Shieh e Haslstead (2009).

“Às vezes a gente não encontra médicos, nem equipamentos e materiais necessários para o atendimento específico.” (D7)

Na segunda dimensão, foram abordadas questões a respeito da *Literacia interativa na perspectiva das mulheres*. Primeiramente, as mulheres relataram receber e fornecer apoio e incentivos para cuidar da saúde, buscando sempre adotar práticas saudáveis, cuidar da alimentação, praticar exercício físico, realizar exames clínicos, entre outros comportamentos. Em seguida, discutiram a respeito de suas interações com os atores de saúde, as quais relataram acreditar que mesmo com suas limitações e com termos adequados às suas realidades, mas conseguem conversar e explicar os sintomas das doenças. Porém, acreditam que o atendimento deveria ser mais rápido, os profissionais deveriam ser mais cautelosos, mais profissionais, flexíveis, harmoniosos, humanizados e empáticos, pois muitos sequer fazem contato visual com os pacientes, apenas ouvem os sintomas sem realizar avaliação mais precisa. Como pode ser visto no relato a seguir.

“Eu acho que eles poderiam ser mais corteses, mais humanos, o tratamento é muito limitado, parecem robôs. A maioria dos profissionais do posto daqui do bairro são grossos, mal-educados, eles não se colocam no lugar dos outros.” (D7)

Esse fato repassa a imagem de que os profissionais da saúde pouco se importam com o bem-estar da população, de acordo com as entrevistadas. Além do mais, essa observação está mais direcionada para os agentes de saúde, pois os relatos indicam pouco realizam visitas domiciliares e ao realizarem possuem o hábito de forçar a entrada nas casas e desrespeitar as proprietárias, além de não utilizar termos que serão compreendidos mais facilmente. Isso prejudica a saúde das mulheres, pois os agentes de saúde são considerados o fator de ligação entre o público, a unidade e as secretarias. Isso tudo dificulta o processo de tratamento das mulheres, pois tais sujeitos são os responsáveis pelo agendamento das consultas, o que dificulta também a divulgação das ações realizadas. É fato que sem o atendimento domiciliar, os profissionais da saúde não terão informações a respeito da realidade das pessoas de cada área abordada e a população não poderá agendar os atendimentos médicos necessários.

Na terceira dimensão, *Literacia crítica na perspectiva das mulheres*, primeiramente foram questionadas a respeito do que seria uma pessoa saudável. Os resultados apontam que todas têm conhecimento sobre o que é ser saudável, indicando que para tal é necessário ter harmonia entre o físico, psicológico e espiritual. Embora elas tenham conhecimento sobre o que é ser saudável, afirmaram que muito falta para que tenham saúde, pois elas acreditam que ser saudável envolve vários aspectos ligados ao corpo e a alma, não conseguindo equilibrá-los, como apontam os relatos posteriores.

“É viver bem, ter um bem-estar, se prevenir, é estar bem consigo mesmo, é quando o corpo e a alma estão em boa harmonia. E com relação a ser saudável não me considero, porque como faço tratamento para tireoide é algo que mexe que os hormônios, sou atingida da ponta do dedo até o ultimo fio de cabelo, então se não fosse isso, acredito que seria saudável sim.” (D12)

Além disso, pode ser percebido a consciência para analisar criticamente o sistema de saúde local, indicando os pontos que precisam melhorar em comparação com os sistemas de saúde público e privado. Muitas delas apontaram que a principal barreira encontrada no sistema privado de saúde é o sacrifício monetário, mas acreditam que há garantia da qualidade no atendimento. Já no sistema público de saúde as barreiras são o tempo de espera nas filas para qualquer tipo de atendimento; o risco de não ter vagas disponíveis; poucos remédios ofertados; a baixa qualidade no serviço e poucos médicos. As entrevistadas reconhecem que por mais que hajam ações educativas e estratégias para conscientizá-los sobre a saúde, faltam os insumos e recursos necessários para atender as pessoas. Além disso, o descaso de muitos atores da saúde é relatado como empecilho para a continuação do tratamento das mulheres, e mais, a falta de oportunidade para opinar a respeito dos projetos realizados afasta as mulheres. Tais resultados vão de encontro ao que foi relatado no nível *midstream*, como pode ser visto a seguir.

“Acho fraco demais. Não tem nada atrativo, não é respeitoso, poucos médicos. Eu comecei a fazer parte de um projeto aqui com as gestantes, a médica falava sobre a saúde bucal, mas era aquela coisa repetitiva, toda vez era a mesma coisa, aí eu já nem vou mais. Muita gente também precisa de atendimento, mas não pode sair de casa, então, teria que ter atendimento domiciliar especializado, mas aí a agente de saúde não passa aqui, então não tem como avisar aos médicos que tem um idoso aqui no bairro que não pode nem sair de casa para ser atendido. É tudo fraco demais.” (D9)

Os relatos demonstram a insatisfação das pacientes com o trabalho ofertado pelas unidades básicas de saúde, indicando um descompasso entre as propostas do nível *upstream* com a realidade das ações do nível *midstream* e, principalmente, com as necessidades e expectativas das mulheres que participam dessas ações em nível *downstream*. Por mais que as mulheres abordadas ainda apresentem limitações nos níveis de instrução, pode-se dizer que as encontram no processo de transição entre a literacia interativa e a crítica, pois a consciência concreta, o raciocínio lógico sobre a saúde e a capacidade de separar as informações primordiais para a sua realidade estão sendo construídas nas mulheres de forma paulatina.

Na quarta dimensão foram abordadas questões a respeito do *Marketing Social na Saúde*, buscando analisar as práticas de marketing adotadas pela secretaria e pelo núcleo de apoio sob

uma perspectiva das mulheres abordadas no nível *dowstream*. Ao questioná-las sobre os meios utilizados na comunicação e divulgação, todas as entrevistadas afirmaram que as secretarias utilizam jornais, noticiários, rádios, televisões, carros de som, redes sociais, os próprios agentes comunitários de saúde e o boca-a-boca para informar a população a respeito da saúde pública. Porém, muitas lamentam que mesmo que hajam vários meios de comunicação, o repasse das informações ainda é falho, pois falta planejamento e organização, muitas vezes a informação sobre algumas ações é repassada para o público no dia em que a ação acontecerá, inviabilizando a participação de muitas mulheres que precisam lidar com os vários papéis que assumem na sociedade, tendo que conciliar o “ser mãe, esposa, profissional, ser mulher”.

“Também se tivesse mais atendimento no posto, mais médico, porque a pessoa fica sem vontade de ir já que é muito difícil conseguir vaga e nem sempre a gente tem dinheiro para pagar um particular, aí a gente escolhe só ir para o particular quando já está nas últimas, uma porque vai ser atendido mais rápido, e outra, porque não tem dinheiro para estar lá direto e nem tem tempo e nem tem paciência para ir ao posto direto. Tem que ter mais médico nos postos e eles têm que nos tratar bem. Não é porque a gente é pobre que a gente não merece ser tratado feito gente.” (D8)

Uma das entrevistadas relatou ter feito parte de uma ação do núcleo no bairro em que reside. A ação consistia em realizar dinâmicas, palestras e repassar informações sobre muitos pontos da saúde, tais como alimentação, práticas de atividades físicas, exames adequados para cada idade, entre outros aspectos. Entretanto, essa entrevistada afirmou que poucas pessoas participavam por não ter conhecimento, se houvesse mais divulgação, mais mulheres poderiam conhecer e aproveitar incentivos como esse.

Por outro lado, alguns exemplos foram relatados de situações que foram modificadas através do poder da informação. Casos como acreditar no poder e na necessidade do uso dos anticoncepcionais (comprimidos, camisinhas), pois antes acreditava-se ser apenas para prevenir uma gravidez indesejada, mas agora elas têm conhecimento que previne também doenças graves. Além disso, as entrevistadas afirmaram passar a realizar exames para evitar ou descobrir precocemente os cânceres de mama ou de útero, de forma que aumenta a probabilidade de cura.

Ao indaga-las sobre o que precisaria ser melhorado pelos profissionais de saúde e pelos líderes das secretarias, as mulheres indicaram algumas estratégias que, na percepção delas, atenderia melhor as necessidades e os desejos do público. Primeiramente, acreditam que quando a exposição das informações, tanto em palestras ou em materiais palpáveis (panfletos, folders), deveriam apresentar as práticas positivas que devem ser adotadas, os benefícios que trarão, assim como os malefícios pela não adoção da prática. Em segundo lugar, levantaram pontos sobre a escassez de profissionais de saúde e de materiais. Isso foi dito como um dos principais motivos para o afastamento das mulheres no sistema público de saúde, buscando-o apenas em casos de urgência, como pode ser visto no relato das entrevistadas D10 e D8.

“Eu acho que deveria ser mais exposto alguns impactos que a falta do cuidado a saúde gera, e também já mostrar qual a solução, porque aí ia abrir a mente das pessoas para o problema e já dizia que tinha a solução. Então deveria ter mais investimento na divulgação e assim as pessoas ficariam mais conscientes. Além de investir mais para que todos tivessem acesso e que fosse de qualidade, pois tem muita gente para poucos médicos. Fica difícil assim.” (D10)

De maneira geral, é possível identificar que o nível *midstream*, seguindo os padrões e normas das secretarias do município abordado, não utiliza corretamente as ferramentas do marketing, dificultando o entendimento e a participação do público nas ações realizadas, uma vez que o contato da população com os profissionais da saúde é restrito e limitado pelas barreiras de comunicação.

5. Considerações finais

O presente estudo objetivou analisar o processo da literacia da saúde da mulher à luz dos níveis *Midstream* e *Downstream* de marketing social. Para isto, foi adotado o conceito de

literacia a partir dos seus três níveis: funcional, interativa e crítica. Os resultados, de forma geral, evidenciam falhas no processo de marketing social do município, é perceptível a falha de comunicação entre a população, os profissionais de saúde e os líderes governamentais, não existem espaços para o fornecimento de feedbacks ou até mesmo para ouvir e entender as necessidades dos cidadãos. No caso dos profissionais que representam o nível *midstream*, é preciso que haja o repasse da sugestão ou reclamação para o líder da unidade de atendimento, para que então chegue às secretarias, quando a informação chega. Já no nível *downstream* a única forma de feedback existente se dar através de caixinhas de sugestões localizadas nas Unidades Básicas de Saúde, desconsiderando o fato que muitas mulheres não sabem ler e escrever.

Além disso, foi encontrado problema na assiduidade das visitas domiciliares realizadas pelos agentes de comunitários de saúde pública. De acordo com o nível *midstream*, os agentes de saúde são os profissionais que possuem maior contato com a população, com isso, os nomeiam como o “elo” entre as mulheres (alvos das campanhas) e os realizadores das campanhas. No entanto, os relatos do nível *downstream* apontam que os agentes possuem conduta profissional questionável, pois não cumprem as visitas e interação de forma presunçosa, como consequência não realizam o agendamento de consultas e não divulgam as informações pertinentes à saúde e as devidas ações educativas. Como reflexo disso, surge a negação das mulheres em recebe-los para as visitas posteriormente (como foi relatado no nível *midstream*), devido ao receio da forma de comunicação adotada pelos agentes.

Pode-se observar que esta pesquisa contribuiu para o desenvolvimento do campo de estudos de literacia em saúde à luz do marketing social, tendo em vista que foi elaborado um estudo com temática pouco abordada no Brasil, em especial na região Nordeste. Além do mais, este estudo proporcionou uma compreensão com maior profundidade, ao considerar duas esferas do modelo ecológico de marketing social (*midstream* e *downstream*) paralelo às três dimensões da literacia (funcional, interativa e crítica). Enquanto isso, os estudos dos autores utilizados como base para a presente pesquisa consideravam apenas os agentes de forma isolada. Dessa forma, afirma-se que a pesquisa em questão complementa os estudos já desenvolvidos pelos seguintes autores Silva e Minciotti (2008), Lytton (2013), Shieh e Halstead (2009), Nutbeam (2000), Kavin (2010), Teixeira (1997), Lee H. Et Al (2014), Lima (2016), Sanchez e Ciconelli (2012), Lee D. Et Al (2011) e Mamede, 1993.

No que se refere às implicações práticas, nota-se que ao levantar informações concretas sobre a realidade do nível da literacia em saúde das mulheres, os profissionais juntamente com os governantes, poderão traçar estratégias para disseminar informações sobre a saúde de forma mais eficaz, considerando os aspectos ditos pelas mulheres. Este estudo apresenta o contexto geral da literacia em saúde da região abordada, possibilitando a tomada de decisão mais assertiva. O marketing social na saúde visa o desenvolvimento de caráter prático, de modo que os profissionais da saúde devem buscar formas de conscientizar a população, excluindo as barreiras existentes com o apoio do grupo de referência das mulheres que são alvos de suas ações. O ponto mais importante e que traz robustez à pesquisa, foi discutir as diferentes perspectivas, o que oportunizou traçar um panorama dos problemas de literacia na saúde da mulher.

Sugere-se, então, a realização de estudos quantitativos de forma a identificar o nível de literacia em saúde e os fatores que influenciam as mulheres a aderir comportamentos saudáveis, assim como pode ser realizada pesquisas experimentais com o intuito de testar a adequação dos materiais fornecidos e o nível de conhecimento das pessoas.

Referências

- AL-ALAK, B. A.M. Impact of marketing actions on the relationship quality in the health and fitness sector in Jordan and its implications for social marketing: a field/analytical study. *Social Marketing Quarterly*, vol. XVI, n. 2, 2010.
- ALVES, Magda. *Como escrever teses e monografias: um roteiro passo a passo*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- CARVALHO, D. L. T. de. *Sistema de marketing de saúde no Brasil: Impactos dos fenômenos de medicalização e farmacêuticalização e alternativa de equilíbrio*. 2017. 182 f. 82 Tese (Doutorado) - Curso de Administração, Ccsa, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.
- CARVALHO, H.C. and MAZZON, J. A. 'Homo Economicus and Social Marketing: Questioning Traditional Models of Behaviour', *Journal of Social Marketing* 3(2): 162–75, 2013.
- CERQUEIRA, J.C.; MOREIRA J.P.L.; BRITO A.S.; LUIZ R.R. Indicador preventivo de saúde da mulher: proposta combinada de mamografia e Papanicolaou. *Rev Panam Salud Publica*, 41: e99, 2017.
- CLARK, S.; WEALE, A. "Valores sociais na definição de prioridades de saúde: uma estrutura conceitual", *Jornal de Organização e Gestão de Saúde*, Vol. 26 Emissão: 3, pp. 293-316, 2012. Disponível em: < <https://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/14777261211238954>>. Acesso em: 08 mar. 2018.
- COLLIS, Jill; HUSSEY, Roger. *Pesquisa em Administração: Um guia prático para alunos de graduação*. 2.ed.-Porto Alegre: Bookman, 2005.
- DEWALT, D., BERKMAN, N., SHERIDAN, S., LOHR, K. and PIGNONE, M. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J. Gen. Intern. Med.*, Vol. 19, pp. 1228–239. 2004.
- DIBB, Sally. Up, up and away: social marketing breaks free. *Journal Of Marketing Management*, [s.l.], v. 30, n. 11-12, p.1159-1185, 22 ago. 2014. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/0267257x.2014.943264>.
- FLORES, Bertha E.; ACTON, Gayle J.. Older Hispanic Women, Health Literacy, and Cervical Cancer Screening. *Clinical Nursing Research*, [s.l.], v. 22, n. 4, p.402-415, 30 maio 2013. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1054773813489309>.
- FRENCH, Jeff, RUSSELL-BENNETT, Rebeakah, MULCAHY, Rory. "Travelling alone or travelling far?: Meso-level value co-creation by social marketing and for-profit organisations", *Journal of Social. Marketing*, Vol. 7 Issue: 3, pp.280-296, 2017. <https://doi.org/10.1108/JSOCM-12-2016-0088>
- GORDON, R. and GURRIERI, L. 'Towards a Reflexive Turn: Social Marketing Assemblages', *Journal of Social Marketing* 4(3): 261–78, 2014. Disponível em: < <https://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/JSOCM-02-2014-0015>>. Acesso em 08/03/2018
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil*. 2009.
- INCA, Instituto Nacional de Câncer. *INCA estima cerca de 600 mil casos novos de câncer para 2018*. 2018. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2018/inca-estima-cerca-600-mil-casos-novos-cancer-para-2018>>. Acesso em: 12 mar. 2018.
- IARC, International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. *IARC Handbooks of Cancer Prevention. Cervix cancer screening*. v. 10. Lyon: IARC Press; 2005.
- KAVIN, Michelle et al. Development and pilot of a low-literacy diabetes education book using social marketing techniques. *Diabetes Therapy*, [s.l.], v. 1, n. 2, p.93-102, dez. 2010. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s13300-010-0009-1>

- LAGARDE, François. Fostering Equity Through Downstream, Midstream and Upstream Social Marketing. *Social Marketing Quarterly*, [s.l.], v. 20, n. 4, p.268-274, 13 out. 2014.
- LEE, Hee Yun; LEE, Jiwoo; KIM, Nam Keol. Gender Differences in Health Literacy Among Korean Adults: Do Women Have a Higher Level of Health Literacy Than Men?. *American Journal Of Men's Health*, University Of Minnesota, v. 5, n. 9, p.370-379, 11 ago. 2014.
- LEE, Shouu-yih D. et al. Health Literacy and Women's Health-Related Behaviors in Taiwan. *Health Education & Behavior*, [s.l.], v. 39, n. 2, p.210-218, 8 jul. 2011. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1090198111413126>.
- LEFEBVRE, R.C. "Transformative social marketing: co-creating the social marketing discipline and brand", *Journal of Social Marketing*, Vol. 2 No. 2, pp. 118-129. 2012.
- LIMA, Márcia Alexandrino de. "*Tem que se cuidar, né?*": abordagem socioantropológica sobre a saúde da mulher nas USF de Rio Tinto - PB. 2016. 68 f. TCC (Graduação) - Curso de Antropologia Social, Ccae, Universidade Federal da Paraíba, Rio Tinto, 2016.
- LYTTON, Michael. Health Literacy: An Opinionated Perspective. *Journal Of Preventive Medicine*, California, v. 6, n. 45, p.35-40, 2013.
- MAMEDE, Marlí V.; BUENO, Juliana V.; BUENO, Sônia M.V. Percepção da condição de saúde entre as mulheres. *R. Bras. Enferm Brasília*, Brasília, v. 2, n. 46, p.95-100, abr. 1993.
- MARSHALL, Sarah; SAHM, Laura; MCCARTHY, Suzanne. Health literacy in Ireland: reading between the lines. *Perspectives In Public Health*, [s.l.], v. 132, n. 1, p.31-38, jan. 2012. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1757913911431034>.
- NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, Vol. 15, pp. 259-67. 2000.
- POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Trad. Ananyr Porto Fajardo. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- QUEMELO, Paulo Roberto Veiga et al. Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e00179715, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00179715>.
- RICO, Ana María; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1763-1773, Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00146512>.
- ROCHA, Cristianne Maria Famer; DIAS, Sonia Ferreira; GAMA, Ana Filipa. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1003-1012, 2010.
- RUSSELL-BENNETT, Rebekah; WOOD, Matthew; PREVITE, Jo. Fresh ideas: services thinking for social marketing. *Journal Of Social Marketing*, [s.l.], v. 3, n. 3, p.223-238, 7 out. 2013.
- SANCHEZ, R.M.; CICONELLI R.M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 31(3):260-8, 2012.
- SHIEH, Carol; HALSTEAD, Judith A. Understanding the Impact of Health Literacy on Women's Health. *Health Literacy and Women's Health: Obstetric and Neonatal Nurses*, California, n. 38, p.601-612, mar. 2009.
- SILVA, Bruna Lopes da. *Os processos de trabalho para efetivação da política de saúde da mulher na atenção básica*. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Modelos em Saúde, Ccen, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.
- SILVA, Edson Coutinho da; MINCIOTTI, Silvio Augusto. Marketing Social: Uma Análise de sua Aplicação às Políticas Públicas de Saúde em São Bernardo do Campo. In: ANPAD, 2008, Salvador-BA, p.1-16, 14 nov. 2008.

TEWELL, M. R. "Not just a mother's decision: a multifactorial exploration of low breastfeeding rates in African American women". *Florida Public Health Review*, v. 9, n. 86, p. 36-41, 2012.

WOOD, Matthew. Social Marketing for Social Change. *Social Marketing Quarterly*, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 107-118, 2016. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1524500416633429>.

WOOD, Matthew. "Midstream social marketing and the co-creation of public services", *Journal of Social Marketing*, Vol. 6 Issue: 3, pp. 277-293, 2016.