

Coutinho da Silva, Edson; Mazzon, José Afonso
ORIENTAÇÃO DE MARKETING SOCIAL ÀS CAMPANHAS DE SAÚDE DA MULHER:
UMA ANÁLISE DA REGIÃO DO GRANDE ABC PAULISTA
Revista Brasileira de Marketing, vol. 14, núm. 2, abril-junio, 2015, pp. 247-259
Universidade Nove de Julho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=471747059009>

ORIENTAÇÃO DE MARKETING SOCIAL ÀS CAMPANHAS DE SAÚDE DA MULHER: UMA ANÁLISE DA REGIÃO DO GRANDE ABC PAULISTA

RESUMO

Este artigo tem como objetivo identificar e avaliar os princípios de Marketing Social (e práticas) no programa de saúde da mulher na região do ABC Paulista. A orientação de Marketing Social procura potencializar as campanhas de saúde pública, utilizando cinco princípios: foco no cliente; focar os benefícios para os clientes; esforçar-se para criar valor; envolver toda a organização no processo; estar ciente de que os clientes são diferentes. Em termos metodológicos, esta pesquisa é exploratória e descritiva por meio de estudo de caso único; cuja região é o caso; nove entrevistas foram realizadas com gestores de saúde dos programas de saúde das mulheres das três cidades da região. Os métodos qualitativos foram utilizados para informar os resultados. Estes pesquisadores verificaram que as estratégias de Marketing Social estão presentes na campanha de saúde das mulheres, mas, nem todos os processos e da maneira esperada, como propõe o modelo de plano de Marketing Social.

Palavras-chave: Marketing Social; Mudança Social; Campanhas de Saúde; Saúde Pública.

SOCIAL MARKETING FOR WOMEN'S HEALTH CAMPAIGNS: AN ANALYSIS IN THE ABC REGION, GREATER SÃO PAULO, BRAZIL.

ABSTRACT

This article aims to identify and evaluate the Social Marketing principles (and practices) in women's health programme in the ABC Region, located in the Greater São Paulo, Brazil. The Social Marketing orientation seeks to potentialise public health campaigns using five principles: customer focus; focus on the benefits to customers; endeavour to create value; involving the whole organisation in the process; being aware that customers are different. In methodological terms, this research is exploratory and descriptive through a single case study, the ABC region; nine interviews have been carried out with health managers of women's health programmes in the three cities of the region. The qualitative methods were used to report the results. The authors of this study verified that Social Marketing strategies are present in women's health campaigns, but, not all processes and in the expected way, by the proposed the Social Marketing plan.

Keywords: Social Marketing; Social Change; Health Campaigns; Public Health.

Edson Coutinho da Silva¹
José Afonso Mazzon²

¹ Doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP. Professor do Centro Universitário da FEI. Brasil. E-mail: coutinho_ed@hotmail.com

² Doutor em Administração pela Universidade de São Paulo - USP. Professor da Universidade de São Paulo - USP. Brasil. E-mail: jmazzon@usp.br

1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde tem como marco a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1945, onde a saúde passou a ser um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, opiniões políticas e condições econômicas e sociais. Em seguida, a declaração de *Alma-Ata* constituiu um marco importante ao movimento da Saúde para Todos, onde a saúde passou a ser entendida num sentido positivo, como um recurso da maior importância para o desenvolvimento social. Em 1986 é lançada a Carta de *Ottawa* (Canadá), que perseguiu o desafio de uma nova saúde pública, afirmando a justiça social e a equidade como premissas da saúde. O desafio da promoção da saúde consiste em desenvolver uma sociedade saudável, responsável e comprometida com o seu próprio bem-estar (Ottawa Charter, 1986).

Paralelamente, surge na década de 1980, a Nova Gestão Pública (NGP), que enfocou a orientação ao cidadão e aos resultados. Peters e Pierre (1998) e Prats I Catalã (2006) sumarizam o escopo da NGP para: (a) desenvolvimento de instrumentos para *accountability*: foco na introdução dos mecanismos de mercado e governança; (b) redução da dicotomia público-privada: na busca de importar técnicas gerenciais do setor privado; (c) ênfase na competição: aumento da eficiência da gestão pública para atender ao cidadão-consumidor; (d) ênfase em resultados: foco no controle de insumos e contratos de gestão de resultados; (e) papel articular do Estado: capaz de cortar gastos e ao mesmo tempo responder às expectativas da clientela; (f) desenho de estruturas organizacionais: capaz de apoiar à formulação de políticas públicas aos cidadãos-consumidores. A promoção da saúde e a NGP buscam introduzir novas alternativas a fim de construir relacionamentos e minimizar conflitos entre os setores públicos e os cidadãos, é nesse limiar que o Marketing Social encontra seu espaço de atuação.

Cunhado por Kotler e Zaltman (1971), o Marketing Social propõe o uso das estratégias de Marketing para programas sociais que busquem a promoção da saúde, o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo e da sociedade como um todo. O Marketing

Social tem como meta a mudança de comportamento provocando padrões de vidas aos indivíduos. Este estudo tem o objetivo de investigar, identificar e avaliar as práticas de Marketing Social em campanhas de promoção da saúde da mulher no Grande ABC, a partir de um modelo de planejamento proposto por estes pesquisadores. O Marketing Social é uma ferramenta que se propõe a ser uma alternativa aos gestores públicos (inclusive de saúde pública) na intervenção em favor do bem-estar social, da equidade e justiça social e, simultaneamente, tentar resolver problemas sociais por intermédio das práticas e processos de Marketing.

2 REFERENCIAL CONCEITUAL

2.1 Orientação do Marketing Social

Marketing Social é uma ferramenta adequada para o planejamento de uma campanha social, pois busca influenciar indivíduos às práticas de mudança social. Os critérios que determinam uma campanha orientada ao Marketing Social são: (a) se a mudança de comportamento é o objetivo final; (b) se o cidadão-consumidor é o centro da mudança; (c) e se há ênfases no conceito de trocas atrativas que proponham à mudança de comportamento por meio de benefícios irresistíveis a custos mínimos (Rothschild, Mastin & Miller, 2006; Smith & Strand, 2009). Por ser uma aplicação, todo o ciclo de Marketing sofrerá alterações, como pode ser observadas no quadro 1. Se as estratégias de Marketing Social se configuram uma opção aos gestores públicos, assim sendo, propõe-se aqui um modelo de plano de Marketing Social, que deve ser concebido a partir da compreensão de três níveis (ou eixos), como sugere a figura 1. Cada um dos níveis: diagnóstico do problema social; benefícios e mudanças sociais; e *mix* de Marketing Social, abrangem uma série de estágios (ou passos) que serão explicados na análise dos resultados. Todos os níveis são relevantes para o planejamento de uma campanha social, porém, o que deveria receber mais atenção dos profissionais é o nível II, e não o III, como foi observado em outros estudos, uma vez que o II se refere ao o que e o III ao como.

CICLO DE MARKETING	ORIENTAÇÃO DE MARKETING	ORIENTAÇÃO DE MARKETING SOCIAL
Mercado	Consumidores finais ou empresariais.	Cidadãos-alvo, população-alvo.
Necessidades, Desejos e Demandas.	Necessidade: está no indivíduo; Desejo: está no produto ou bem; Demanda: poder de compra.	Necessidade: problemas sociais; Desejo: bem-estar e qualidade de vida; Demanda: indivíduos com problemas sociais e receptivos à mudança social.
Produto e/ou Serviço	Benefício, experiência ou solução.	Ideias, intervenções e orientações.
Valor, Satisfação e Qualidade.	Valor: os benefícios versus custos; Satisfação: sentir-se bem; Qualidade: durabilidade e conformidade.	Valor: mudança versus renúncias; Satisfação: vida saudável e feliz; Qualidade: respeito ao livre-arbítrio,
Processo de Troca	Troca: aquisição do produto, confiabilidade, respeito, segurança, etc. Transação: monetária; Relacionamento: em longo prazo.	Troca: aquisição da ideia e mudança; Transação: não monetária e monetária; Relacionamento: em longo prazo, mudança de comportamento e de valores.

Quadro 1 - Orientação de Marketing versus Orientação de Marketing Social

Fonte: Adaptado de Kotler e Roberto (1989) e Kotler e Lee (2008).

O Marketing Social se propõe a criar mudanças comportamentais voluntárias respeitando o livre-arbítrio dos indivíduos. Se a meta não for esta, não se refere ao Marketing Social (Henley, Raffin & Caemmerer, 2011). Quando adicionadas à perspectiva do cliente à ênfase do conceito de troca que busquem encorajar uma mudança de comportamento por meio de uma proposta de valor e se este for maior que os custos, há uma orientação ao Marketing Social (Kotler & Lee, 2008). Quando

inseridas em uma campanha às estratégias de Marketing Social, se potencializam as chances de se obter melhores resultados. O Marketing Social busca promover à equidade de acesso aos serviços de saúde, à redução das desigualdades sociais, a justiça social, o bem-estar social e auxiliar os indivíduos a terem mais clareza dos propósitos das campanhas e, consequentemente, terem uma vida mais feliz e saudável.

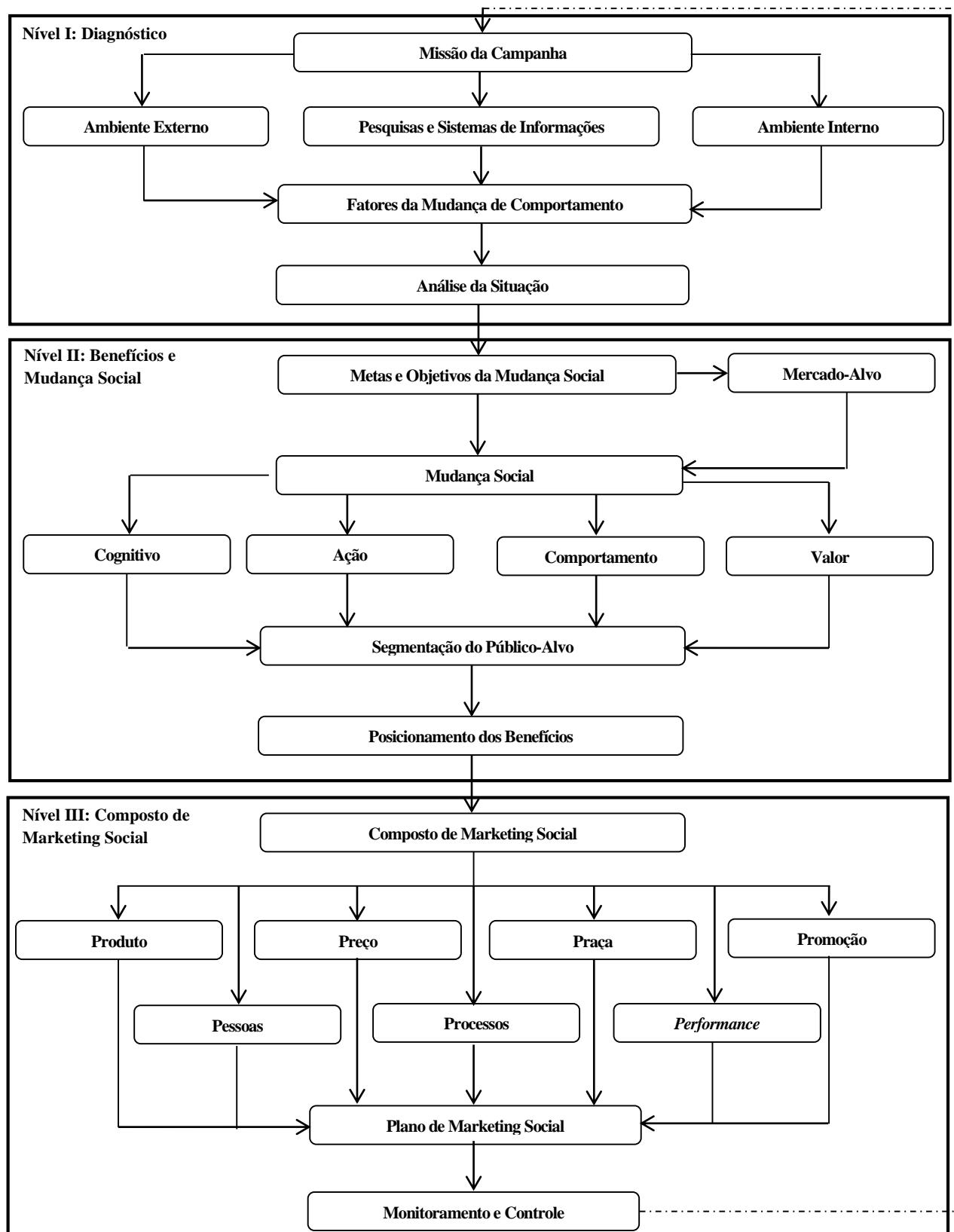


Figura 1 - Modelo de Plano de Marketing Social
Fonte: Adaptado de Kotler e Roberto (1989) e Kotler e Lee (2008).

2.2 Campanhas de Promoção da Saúde: Oportunidade para o Marketing Social

Os administradores públicos, em particular da saúde pública, têm demonstrado interesse em implementar estratégias e práticas na iniciativa privada para aprimorar o relacionamento entre o setor público e os cidadãos. Os impasses e os embates entre os profissionais de saúde pública e os cidadãos residem no desempenho (Wash et al, 1993). Wymer (2011) aponta que na saúde, o desempenho representa o cumprimento de uma obrigação do Estado para com os cidadãos. Por mais que o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha em seu cerne a universalidade, a equidade e a humanização da atenção à saúde; é na execução que o Ministério da Saúde tem dificuldades em cumprir tais premissas, onde dois fatores corroboram para que isso ocorra: administração inadequada dos recursos públicos de saúde e o nível de discernimento da população de seus papéis enquanto cidadãos. Lefebvre e Flora (1988) e Marchioli (2006) destacam que quando se propõe o Marketing Social no campo da saúde, quer se considerar a busca de soluções para tais questões, pois o Marketing Social busca administrar os recursos públicos e considera o papel ativo do cidadão.

O Marketing Social quando aplicado à saúde pública, faz emergir a responsabilidade do cidadão para a operação das campanhas, pois sem participação do cidadão, não há campanha. O Marketing Social procura ajudar os indivíduos a realizar mudanças de comportamento que tenham como desdobramento a melhoria de suas condições de saúde (Gordon & Moodie, 2009; Gordon, 2011). Quais benefícios o Marketing Social proporcionaria ao Estado? Promoção e prevenção da saúde por meio de conscientização e adoção de comportamentos saudáveis aos cidadãos proporcionariam ao Estado menos recursos na “doença” e mais recursos na saúde, enquanto investimentos em infraestruturas de hospitais, santas casas, centros de saúde e unidades básicas de saúde (UBS), além de investimentos de pesquisas científicas em universidades (Donovan, 2011). A mudança de comportamento é algo complexo, devido: ao pouco discernimento dos profissionais de saúde do conhecimento do indivíduo; ao baixo nível cultural e educacional de parte da população; e ao contexto social do indivíduo.

O Marketing Social faz uso dos conceitos de mudança de comportamento e de gestão de serviços para produzir o efeito desejado nas campanhas sociais. O conceito de troca do Marketing Social é complexo na saúde pública, pelo fato do produto ser algo intangível e os benefícios não serem imediatos (Andreasen, 2006). Carvalho e Mazzon (2013) argumentam que a complexidade está na mudança de comportamento que são mais difíceis do que no Marketing Comercial. O conceito de troca não é algo simples, mas se o

profissional de Marketing Social buscar conhecer o segmento-alvo e os impedimentos para a adoção da mudança, certas dificuldades podem ser reduzidas. Em Dibb (2014), é possível observar que o papel do Marketing Social volta-se ao indivíduo (o cidadão) e não ignora os fatores que influenciam seu comportamento, bem como aqueles que impedem ou restringem a mudança. Marketing Social não é apenas: meio de comunicação, educação, alcançar qualquer indivíduo e um processo imediato. Um profissional de Marketing Social não pode eximir de conhecimentos que permitam um melhor entendimento do indivíduo: Antropologia, Economia, Psicologia, Sociologia, etc.

O conhecimento de Marketing Social sugere prováveis benefícios ao campo da saúde pública, tais como: (a) programas de saúde orientados ao cidadão-consumidor desde as etapas iniciais de intervenção na saúde, ao focar programas que possibilitem maior aceitação em longo prazo da mudança; (b) melhoria da implementação, gerenciamento e avaliação de programas de saúde, tendo em vista à aplicação de um programa efetivo por meio do Marketing mix; (c) desenvolvimento de campanhas informativas que posicionem os benefícios da mudança, a fim de atingir o cognitivo do indivíduo; (d) aprimoramento, qualidade e satisfação pública por parte da população, detectando, de antemão, problemas e como as campanhas podem contorná-los com o propósito de elevar o grau de confiança e relacionamento e diminuir as reclamações; (e) solução para problemas de saúde pública, na medida em que o Marketing Social busca solucionar problemas sociais que requerem atenção, aceitação e satisfação dos indivíduos (Lefebvre, 2011; Weinreich, 1999; Wood, 2012).

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

Esta pesquisa de caráter exploratório-descritiva propõe aprofundar os conhecimentos ainda incipientes entorno da aplicação dos princípios de Marketing Social em programas de saúde pública da mulher na região do ABC (Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul) e, em seguida, descrevê-las nas perspectivas dos gestores de saúde dos programas. Cabe caracterizar que estas três cidades juntas compõem uma população de 1,6 milhão de pessoas e possuem a melhor infraestrutura de serviços de saúde (IBGE, 2010). Com o intuito de compreender melhor o objeto de pesquisa, definiu a região como um caso, ou seja, um estudo de caso simples, uma vez que se procurou estudar a região, e não cada um dos três municípios individualmente e depois confrontá-los (Yin, 2012).

Em relação ao corte temporal, optou-se pelos últimos oito anos, na medida em que 2006 a região implementou o modelo de regionalização do SUS que

prevalece até hoje e que convive naturalmente com o sistema municipal de cada saúde. Para tanto, optou-se por selecionar entrevistados conduzidos pelo critério de estarem nos programas de saúde neste período. Este estudo teve a contribuição de nove gestores de saúde dos programas de saúde da mulher: três de Santo André, três de São Bernardo do Campo e três de São Caetano do Sul. No que diz respeito ao instrumento de pesquisa, as questões foram agrupadas a partir dos três níveis do modelo de plano de Marketing Social, conforme figura 1. Este instrumento foi aplicado aos sete gestores públicos, entre fevereiro e março de 2014 nos locais onde desenvolvem suas atividades, ou seja, Coordenação dos Programas de Saúde da Mulher (CPSM) dos municípios e Centro de Atenção Integrada da Mulher (CAISM) dos municípios São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul – em Santo André não há CAISM. Para a escolha dos gestores, considerou-se: a figura do gestor; a experiência e vivência em campanhas de saúde voltadas à mulher na região; e a responsabilidade e o poder de decisão da alocação de recursos nas campanhas.

Para fins de análise e discussão dos resultados, optou-se pelo método qualitativo, pois o estudo se concentrou em compreender a partir das falas e dos discursos dos entrevistados. É a melhor alternativa para se interpretar a situação das campanhas dos programas de saúde da mulher na região do ABC, porque são os gestores de saúde que planejam e articulam as ações das campanhas. Portanto, suas explicações possibilitaram entender o objetivo desta pesquisa, algo que dificilmente seria possível com o uso de métodos quantitativos, pois não conseguiriam fornecer a profundidade que as entrevistas e o método qualitativo possibilitaram. Cabe mencionar que este projeto foi submetido aos comitês de éticas de medicina e/ou saúde dos três municípios e obteve aprovação em todos eles para a realização pesquisa e divulgação dos seus resultados (Stake, 2000).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Diagnóstico do Mercado Social

O nível I: diagnóstico, compreende uma série de processos: missão da campanha, análise do macro e microambiente, pesquisa e sistema de informação, fatores que influenciam a adoção do comportamento e análise da situação. Observou-se pelos gestores de saúde e materiais de campanhas de saúde da mulher, que a missão é por vezes confundida com objetivos: por exemplo, “executar ações dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias do grupo populacional feminino de 10 anos, com vistas à redução da sua morbimortalidade especial por causas evitáveis”. Missão tem caráter abstrato, no sentido de posicionar uma intenção estratégica, assim poderia ser “redução de riscos de morbimortalidade de causas evitáveis em

mulheres acima de 10 anos”. Se inseridos na declaração ação, metas e/ou resultados a serem alcançados, des caracteriza a missão e ela passa a ser objetivo. Portanto, missão das campanhas de saúde precisa ser mais bem formulada, com vistas a assegurar e dizer aos envolvidos, o real propósito das campanhas, e como cada um deles podem elaborar objetivos, a fim de garantir a missão das campanhas.

O segundo estágio envolve os ambiente da organização macro e microambiente da organização. No macroambiente foi constatado um levantamento: (a) demográfico: tamanho da população das campanhas, estratificação social, renda, localidade, nível educacional, trabalho, etc; (b) econômico: estudo do desemprego e economia regional; (c) físico-natural: contaminação do solo; (d) político-legal: cartilha do Sistema Único de Saúde (SUS), diretrizes do Ministério da Saúde e normas da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA); (e) sociocultural: estudos de hábitos, costumes e comportamentos do cotidiano das mulheres; (f) tecnológico: observância de novas metodologias e/ou tecnologias para desenvolvimento das campanhas, entretanto, somente se forem orientadas pelo Ministério da Saúde ou OMS. Para os entrevistados, as análises demográfica, econômica, político-legal e sociocultural são mais frequentes e profundas. No microambiente, os gestores realizam: (a) avaliação da infraestrutura do setor público em atender à demanda; (b) análises dos fornecedores e/ou terceiros que irão trabalhar nas campanhas; (c) verificação das praças, ou ponto de acolhimento e/ou atendimento, tais como a UBS e o CAISM; (d) levantamentos da concorrência, em termos de barreiras que impeçam a adesão das mulheres à campanha; e (e) contato com a comunidade local em busca de apoio nas campanhas. Na visão dos entrevistados, estudar a concorrência exige um trabalho árduo dos gestores públicos.

O terceiro estágio diz respeito às pesquisas e aos sistemas de informações para fomentar as decisões de Marketing. Segundo os entrevistados, as pesquisas de mercado social são realizadas pelos agentes comunitários e profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) que visitam e interagem com as famílias para conhecê-las em relação aos seus problemas sociais. O PSF está alinhado às propostas de prevenção e promoção da saúde no que se refere à Atenção Primária de Saúde (APS). As equipes de PSF são, na ótica dos princípios de Marketing Social, uma espécie de força de vendas, que visitam os moradores em busca de conhecer a demanda, por meio de pesquisas e entrevistas conduzidas junto às famílias e, ainda tira vantagem da oportunidade de posicionar e vender os benefícios dos produtos sociais da campanha aos moradores locais. Os entrevistados ressaltaram que a equipe de PSF é uma coletora de dados e informações atualizadas da situação das famílias, que nenhum sistema de informação de saúde conseguiria proporcionar.

No tocante aos sistemas de informações, os gestores utilizam os sistemas DATASUS (dados do SUS) que proveem dados e informações acerca da situação sanitária atual; e TABNET, que permite a tabulação de grande volume de dados provenientes do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Os entrevistados apontaram que quando são elaboradas campanhas de saúde da mulher em âmbito nacional ou estadual, os respectivos órgãos (Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde) encaminham relatórios da situação, cabendo aos gestores municipais, apenas a anuência ou não dos dados, bem como uma atualização, se necessário, para a tomada de decisões. Fontes como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), não são usados com frequência para fins de consulta, uma vez que quase sempre os dados estão defasados com relação à situação atual dos municípios em termos sociais e de saúde. Em suma, a tomada de decisão baseia-se em relatórios fornecidos pelas equipes de PSF, DATASUS, TABNET, Ministério da Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde.

O quarto estágio foca nos dois tipos de comportamento determinante do indivíduo das campanhas de saúde: externo e interno. Os externos são aquelas forças que vêm de fora da mulher e que inferem no desempenho da campanha, e foram averiguadas as seguintes: (a) habilidades profissionais necessárias para influenciar e encorajar mudanças; (b) acesso aos produtos e serviços; (c) burocratização da gestão pública; (d) cultura de que tudo que é oferecido pelo setor público tem baixo padrão de qualidade. Os internos são as forças que vêm de dentro da mulher que criam barreiras à adesão às campanhas, assim, foram observadas: (a) conscientização dos problemas sociais; (b) atitude da mulher com relação ao que sente e pensa à respeito dos problemas sociais; (c) crença da mulher em relação ao comportamento; (d) normas sociais que envolvem a percepção das mulheres no que diz respeito à mudança de comportamento; (e) consequências percebidas pela mulher acerca do que pode ocorrer com condução da mudança de comportamento; e (f) intenções acerca dos projetos futuros. Sumarizando o discurso dos gestores de saúde da região, todos apontaram ao menos um dos pontos acima como fator limitador do comportamento da mulher com relação às campanhas na região.

O quinto e último estágio do nível I envolve o diagnóstico da situação atual mercado social. Ou seja,

propõe um mapeamento acerca das oportunidades e ameaças do mercado, bem como as virtudes e fraquezas das organizações sociais. Constatou-se que o relatório final do problema social da região não contempla, precisamente, todas as dimensões propostas pelo modelo de planejamento de Marketing Social. Os levantamentos e análises são rudimentares, pois os gestores de saúde da região desconhecem os princípios do Marketing Social. Há de se reconhecer que este nível I visa mapear e diagnosticar três grupos de componentes envolvidos nas campanhas de saúde: a dinâmica do mercado (externa), a estrutura da organização provedora dos serviços de saúde (oferta) e o comportamento das mulheres-alvo (demanda). Os gestores de saúde reconhecem que as limitações impostas pelo setor público impedem que os serviços de saúde avancem ao padrão de qualidade, com vistas a desmistificar a percepção de que tudo que é público é ruim. Conhecer o tripé mercado, organização e indivíduos asseguram a possibilidade de aferir com êxito as campanhas.

4.2 Benefícios e Mudança Social

O nível II: benefícios e mudança social têm a seguinte estrutura de processos: objetivos da campanha, mercado de atuação, mudança social, segmento-alvo e posicionamento. O estágio inicial envolve a definição dos objetivos. Em uma campanha os objetivos devem estar alinhados à missão. Em uma dada campanha de saúde da mulher na região, os objetivos gerais envolviam: (a) promover a melhoria das condições de vida e saúde; (b) reduzir a morbimortalidade por causas evitáveis; e (c) ampliar, qualificar e humanizar a atenção à saúde da mulher no SUS. Como objetivos específicos: (a) promover a atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual; (b) estimular a implantação e implementação do planejamento familiar; (c) promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade; e (d) fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de saúde da mulher. Todos os objetivos são claros e podem servir de referência aos profissionais de saúde, no entanto, é impossível mensurar seus desempenhos e resultados, uma vez que não dizem: quantidade de recursos empregada, localidades envolvidas, metas específicas e o prazo em que se deseja atingir os resultados.

Kotler (1975)	Prochaska e DiClemente (1983)
Cognitiva	Pré-contemplação Contemplação Preparação
Ação	Ação
Comportamento	Manutenção
Valor	Terminação

Quadro 2 - Modelos de Mudança Social e Comportamento
Fonte: Adaptado de Kotler (1975) e Prochaska e DiClemente (1983).

O segundo estágio é a mudança de comportamento. Mudar o comportamento é a meta das campanhas. É nesse instante que o nível I se torna relevante, é a partir da situação atual que se conceberá a mudança social. Kotler (1975) preparou quatro estágios de mudança social: cognitivo, ação, comportamento e valor; e Prochaska e Di Clemente (1983) elaborou um modelo comportamental estruturado em: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e terminação. Os dois modelos são semelhantes, ver quadro 2. Nesse estudo, optou pelo modelo de Kotler (1975), contudo, o modelo de Prochaska & DiClemente (1983) também poderia ser utilizado para fins de análise. Para um dos gestores CAISM de São Bernardo do Campo, a mudança é complexa na região, onde “*a dificuldade em promover a mudança social está situada no baixo nível educacional de parte da população que participa das campanhas (...), então, se chegarmos ao nível cognitivo e de ação, é um avanço em diversos momentos*”. Um dos gestores do CPSM de São Caetano do Sul introduz outra perspectiva que impede a mudança: “*se a mulher tem recursos para ‘arcar’ com os problemas sociais vividos por ela, como um bom plano de saúde suplementar (...) ela não muda, mesmo com educação e sendo consciente e ciente dos efeitos do problema para a sua saúde*”. Diversas situações podem ser barreiras para a mudança de comportamento das mulheres, na primeira situação as condições de educação e na segunda as socioeconômicas.

Mudança social é o produto do Marketing Social. Mudança social é a transformação, observável em um determinado período, que afeta de maneira que não seja provisória, a estrutura ou funcionamento da organização social de uma coletividade, modificando o curso de sua história. Um dos gestores do CPSM de Santo André destacou que a mudança social “*requer que a mulher deseje, que seja ativa, participante e uma reproduutora em sua comunidade (...) porém, muitas delas não vêm atrás de uma orientação, mas sim, do ‘produto’ da campanha*”. Mudança social somente ocorre quando a mulher reconhece o problema e percebe o benefício da mudança. Um dos gestores do CAISM de São Bernardo do Campo relatou que algumas mulheres somente vão à procura de uma mudança social quando o problema se agravou, isto é, possui alguma enfermidade grave. Este gestor menciona o exemplo de uma mulher que foi ao CAISM em busca de saúde bucal, decorrente da má higiene, do cigarro e da bebida. Quando a funcionária a orientou a fazer algumas mudanças necessárias em seus hábitos, e que teria que se submeter a alguns tratamentos invasivos, a mulher se direcionou a funcionária e disse: “*Não há um remédio? Não há algo que eu possa aplicar que possa curar rapidamente?*”. O gestor apontou que esta situação é recorrente e, que mesmo com a orientação da equipe de PSF nos bairros,

a mudança social é um processo complexo, devido ao baixo nível cultural e educacional.

Mudar comportamento é renunciar algo que proporcione sensações de alegria, prazer e sociabilidade. Mudança social é concebida a partir de uma proposta de valor. Os gestores destacaram que dentre as quatro categorias de mudança social, a cognitiva e de ação são mais fáceis de promover. Entretanto, a de comportamento e de valor atinge uma parcela pequena da população das campanhas. Este grupo que promoveu a mudança de comportamento e de valor tem consciência da prevenção acerca da saúde e foi educada – inclusive pela família – a se proteger, ou seja, o grupo comprehende os benefícios da mudança, porque é assim que a mudança social age, na exposição da proposta de valor e deixa que a mulher tenha o livre arbítrio de fazer as escolhas para o seu futuro. Observou-se que os materiais promocionais orientam as mulheres acerca de como proceder, mas, não dizem o que se almeja com este procedimento, por exemplo, explicam o que é câncer de mama, como prevenir e identificar o nódulo, porém, não diz o que essa atitude poderá trazer de benefício a ela em termos de uma vida saudável. Para um dos gestores do CPSM de Santo André, “*quando a mulher é orientada desde a infância a cuidar da sua saúde, e no futuro a campanha é direcionada a este público, a mudança social ocorre com mais facilidade*”. Ele aponta que este é o esforço atual das campanhas de Human Papiloma Virus (HPV) direcionado às meninas de 11 – 13 anos de idade na região. No caso, os gestores devem explicar não somente o que, como também, para que.

Por que a mudança social é o mote em Marketing Social? Porque sem ela, não se consegue saber, o que se está oferecendo ao mercado e não saber o que se quer modificar. Recomenda-se que a mudança social seja operacionalizada da seguinte maneira: (a) demonstrar à mulher a importância de realizar a prevenção, dizendo o que terá que renunciar em prol do futuro (cognitivo); (b) fazer com que elas ajam e que busquem frequentemente a prevenção (ação); (c) fazê-las entender que a saúde é a prioridade e que incorpore em seus hábitos e costumes (comportamento); (d) e que faça parte de sua vida desse momento em diante (valores). Mesmo a região do ABC sendo uma das mais desenvolvidas socioecononomicamente no país; os gestores de saúde apontam que atuar na prevenção e promoção da saúde é um desafio, uma vez que parte das mulheres acredita que o Estado deve estar de prontidão para atendê-las na saúde na doença. Por ser uma região reconhecida pela participação ativa da sociedade civil ao reivindicar os direitos dos cidadãos, os gestores de saúde devem buscar o apoio dessas organizações a fim de influenciar as mulheres à mudança comportamental.

O terceiro estágio remete à definição do público-alvo. No caso da campanha de HPV, a faixa etária foi de garotas adolescentes entre 11 – 13 de idade,

decorrente da iniciação sexual precoce. Em estudos conduzidos pelo Ministério da Saúde, foi identificado que o problema inicia próximo a esta faixa etária e se desenvolve entre 15 – 17 anos de idade. Em outras palavras, ao escolher um público-alvo, o gestor de saúde irá elaborar um composto de Marketing para este grupo. Na região do ABC os gestores usam três grupos de variáveis para determinar o público-alvo: mensurabilidade, prioridade e capacidade. Eles escolhem o público-alvo considerando as variáveis geográfica, demográfica, psicográfica e comportamental. Em Marketing Social, o objetivo de segmentar é compreender o grupo como diferente dos demais – a equidade do SUS.

O quarto estágio é o posicionamento. Posicionar é projetar a proposta de valor. Constatou-se por meio dos materiais promocionais que esta é uma questão que requer ajustes nas campanhas, uma vez que a proposta de valor não é clara. Quando o posicionamento dos benefícios é conduzido pelas equipes de PSF, parece ter o efeito desejado. Para um gestor do CAISM de São Bernardo do Campo, “*em virtude da interação bilateral existente na relação entre os profissionais de saúde e a comunidade local (...) a equipe de PSF cumpre melhor esta etapa do que os materiais de comunicação*”. Um dos gestores do CPSM de Santo André destaca que na campanha de HPV recente, a equipe de PSF visitou escolas e colégios para reforçar a ideia da vacina para a prevenção. E um gestor do CPSM de São Caetano do Sul aponta a campanha de câncer de mama que ocorreu no município, onde as equipes de PSF visitaram as residências para enfatizar as vantagens de se realizar os exames de prevenção. As equipes de PSF são mais eficazes em posicionar a proposta de valor.

4.3 Composto de Marketing Social

Este último nível do plano de Marketing Social diz respeito à concepção do composto de Marketing. Pelo fato do produto ser, na verdade, um serviço, os 8 Ps parecem mais adequados do que os tradicionais 4 Ps, como recomenda Lovelock e Wirtz (2011). Nesse caso, são adicionados ao produto, preço, praça e promoção outros 4 Ps: pessoas, processo, *performance* e programa. O primeiro dos Ps é o produto. Constatou-se que, por mais que os gestores não tenham ciência do que venha ser Marketing Social, todos têm a concepção correta do produto. Para tanto, um gestor CPSM de São Caetano do Sul salientou “*nós oferecemos uma possibilidade de mudança de estilo de vida, de modo, que as mulheres cuidem delas mesmas, por meio de esclarecimentos, riscos e cuidados que elas precisam ter*”. Outro gestor da região, do CPSM de Santo André, entende que os produtos das campanhas envolvem “*a educação e a conscientização (...), e medidas preventivas que façam com que as mulheres compreendam que se ela se*

‘cuidar’, haverá menos casos de incidências de eventuais problemas”. Nenhum dos gestores caracterizou o produto como sendo algo tangível. O produto é uma ideia, um comportamento, uma ação, uma orientação, uma prevenção ou uma intervenção. Eventuais produtos tangíveis como preservativo, são percebidos pelos gestores como complementares.

O segundo P é o preço. Em Marketing Social o preço é monetário ou não monetário. O primeiro pode ser resultado de impostos ou investimentos que um indivíduo poderá fazer para aderir à mudança de comportamento, por exemplo, o custo de produtos *lights* e *diets* e/ou academia para exercícios. Contudo, não foi esta a percepção encontrada entre os gestores, eles destacaram, em sua maioria, que o preço envolve a dedicação ao tratamento, o tempo para educação e orientação e as barreiras culturais, pessoais e sociais. Um gestor do CPSM de São Caetano do Sul apontou, por exemplo, a resistência por parte de algumas mulheres em realizar o exame preventivo do câncer de mama, com receio de descobrir algo, assim, elas não procuram os centros de saúde. Um gestor do CPSM de Santo André indicou outro exemplo, no caso da campanha de HPV, onde os gestores de saúde tiveram que obter autorizações dos pais das adolescentes para que pudessem vaciná-las, porque os próprios pais desconheciam o vírus.

O terceiro P envolve a praça. Na região do ABC os pontos de acesso são estabelecidos considerando dois critérios: as mulheres e o equipamento. De acordo com um gestor do CPSM de Santo André “*em uma dada campanha, direcionada às mulheres jovens de 18 – 30 anos de idade, organizada pelo município, havia apenas dois equipamentos para atendê-las: o Hospital da Mulher e outra UBS em Capuava – fronteira com o município de Mauá*”. Este entrevistado ainda apontou que o município teve que disponibilizar veículos de transporte para atendê-las, porque caso contrário, “*essas mulheres que residiam em bairros distantes dos pontos de acesso, dificilmente iriam aderir à campanha*”. O onde e o quando são críticos para o desempenho das campanhas de saúde, ou seja, uma má logística pode acarretar em um preço – esforço, tempo e dinheiro – alto a se pagar para obter o produto social. Facilitar o acesso é permitir que o cidadão-consumidor dos produtos sociais possa exercer o seu direito de cidadania em prol de seu próprio bem-estar. Em caso de produtos complementares, como preservativos para campanhas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e as vacinas de HPV, eles devem ser disponibilizados nos locais onde o produto principal será disponibilizado para que não acarrete em frustração nas mulheres.

O quarto P se refere à promoção. Quando questionados acerca das formas de comunicação utilizadas nas campanhas de saúde da mulher da região, foi possível identificar: (a) propaganda, por meio de mídias como pôsteres, *folders*, *flyers*, panfletos, *outdoors*

e faixas em locais específicos das cidades; (b) publicidade, mediante notícias em jornais locais, como o jornal Diário do Grande ABC e revistas que tratam da saúde e bem-estar; (c) venda pessoal, a partir das equipes de PSF; (d) marketing digital, através de *banners* e informações em órgãos públicos das prefeituras e *links* em sites de procura. Nos materiais promocionais coletados das campanhas de saúde da mulher nos três municípios, constatou-se que as mensagens com proposta de valor são claras, como seguem em dois exemplos: campanha de HPV “*Cada menina tem um jeito de se expressar. Mas todas têm somente um jeito de se proteger*”; campanha de câncer de pele em São Caetano do Sul: “*Proteja-se, o perigo vem do sol*”. Entretanto, nem todos os materiais expõem as propostas de valor das campanhas. Uma comunicação ineficiente e ineficaz com o público-alvo proporciona ruídos e, acima de tudo, compromete o posicionamento dos benefícios das campanhas nas mulheres-alvo.

O quinto P diz respeito aos profissionais da campanha. Por se referir a um serviço, as pessoas ganham notoriedade, uma vez que aos olhos dos cidadãos, o funcionário é o serviço. Os profissionais de saúde desempenham diversos papéis nas campanhas de saúde da mulher na região, como destacam os gestores: (a) orientação ao público-alvo acerca das prevenções necessárias; (b) trabalho emocional aos que estão convalescendo de problemas de saúde; (c) compreensão acerca das necessidades das mulheres; (d) intervenção nos locais de atendimento às mulheres. Os gestores dos CPSM de Santo André e São Bernardo do Campo ressaltaram a dificuldade de se manter nos programas profissionais competentes e comprometidos com a causa, pois a ausência de infraestrutura adequada, os salários e os planos de carreira desestimulam parte dos profissionais, fazendo-os migrar para a iniciativa privada.

O sexto P está relacionado aos processos. Para os gestores, todos os processos são previamente elaborados e planejados, entretanto, no momento da execução podem ocorrer falhas inesperadas. Um gestor do CAISM de São Bernardo do Campo apontou que uma campanha de DST elaborada há 4 anos, ocorreu um problema que eles tiveram que contornar: “*a empresa contratada que forneceria os preservativos da campanha teve, no trajeto de um dos locais da campanha, em um dos veículos uma 'pane' e tivermos que nos deslocar até o local para pegá-los*”. O entrevistado destacou que tudo foi feito em tempo de realizar a campanha. Um gestor do CPSM de Santo André alegou que algumas vezes os processos não desempenham o esperado em devido à ausência de profissionais, mas, o mesmo complementou que “*os esforços dos que ali estão (...) faz com que todas as mulheres tenham acesso aos produtos da campanha*”. Nessas situações, recomenda-se um mapeamento por completo das atividades da campanha, tendo em vista a

identificação de eventuais pontos de falhas ou riscos de falhas dos processos.

O sétimo P trata da *performance* das campanhas. Segundo os entrevistados, quando a campanha é concebida pelos municípios, o desempenho se refere ao atingimento da totalidade das mulheres que tem o problema de saúde, a partir de um levantamento conduzido pelo município, porém, quando é federal, como o HPV, o Ministério da Saúde apresenta o número de mulheres que precisam ser alcançadas nas campanhas, que é no mínimo 85%. Os gestores do CPSM de Santo André destacaram que o município superou a meta de 97% das adolescentes do município. Todos os gestores apontaram que coletam dados e informações via questionários das mulheres-alvo que comparecem às campanhas para medir o seu grau de satisfação e, também, conhecer necessidades que não estão sendo satisfeitas. Um gestor de São Caetano do Sul argumentou “*não basta sabermos se estamos atingindo os números, temos que saber se estamos fazendo o nosso trabalho da maneira esperada pelas mulheres-alvo*”. Outro instrumento usado para medir o desempenho das campanhas é conduzido pelas equipes de PSF, quando ao retornar às localidades para acompanhar as famílias. A qualidade da campanha é definida na perspectiva de que consome e não de quem provê. Desempenho está atrelado aos objetivos das campanhas.

O último P é o programa. Um programa compreende todos os estágios dos níveis I e II, ou seja, o plano de Marketing Social. Um plano de campanha é concebido pelos gestores de saúde da região, mas, não seguem os padrões estabelecidos por este modelo. Segundo gestores, a formação técnica dos profissionais de saúde impede que algumas ocasiões tenham percepção adequada do efeito dessa e daquela decisão. No tocante ao Marketing Social, um plano de ação orientado às perspectivas das mulheres-alvo, faria com que os gestores compreendessem o que foi, está e será feito nas campanhas, na medida em que permitiria conduzir e corrigir processos que estivessem fora do padrão ideal de *performance*, além de ser um guia para orientá-los ao êxito das campanhas. O plano de Marketing Social garante que as trocas sejam mais bem conduzidas entre os que ofertam e os que adquirem os produtos sociais das campanhas, gerando benefícios a ambos: ao setor público, a redução de gastos com doenças e acidentes por meio da mudança de comportamento do público-alvo; e ao cidadão, o bem-estar e a qualidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Marketing Social se propõe a oferecer benefícios que procurem elevar o padrão de vida das pessoas, a partir do bem-estar, da qualidade de vida e da justiça social sem aferir lucro. O Marketing Social está

comprometido com a mudança voluntária de comportamento dos indivíduos. No âmbito da promoção da saúde, significa: (a) determinar qual é o problema através da coleta de dados sistemática do mercado social; (b) identificar riscos de comportamentos e determinantes externos e internos que impactam nas condições de vida dos indivíduos com o propósito de diagnosticar os problemas sociais; (c) desenvolver e implementar intervenções para compreender um público-alvo; (d) aplicar a intervenção efetiva em um público-alvo, avaliar seu impacto e custo-benefício; e (e) monitorar continuamente por meio de análise de dados o programa de intervenção. O Marketing Social representa um sistema único para entender quem são os indivíduos, o que desejam e então organizar a criação, entrega e comunicação dos produtos, serviços e mensagens para satisfazer seus desejos e, simultaneamente, satisfaz as necessidades da sociedade e resolve sérios problemas sociais. O Marketing Social busca a mudança de comportamento por meio de intervenções de saúde.

Os princípios de Marketing Social podem se pensados como um processo sistemático e estratégico de planejar mudanças de comportamentos endereçadas a um problema social, mediante pacotes de ofertas (benefícios), concebidos estrategicamente na ótica do público-alvo. O Marketing Social toma emprestados os conceitos de Marketing Comercial e mudança social (ou de comportamento) com vistas à aplicação dos princípios de Marketing para intervenção na área social. Logo, Marketing Social não é apenas: comunicação ou propaganda, campanha de mídia, alcançar qualquer um e um processo rápido; uma vez que todos os processos dependem do papel ativo do indivíduo. Independentemente do modelo de plano de Marketing Social utilizado para planejar e desenvolver as campanhas de saúde, algumas premissas são requeridas antes da elaboração de um plano de ação: (a) definir a cultura orientada ao consumidor por meio da missão e objetivo; (b) compreender o comportamento do consumidor a partir das pesquisas, sistemas de informações e ambientes externo e interno para mapear as questões atuais que caracterizam os indivíduos; (c) identificar as metas de comportamento, bem como os processos de mudança; (d) mapear as barreiras para a mudança de comportamento; (e) conhecer e estabelecer o processo de troca; (f) definir o público-alvo e posicionamento do benefício; (g) elaborar o composto de Marketing a partir dos 8 Ps, pois se trata de um serviço; e (h) estabelecer indicadores de performance para monitorar, analisar e avaliar as campanhas de saúde.

Este artigo teve a proposta de identificar e avaliar os princípios de Marketing Social em programas de saúde da mulher na região do ABC Paulista. Foi possível identificar os três níveis nas campanhas de saúde da mulher na região, entretanto, muitos processos não estão alinhados aos com os conceitos de gestão, tais como: (a) missão e objetivos tem o mesmo significado

aos gestores; (b) a coleta de dados e informações dos ambientes externo e interno não são considerados como um todo; (c) a pesquisa e sistemas de informações não têm dados e informações atualizadas sobre a situação atual; (d) a mudança social (ou de comportamento) não é coberta em todos os estágios, os gestores não avançam até o estágio de comportamento e valor; (e) os benefícios não são claros às mulheres como são claros aos gestores das campanhas; (f) os 8 Ps são reconhecidos nas campanhas de saúde da mulher, embora, essas táticas requeiram aprimoramento com relação à proposta de valor das campanhas. Um gestor de saúde não consegue desenhar, planejar e executar uma campanha sem o papel ativo das mulheres com o objetivo de alcançar a mudança.

Uma orientação de Marketing Social possibilitaria aprimorar os processos na perspectiva da gestão mais eficiente e eficaz, bem como aos propósitos da NGP e promoção da saúde. Há considerações relevantes para processos de Marketing Social na saúde pública em geral: (a) adequar o plano de Marketing Social às metas dos programas e contexto da região onde será desenvolvido; (b) assegurar a coordenação entre os principais stakeholders para uma segmentação de mercado eficaz; (c) fazer pesquisas de mercado social (ou de saúde) para garantir o planejamento e a implementação de um programa de Marketing Social apropriado; (d) usar o Marketing Social para introduzir e ampliar o acesso ao produto – benefícios; (e) investir em comunicação para conscientizar acerca da mudança de comportamento; e (f) elaborar um plano de promoção de saúde sustentável do começo ao fim – cadeia de valor. O Marketing Social não se preocupa com lucros, vendas e reputação da imagem da organização, mas sim, e prover mudanças de comportamento. No Marketing Social o processo de troca ocorre quando os dois lados – setor público e cidadão – cedem para ganham em prol do desenvolvimento social. Toda mudança tem perdas para obtenção de ganhos.

Este estudo buscou reforçar a função dos níveis I, II e III para auxiliar os gestores de saúde na elaboração de planos de Marketing Social alinhados ao público-alvo. O nível I visa prover o quando e onde residem os problemas sociais; o nível II o que deve ser feito; e o nível III como será feito. Em outras palavras, os níveis I e II definem o III. Um plano de Marketing Social orienta todos os processos na perspectiva do indivíduo, aumentando as chances de êxito de uma determinada campanha e diminuindo as discrepâncias entre o planejado e o executado. Enfim, Marketing Social é uma ferramenta que busca intervir em favor do bem-estar, equidade e justiça social e, ao mesmo tempo, resolver problemas sociais e de saúde por meio de estratégias de Marketing.

REFERÊNCIAS

Andreasen, A. (2006). Social Marketing in the 21st Century. Thousand Oaks: Sage Publications.

Carvalho, H. C. & Mazzon, J. A. (2013). Homo Economicus and Social Marketing: Questioning Traditional Models of Behavior, *Journal of Social Marketing*, 3(2), 162-175.

Dibb, S. Up, Up and Away: Social Marketing Breaks Free. *Journal Marketing Management*, vol. 30, n. 11-12, p. 1159-1185, 2014

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

Gordon, R. & Moodie, C. (2009). Dead cert or Long Shot: the Utility of Social Marketing in Tackling Problem Gambling in the UK? *International Journal of Non-profit and Voluntary Sector Marketing*, London, 14(3), 243-253.

Gordon, R. (2011). Critical Social Marketing: Definition, Application and Domain, *Journal of Social Marketing*, 1(2), 82-99.

Henley, N., Raffin, S. & Caemmerer, B. (2011). The Application of Marketing Principles to a Social Marketing Campaign, *Marketing Intelligence & Planning*, 29(7), 697-706.

IBGE (2014): Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Censu 2010, disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_sao_paulo.pdf Acesso em 22 de agosto de 2014.

Kotler, P. & Lee, N. (2008). Social Marketing: Influencing Behavior for Good. 3 ed. Thousand Oaks: Sage.

Kotler, P. & Roberto, E. L. (1989). Social Marketing Strategies for Changing Public Behavior. London: Collier Macmillan.

Kotler, P. & Zaltman, G. (1971), Social Marketing: An Approach to Planned Social Change, *Journal of Marketing*, 35, 3-12.

Kotler, P. (1975). Marketing for Nonprofit Organizations. Englewoods Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Lefebvre, R. C. & Flora, J. A. (1988). Social Marketing and Public Health Intervention, *Health Education Quarterly*, 15(3), 299-315.

Lefebvre, R. G. (2011). An integrative Model for Social Marketing, *Journal of Social Marketing*, 1(1), 54-72.

Lovelock, C. & Wirtz, J. (2011). Services Marketing: People, Technology and Strategy. 7th edition. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

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

Ottawa Charter (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, 17-21 November 1986, Ottawa, Canada [Online], available: <http://www.mecd.gob.es/dms-static/574eadc8-07b6-450f-b5b2-85ff1e201c8/ottawacharterhp-pdf.pdf> : Acesso em 19 set. 2014.

Peters, G.; Pierre, J. (1998). Governance without Government? Rethinking Public Administration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8(2), 223-243.

Prats I Català, J. (2006). Veinte Años de Modernización Administrativa em los Países de la OCDE. Leciones Aprendidas, in Argentina. Projeto de Modernização do Estado. Seminário Internacional sobre Modernização do Estado. Buenos Aires, Argentina.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and Processes of Self-change of Smoking. Toward and Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Rothschild, M (1999). Carrots, Sticks and Promises: A Conceptual Framework for the Management of Public Health and Social Issue Behaviors. *Journal of Marketing*, 63, 24-37.

Smith, W.A. & Strand, J. (2009). Social Marketing Behavior: A Practical Resource for Social Change Professionals. Washington, DC: Academy for Educational Development (AED).

Stake, R.E. (2000). Cases Studies. In: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (org). *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.

Wash, D. C.; Rudd, R. E; Moeykens, B. A.; Moloney, T. W. (1993). Social Marketing for Public Health, *Health Affairs*, 12(2), 104-119.

Weinreich, N. K. (1999). *Hands-On Social Marketing: A Step by Step Guide*. Sage Thousand: London.

Wood, M. (2012). Marketing Social Marketing. *Journal of Social Marketing*, 2(2), 94-102.

Wymer, W. (2011). Developing more Effective Social Marketing Strategies. *Journal of Social Marketing*, 1(1), 17-31.

Yin, R. K. (2012). *Application of Case Study Research*. 3th ed. London: Sage Publication.